

---

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

Ribas Recasens, Marta; Pérez Testor, Susana. La Dansa Moviment Teràpia en el sistema educatiu. 2018. 117 p.

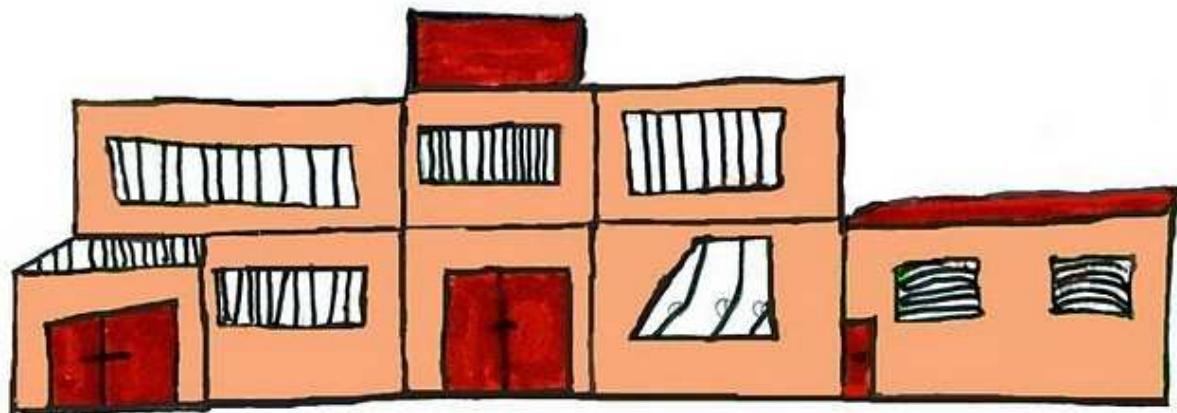
---

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/191620>

under the terms of the  license

# **LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO**

- Aplicación y evaluación de una intervención a través de la DMT en una escuela -



Tesis de Marta Ribas Recasens  
Dirigida por Susana Pérez y Testor  
Máster en Danza Movimiento Terapia  
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud  
Abril 2018

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>Agradecimientos .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Abstract/Resumen/Resum (Key words/Palabras clave/ Paraules clau).....</b>	<b>2</b>
<b>2. Introducción .....</b>	<b>4</b>
2.1. Motivación y Justificación del Trabajo.....	4
2.2. Objetivos .....	5
2.2.1. Objetivos generales .....	5
2.2.2. Objetivos específicos.....	5
2.3. Metodología .....	5
2.3.1. Instrumentos de Evaluación .....	5
2.3.1.1. Revisión bibliográfica .....	5
2.3.1.2. Diario de campo.....	6
2.3.1.3. Observación y análisis del movimiento de Laban .....	6
2.3.1.4. Ritmos de Kestenberg .....	6
2.3.1.5. Grabación de las sesiones .....	6
<b>3. Marco Teórico .....</b>	<b>7</b>
3.1. La Danza Movimiento Terapia .....	7
3.1.1. Definición .....	7
3.1.2. Aplicaciones de la DMT .....	11
3.2. El Apego .....	13
3.2.1. La Teoría del apego .....	13
3.2.2. Pérdida, duelo y nuevos vínculos en la adopción .....	14
3.2.3. Apego y adopción .....	16
3.2.3.1. Vínculos en la adopción tardía .....	18
3.2.3.2. Vínculos y múltiples cuidadores .....	20
3.2.4. Trastornos conductuales tras el periodo de adopción .....	22
3.2.5. DMT, apego y adopción .....	23
3.2.5.1. “Affect attunement” y “mirroring” .....	26
3.2.5.2. Empatía kinestésica .....	27
3.2.5.3. Los cierres.....	28
3.3. El Análisis del Movimiento .....	28
3.3.1. La teoría del análisis de movimiento de Laban .....	29
3.3.1.1. El Cuerpo .....	33
3.3.1.2. El Espacio .....	33
3.3.1.3. Los Esfuerzos .....	37
3.3.1.4. Las Acciones .....	39
3.3.1.5. Las Relaciones .....	40
3.3.2. El perfil de movimiento de Kestenberg .....	41
3.4. Arte Terapias en la Escuela .....	47

3.4.1. El sistema educativo actual .....	47
3.4.2. Estudios e investigaciones sobre la DMT como prevención en un entorno escolar .....	49
3.4.3. Limitaciones de las terapias artísticas en el entorno escolar .....	56
3.4.4. Beneficios de las terapias artísticas en el entorno escolar.....	57
<b>4. Descripción del caso .....</b>	<b>60</b>
4.1. Contexto del entorno .....	60
4.2. Características del centro .....	62
4.3. Coordinación con la escuela .....	63
4.3.1. Reunión con la directora .....	63
4.3.2. Reunión con las profesoras .....	63
4.3.3. Reunión con la madre .....	63
4.4. Sujeto de estudio .....	64
4.5. La intervención .....	65
4.5.1. Duración y temporización .....	65
4.5.2. Encuadre terapéutico .....	66
4.5.3. Supervisión .....	67
<b>5. Resultados .....</b>	<b>68</b>
5.1. Registros del perfil de movimiento de Laban .....	68
5.1.1.Registros sesión por sesión .....	68
5.1.2.Evolución de los registros durante el proceso terapéutico.....	87
5.2. Registros del diagrama 1 del KMP .....	93
5.2.1.Registros sesión por sesión.....	93
5.2.2.Evolución de los registros durante el proceso terapéutico.....	100
<b>6. Discusión y Conclusiones .....</b>	<b>101</b>
6.1. Evaluación del perfil de movimiento de Laban después de la intervención de DMT.....	101
6.2. Evaluación del diagrama 1 del KMP después de la intervención de DMT....	104
<b>7. Limitaciones .....</b>	<b>106</b>
<b>8. Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>107</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Los estados interiores.....	39
<b>Tabla 2.</b> Los impulsos.....	39
<b>Tabla 3.</b> Las ocho acciones básicas de Laban.....	40
<b>Tabla 4.</b> Diagrama 1. Ritmos de aceptación del flujo de tensión.....	45
<b>Tabla 5.</b> Diagrama 1. Ritmos de lucha del flujo de tensión.....	46
<b>Tabla 6.</b> Esfuerzos de Laban predominantes en las sesiones.....	87
<b>Tabla 7.</b> Impulsos de Laban predominantes en las sesiones.....	88
<b>Tabla 8.</b> Inicio del movimiento predominante en las sesiones.....	89
<b>Tabla 9.</b> Niveles predominantes utilizados en las sesiones.....	90
<b>Tabla 10.</b> Planos predominantes en las sesiones.....	90
<b>Tabla 11.</b> Direcciones predominantes en las sesiones.....	90
<b>Tabla 12.</b> Kinesfera personal predominantes en las sesiones.....	91
<b>Tabla 13.</b> Kinesfera general predominantes en las sesiones.....	91
<b>Tabla 14.</b> Contacto visual con la terapeuta en las sesiones.....	92
<b>Tabla 15.</b> Proximidad tolerada con la terapeuta en las sesiones.....	92
<b>Tabla 16.</b> Contacto físico tolerado en las sesiones.....	92
<b>Tabla 17.</b> Ritmos del diagrama 1 del KMP predominantes en las sesiones.....	100
<b>Tabla 18.</b> Total puntuación de los ritmos del diagrama 1 del KMP de aceptación y lucha sesión por sesión.....	100

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. La Kinesfera.....	34
Figura 2. Los planos.....	35
Figura 3. Los niveles en el espacio.....	36
Figura 4. “Efforts” de Laban.....	37
Figura 5. Formulario KMP.....	43
Figura 6. Genograma de Xio.....	65



## AGRADECIMIENTOS

Han sido muchas las personas que me han ayudado a elaborar este trabajo, y me han acompañado a lo largo del sinuoso camino del máster en Danza Movimiento Terapia (DMT).

Mis más sentidos agradecimientos a mi familia por comprenderme y apoyarme siempre.

“Gràcies” Javi, sin tu paciencia, escucha y sentido del humor esto no sería posible.

Gracias a todos los profesores y compañeros del máster por su pasión, entrega y entusiasmo, me he contagiado, he aprendido y lo más importante crecido.

Gracias a Susana Pérez Testor por su paciencia, entrega y escucha. Tus consejos me han ayudado muchísimo.

Moltíssimes gràcies al CEIP de Sant Salvador, por acogerme como una más del equipo y proponerme este caso. En especial a la Meritxell y la Montse.

Xio, he aprendido muchísimo contigo, sigue luchando.

Finalmente quiero dar las gracias a Arantxa y Alfredo, por enseñarme que la danza, el movimiento, es mucho más que la forma, nace del interior. Y a la Cèlia por ayudarme a crecer como persona.

## **1. ABSTRACT/RESUMEN/RESUM (Key words/Palabras clave/ Paraules clau)**

Currently, it is no longer the subject of controversy among education professionals, the effectiveness and necessity of therapy within the school environment. There are many benefits described by the art therapies in this environment and few investigations carried out respectfully.

The purpose of this study is to evaluate an intervention of Dance Movement Therapy (DMT) of an adopted girl of 11 years in a school environment.

For this purpose, Laban's movement profile and diagram 1 of the "Kestenberg Movement Profile" (KMP) are described and evaluated of a DMT intervention.

The results show that the girl has increased the registration of the movement repertoire.

**Key Words:** Dance Movement Therapy, school system, Laban movement profile, Kestenberg Movement Profile adoption.

---

Actualmente, ya no es objeto de controversia entre los profesionales de la educación, la eficacia y la necesidad de la terapia dentro del entorno escolar. Son muchos los beneficios descritos por las arte terapias en este entorno y pocas las investigaciones realizadas al respecto.

El propósito de este trabajo, es evaluar una intervención de Danza Movimiento Terapia (DMT) de una niña adoptada de 11 años en un entorno escolar.

Para ello, se describe y evalúa el perfil de movimiento de Laban y el diagrama 1 del “Kestenberg Movement Profile” (KMP) de una intervención de DMT.

Los resultados muestran que la menor ha incrementado el registro del repertorio de movimiento.

**Palabras clave:** Danza Movimiento Terapia, entorno escolar, perfil de movimiento de Laban, perfil de movimiento de Kestenberg, adopción.

---

Actualment, ja no és objecte de controvèrsia entre els professionals de l'educació, l'eficàcia i la necessitat de la teràpia dins del context escolar. Són molts els beneficis descrits per les art teràpies en aquest entorn i poques les investigacions realitzades al respecte.

El propòsit d'aquest treball, és avaluar una intervenció de Dansa Moviment Teràpia (DMT) d'una nena adoptada de 11 anys en un entorn escolar.

Per això, es descriu i evalua el perfil de moviment de Laban i el diagrama 1 del “Kestenberg Movement Profile” (KMP) d'una intervenció de DMT.

Els resultats mostren que la menor ha incrementat el registre del repertori de moviment.

**Paraules clau:** Dansa Moviment Teràpia, entorn escolar, perfil de movimiento de Laban, perfil de movimiento de Kestenberg, adopció.

## **2. INTRODUCCIÓN**

### **2.1. Motivación y Justificación del Trabajo**

Este trabajo de investigación es fruto del aprendizaje a lo largo de los años de formación en el Máster de Danza Movimiento Terapia (DMT) de la Universidad Autónoma de Barcelona.

El segundo año de prácticas del máster, tuve la oportunidad de realizar una intervención grupal en una escuela primaria situada en un barrio marginal de mi ciudad, Tarragona.

Las sesiones se enmarcaron dentro del horario escolar, con una parte del grupo de 5º curso de primaria. Como terapeuta en prácticas pude crecer a nivel personal y profesional, como resultado de esta experiencia, junto con el profesorado y dirección del centro nos dimos cuenta de la importancia y necesidad de esta herramienta como prevención en la escuela primaria. La dirección del centro, sabiendo que tenía que realizar mi tesina de máster, me propuso el caso de estudio que aquí se presenta. En concreto, es el resultado de un proceso terapéutico de DMT, de 16 sesiones con una menor de 11 años adoptada, en un entorno escolar, en el barrio de Sant Salvador de Tarragona, durante el curso 2017-18.

La motivación del trabajo es entonces, profundizar en el conocimiento de la DMT como herramienta en la escuela primaria, centrándome en un caso de estudio en concreto. Todo un reto a nivel personal y profesional y también una oportunidad para enriquecer a las personas interesadas en este ámbito.

El trabajo se estructura en la introducción, donde se enumeran los objetivos del estudio y se expone la metodología utilizada para la realización de los objetivos. El marco teórico donde se pone en contexto sobre lo que investigar y servirá de marco de referencia para la

interpretación de los resultados. La descripción del caso. Los resultados, organizados por los objetivos planteados. Y la discusión y conclusiones también organizados por objetivos.

## **2.2. Objetivos**

### **2.2.1. Objetivos Generales**

1. Evaluar una intervención de DMT de una niña adoptada de 11 años en un entorno escolar.

### **2.2.2. Objetivos Específicos**

Para responder al objetivo general, se plantean los siguientes objetivos:

1. Describir y evaluar el perfil de movimiento de Laban después de la intervención de DMT.
2. Describir y evaluar el diagrama 1 del “Kestenberg Movement Profile” (KMP) después de la intervención de DMT.

## **2.3. Metodología**

### **2.3.1. Instrumentos de evaluación**

Para llevar a cabo el estudio, se utilizan diferentes instrumentos de evaluación, siendo cada uno de ellos específico y diferente para cada objetivo:

#### **2.3.1.1. Revisión Bibliográfica**

Con el objetivo de conocer los estudios e investigaciones publicados sobre la DMT en el entorno escolar, se hace una búsqueda con los términos de DMT y escuela en buscadores como google scholar, y en el servicio de bibliotecas de la Universidad Autònoma de Barcelona (<http://www.uab.cat.are.uab.cat/biblioteques/>) utilizando como palabras clave Danza Movimiento Terapia/ danza terapia; “school”. Cabe destacar que desde este buscador se puede acceder a revistas como *American Journal of Dance Therapy; The arts in Psychotherapy Journal* entre otras. Se han seleccionado aquellos artículos publicados posteriormente al año 2000 y que traten sobre la DMT como terapia preventiva dentro del entorno escolar.

### **2.3.1.2. Diario de campo**

A lo largo de todo el proceso se llevó un registro de las sesiones en forma de diario. El diario de campo consiste en un documento word en el que se escriben las diferentes observaciones del objeto de estudio después de cada sesión. En este diario se registra aquello que se observa de forma clara y se transcribe de modo puramente descriptivo, y por otro lado, el registro de aquello que se interpreta, deduce o sospecha de la observación directa. Para obtener el registro de las sesiones, se tiene muy presente el nivel de participación del observador, ya que en éste tipo de procesos terapéuticos, la elaboración de un diario de campo implica tener en cuenta que el observador no es un elemento neutral, sino que desarrolla una participación total en el proceso pudiendo sesgar los resultados de los mismos.

### **2.3.1.3. Observación y Análisis del Movimiento de Laban**

Con la finalidad evaluar la evolución del registro de movimientos de la intervención, se utiliza el lenguaje de Laban para describir los registros del diario de campo.

### **2.3.1.4. Diagrama 1 del KMP**

Con la finalidad evaluar la evolución del registro de movimientos de la intervención, se utiliza el diagrama 1, ritmos de flujo de tensión, del “Kestenberg Movement Profile” (KMP).

### **2.3.1.5. Grabación de las sesiones**

Se han realizado grabaciones de vídeo (con el consentimiento verbal y por escrito de la madre), para filmar las sesiones hasta que finalizara el proceso terapéutico. Este método de recogida de información puede aportar datos que en el momento de la sesión no pueden ser analizados.

No obstante, hay que tener en cuenta cómo puede influenciar la cámara de video en el desarrollo de la sesión y en cómo integrarla. Es posible que los niños se relacionen con ésta y mantengan un diálogo con la cámara como si fuera una persona que no les conoce.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. La Danza Movimiento Terapia**

##### **3.1.1. Definición**

La Danza Movimiento Terapia (DMT) es una psicoterapia integrada dentro de las artes creativas. Tiene como finalidad terapéutica la integración psicofísica del individuo basándose en el fundamento metodológico de las psicoterapias (Meekums, 2002; Rodríguez, 2009; ADMTE, 2001), las teorías de la comunicación no verbal, las teorías psicodinámicas, los sistemas de observación y en el análisis del movimiento. Recurre a uno de los medios de expresión terapéuticos más antiguos del hombre: la danza y el movimiento expresivo (Cruz, 2006).

Se diferencia de otras terapias corporales en que no es una pedagogía, no enseña al paciente a modificar sus movimientos sino que trabaja a partir del movimiento espontáneo del individuo. Sugiere por medio de indicaciones, tanto corporales como verbales, la autoexploración. Estimula la liberación de sentimientos, la comunicación, el contacto no verbal (Espenak, 1981). Se puede aplicar de manera individual o grupal a cualquier tipo de población (ADTA, 1999).

La definición DMT formalizada en 1996 y sostenida en 2006 y 2009 por la American Dance Therapy Association (ADTA) es: “Danza Movimiento Terapia es el uso psicoterapéutico del movimiento en un proceso que promueve la integración física, emocional, cognitiva y social del individuo.”

Según Panhofer (2005), la DMT surge de tres fuentes, de los aspectos terapéuticos utilizados durante siglos, de los aspectos creativos e improvisación de la danza moderna, que resaltan la parte expresiva y comunicativa, y de los aspectos psicológicos, es decir, el movimiento y su significado en psicoterapia

Los tres principios básicos de la DMT según Wengrower & Chaiklin (2008) son los siguientes:

- La concepción del ser humano como unidad indisoluble cuerpo-mente.
- El potencial terapéutico del proceso creativo por medio de la danza y el movimiento.
- El trabajo que se realiza dentro del marco de una relación terapéutica.

Wengrower (2008) afirma:

La DMT no se propone como meta la elaboración de una obra artística, ni exige ninguna capacidad de orden formal o técnica a fin de que una persona pueda beneficiarse de esta terapia. Tanto el producto como el proceso son observados y considerados, en un diálogo entre profesional y paciente, en la medida de lo posible. (p.41).

La teoría y la práctica de esta modalidad en psicoterapia se fundamentan en la metodología de la psicoterapia; en la investigación sobre la comunicación no-verbal; en la psicología del desarrollo humano y en los sistemas de análisis del movimiento. Una de las premisas básicas de la DMT es que el movimiento refleja los estados emocionales de la persona y cambios en estos movimientos llevarán a cambios en la psique, promoviendo el crecimiento personal y la salud (Levy, 1992).

Panhofer y Rodríguez (2005) sostienen que “es desde la *cualidad* del movimiento desde donde se hacen inferencias acerca del significado psicológico de éste. Es en este aspecto *cualitativo, psicológico y expresivo* del movimiento en el que se centra la DMT” (p.67).

Una de las pioneras fue la bailarina y danza terapeuta Marian Chace, considerada “La Gran Dama” de la danzaterapia. A parte de su trabajo pionero con pacientes psiquiátricos, su mayor aportación la llevó a cabo en la enseñanza siendo mentora de muchos danzaterapeutas (Levy, 1992).

Chace considera que la danza es comunicación y que ésta llena una necesidad humana básica (Sandel, Chaiklin & Lohn, 1993). Fue profundamente influenciada por las teorías de Sullivan quien fue pionero en su trabajo con pacientes esquizofrénicos, al considerar como central el aspecto relacional, tanto en la etiología de la psicosis como en el tratamiento de las mismas. Su mayor énfasis era el de respetar al paciente esquizofrénico como un individuo único, estableciendo una conexión empática y capaz de una interacción interpersonal genuina como cualquier otro individuo, deseoso de ser comprendido. Mediante un movimiento empático y sincronizado transmitía al individuo un mensaje crucial, te acepto como tú eres y quiero estar contigo donde tú estás (Levy, 1992).

Convencida de que todo paciente tiene un deseo y necesidad de comunicación, a pesar de lo remoto que sea el mismo, detecta e interactúa con aquellos aspectos más *alcanzables* de la personalidad de los pacientes deseosos de ser escuchados y comprendidos. Creía, respetaba y enfatizaba los aspectos sanos del individuo (Levy, 1992).

Chace logra detectar, a través de la observación, y responder a las pequeñas idiosincrasias en los movimientos y gestos que constituían la expresión emocional del paciente. Estaba convencida que la expresión a través del movimiento podía derribar barreras y defensas verbales. Es más difícil disfrazar la expresión física, que esconder su expresión verbal. Chace utiliza el movimiento y la danza como formas de expresión y comunicación, a la vez que percibe, conecta, refleja e interactúa con los pacientes. De este modo logra extraerlos de su aislamiento psicótico (Levy, 1992).

Chace ideó un “setting” (encuadre) específico, es decir, una forma determinada de estructurar y preparar el espacio en el que desarrollar sus sesiones. En este modelo se describen cuatro fases importantes. A continuación se describen.

**Check-in:** Cada miembro del grupo comparte con los demás dónde está emocionalmente, cognitiva y corporalmente.

**Calentamiento:** Esta fase tiene como objetivos principales movilizar la capacidad de expresión emocional de los participantes, la presencia física de cada uno de ellos y su conciencia corporal (Sandel, Chaiklin, & Lohn, 1993). Además sirve para preparar, calentar y ampliar el vocabulario de movimiento.

El terapeuta reconoce el movimiento único de cada persona “espejando” (*mirroring*) sus movimientos, con lo que hace de sus actividades algo aceptables para el grupo (Schmais, 1981).

Una dinámica muy extendida, y que suele utilizarse durante la fase del calentamiento, aunque a veces surge de forma espontánea, es la de *pasar el liderazgo*, cada uno de los miembros, por turnos, dirige al grupo a través de una serie de movimientos que va creando y que los demás van siguiendo. De esta manera, cada persona tiene la posibilidad de obtener un espacio para sugerir movimientos y así guiar el grupo.

**Proceso o desarrollo:** De los movimientos explorados en la fase del calentamiento surgen diferentes dinámicas. Alguna de ellas suele adquirir importancia y presencia entre las posibilidades que se van desarrollando, aquí empieza lo que se conoce por proceso.

Durante esta etapa las tareas más importantes son la de diferenciación y la exploración. El grupo empieza a sentirse firme para tomar riesgos y cuestionar al líder. El énfasis cambia y pasa de concebirse en la figura autoritaria a concebirse en los compañeros. El terapeuta, respalda la individualización, dando coraje a las personas para que se muevan solas o compartan con el grupo (Schmais, 1981).

**Check-out o cierre:** Aquí el grupo vuelve a formar el círculo, y busca una forma tanto verbal como no verbal para cerrar. La última tarea de cada sesión es enfrentarse en alguna medida con los temas de la separación y de los sentimientos de pérdida (Schmais, 1981).

Dicha estructura engloba tanto la comunicación verbal como la no verbal, y tiene una vigencia en el presente, utilizándose como base en las intervenciones en DMT (Levy, 1992).

Otras pioneras fueron Mary Whitehouse, Trudi Schoop, Blanche Evan, Liljan Espenak, Irmgard Bartenieff y Alma Hawkins, que trabajaron en contextos diferentes y con poblaciones muy distintas lo que contribuyó a ir consolidando un marco de conocimiento y una metodología de trabajo propia de la DMT.

### **3.1.3. Aplicaciones de la DMT**

Los ámbitos de aplicación de la DMT son muy variados. Dependiendo de la población con la que se trabaje será necesario elegir el tipo de estructura de las sesiones, los objetivos a plantear, los materiales que se puedan utilizar, las dinámicas y formas de expresión así como el hecho de trabajar de manera individual o grupal.

Se trabaja con personas de todas las edades y se utiliza la danza/movimiento para remover los obstáculos que las personas tengan en expresarse, en relacionarse con otros o en aceptar sus cuerpos (Reca, 2005).

Previo al trabajo en las sesiones será necesario realizar una observación de la población a tratar, tener un diagnóstico lo más fiable posible del paciente, información sobre su historia si es posible disponer de ella... En este sentido se hace necesaria más que nunca una buena relación y comunicación con familias, educadores, asistentes sociales, médicos y otros profesionales de la salud que tengan que ver de una u otra forma con la persona que va a asistir a las sesiones de DMT.

En Panhofer (2005) se hace una breve pero muy rica descripción de los distintos tipos de población susceptibles de acudir a sesiones de DMT junto con estudios realizados sobre los mismos.

Por una parte, la DMT se puede utilizar para tratar distintas psicopatologías de adultos interviniendo de manera coordinada con otros profesionales en centros de atención primaria, hospitales, centros de día, etc. Además, se ha comprobado que personas con trastornos como esquizofrenia, psicosis y otros trastornos mentales se benefician notablemente de la práctica

de la DMT. En tercera edad, se ha demostrado que se reducen los niveles de depresión y de ansiedad, y se aumenta la capacidad para socializarse. También se han realizado trabajos de intervención con personas con trastornos emocionales como la depresión, personas con dificultades de aprendizaje y/o atención, personas con problemas de adicción (drogas y/o alcohol) o en situaciones de exclusión social (personas sin techo, en prisión,...), trastornos de alimentación y lesiones cerebrales. Igualmente se ha aplicado en personas que han podido sufrir experiencias traumáticas (maltrato, enfermedades, dolor) en cuyos casos la DMT se presenta como una opción a tener en cuenta dados los buenos resultados obtenidos previamente.

En el caso de niños y adolescentes su utilización ha sido de gran valor, para niños con discapacidades de todo tipo (tanto físicas como mentales) ayudándoles a reforzar la conexión entre cuerpo y mente, desarrollar la imagen corporal, el desarrollo verbal y a adquirir formas de descarga de agresividad. Dada que su característica principal es la expresión a través del movimiento, también resulta ser una terapia ideal para niños y/o adolescentes que no pueden o que prefieren utilizar sistemas de comunicación distintos del verbal: con problemas en la adquisición del lenguaje, que han sufrido maltrato y/o abusos sexuales, con hiperactividad o trastornos de atención,... Por otro lado, existen numerosos estudios de intervención en menores con autismo. También se ha demostrado su utilidad en niños con enfermedades crónicas o en situación de ingreso hospitalario a largo plazo.

La DMT se emplea también para trabajar con las denominadas “poblaciones generales” ayudando al desarrollo integral de la persona. Desde su inclusión en distintos niveles escolares para favorecer el desarrollo creativo, la autoconciencia, la interculturalidad y como prevención de violencia hasta su utilización en grupos de adultos que desean realizar una terapia no verbal como modo de crecimiento personal.

### **3.2. El Apego**

#### **3.2.1. La teoría del apego**

“La teoría del apego es una de las más importantes formuladas por el psicoanálisis y la psicología del desarrollo desde Sigmund Freud. Se basa en el trabajo que hicieron John Bowlby y Mary Ainsworth” (Panhofer, 2005, p.101).

La preocupación por la relación temprana del niño con su madre fue uno de los temas centrales para el psicoanálisis desde su inicio. En 1958, Bowlby plantea una hipótesis que difiere por completo de las anteriores. Postula que el vínculo que une al niño con su madre es producto de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre. Más tarde, en 1968, Bowlby define la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. “El apego se define como un lazo afectivo entre dos individuos que perdura en el espacio y el tiempo y sirve para juntarlos emocionalmente (Kennel, Voos, & Klais, 1976)” (Panhofer, 2005, p.103).

El apego constituye el núcleo central de nuestra vida emocional (Bowlby, 1969, 1986).

Este autor lo conceptualizaba como la tendencia de los seres humanos a crear fuertes vínculos afectivos con determinadas personas. Los bebés nacen con una serie de conductas de apego; mediante su mirada, su sonrisa su llanto, etc. pueden llamar la atención del adulto que les atiende y obtener sus cuidados. El establecimiento de un mínimo de relaciones positivas y estables con un adulto sensible a sus necesidades bastará para que el menor experimente fuertes sentimientos de afecto hacia esa persona, de manera que la echará de menos cuando no esté, la reclamará cuando necesite ayuda, y la buscará tras su ausencia. La existencia de diferencias individuales en la calidad de la vinculación afectiva de los menores ha traído consigo que la investigación se haya centrado en conocer las causas de estas diferencias. En sus trabajos Ainsworth, Blehar, Waters & Wall (1978) ya detectaron que los niños seguros

eran aquellos cuyos cuidadores se mostraban más sensibles (accesibles y disponibles) en las interacciones, que interpretaban las señales del bebé de forma objetiva, que eran capaces de ajustarse y responder a ellas con rapidez y eficacia. Bowlby (1969, 1973) explicaba estas diferencias en función de los *modelos de trabajo o representacionales internos* que los niños desarrollan a lo largo de su infancia en función del grado de disponibilidad y accesibilidad de sus figuras de apego. Según las actitudes percibidas, se desarrollaran expectativas acerca de lo que ellos pueden esperar de dichas figuras en situaciones futuras.

La manifestación de la conducta de apego varía de una especie a otra. En el bebé humano tarda mucho en aparecer, dado su estado de inmadurez y desarrollo lento. Generalmente el apego tiene lugar entre los 8 a 36 meses de edad.

### **3.2.2. Pérdida, duelo y nuevos vínculos en la adopción**

Para que un niño sea dado en adopción, es necesario que sus padres biológicos hayan renunciado a él. En la mayor parte de los casos, esta renuncia implica abandono. De ahí que todo niño adoptado puede llevar implícita la condición de abandonado. Independiente de la causa que originó el abandono, para la realidad psíquica del niño que no capta racionalmente los hechos, la muerte de los padres por ejemplo, es vivida como un abandono, como una falta de amor.

Desde el punto de vista psicológico el abandono se refiere al corte o no-existencia del vínculo afectivo (Hermosilla, 1989).

El niño que es abandonado por sus padres o por las personas que se supone debieran cuidar de él, es agredido en todas las áreas de su desarrollo, esto es, en los afectos, en su desarrollo físico, intelectual y moral. Es la agresión máxima a un ser desprotegido.

Bowlby (1969) subraya que una serie continuada de disgustos por pérdidas y separaciones irresueltas puede llevar al niño a un desapego total. Se volverá egocéntrico y desviará la atención hacia los objetos o comida.

Por otro lado, los solicitantes de adopción, buscan la solución/ contención de su sufrimiento a través del hijo adoptivo: es el caso de fallecimiento de hijos, pérdidas repentinas (cónyuge, padres), síndrome de nido vacío, crisis personales, búsqueda de un hijo de un sexo determinado y, finalmente, infertilidad. En la medida en que todos y cada uno de los duelos no estén elaborados, la adopción se sustentará sobre arenas movedizas y el riesgo de ruptura vincular, por incapacidad del adulto de mostrar una respuesta sensible es elevado: el niño no podrá ser aceptado incondicionalmente porque al inicio de la relación familiar ya se le ha atribuido una función, la de reparación de la pérdida sufrida por el adulto, sin embargo, la resolución del dolor por la pérdida es un trabajo intransferible. Ni siquiera en la denominada fase de luna de miel estos padres podrán mostrar eficacia en el establecimiento de la vinculación afectiva, puesto que no estarán atentos a las necesidades de su hijo, sino que se orientarán a la confirmación de que, a través de la adopción, su dolor se ha extinguido (Legaz, 2003).

Por lo tanto, la adopción es un proceso que implica pérdidas, y exige duelos adecuados para tales (Brinich, en Brodzinsky, & Schecter, 1990). El niño pierde la fantasía de haber sido siempre deseado. Los padres adoptivos pierden su visión de sí mismos como fértiles, y pierden al niño imaginario concebido en sus fantasías. Los padres biológicos pierden un niño real que es reemplazado por fantasías que no podrán ser contrastadas con la realidad. Cada una de estas pérdidas requiere ser reconocida como tal y por lo tanto exige ser resuelta.

Además, la adopción se produce tras largos períodos de trámites y exploraciones psicosociales, encontrándose las familias se encuentran con unas ideas muy idealizadas sobre la adopción y sus beneficios, y sin modelos de referencia en su entorno sobre cómo actuar como padres adoptivos.

La nueva familia se construye por tanto, a partir del cruce de dos historias, la de un menor con sentimientos de abandono y la de unos adultos con expectativas, deseos y sus propios duelos, comenzando una historia en común como familia.

### **3.2.3. Apego y adopción**

La investigación sobre apego y adopción es todavía escasa, aunque para encontrar sus orígenes debemos remontarnos a principios de los años 50, cuando Bowlby (1951) elaboró un informe para la Organización Mundial de la Salud en el que advertía de los efectos de la institucionalización y el potencial daño emocional que podía provocar.

Al contrario de los niños y las niñas que crecen en ambientes familiares en los que se responde de manera positiva y coherente a sus demandas de atención, afecto y ayuda (y que, consecuentemente, desarrollan apegos de tipo seguro), los que sufren situaciones de desatención, abandono o modalidades más dramáticas de malos tratos, desarrollan frecuentemente tipos de apego o bien inseguro o bien desorganizado y desorientado (Carlson, Cicchetti, Barmet, & Braunwald, 1989). Es probable que sus figuras de referencia, no hayan podido ser sensibles a sus demandas y necesidades o incluso que hayan sufrido conductas maltratantes (negligencia o abuso), no ofreciendo la seguridad necesaria para su desarrollo.

Los trastornos del apego, el *trastorno de los trastornos*, como lo denomina Barudy y Dantagnan (2005), porque daña una de las capacidades que definen al ser humano que es la de relacionarse consigo mismo y con los demás de una forma sana y constructiva.

Todo niño nace con la expectativa de reencontrarse con las sensaciones conocidas de la vida intrauterina. El pequeño desvinculado de su madre de origen se encuentra ante la imposibilidad de dicho reencuentro. En su lugar se halla en un ambiente desconocido y sin alguien que le brinde un sostén y una continuidad vincular. Aún los niños adoptados de recién nacidos estarían marcados por la discontinuidad y por el desencuentro entre su engendramiento y su filiación (Montano & Hughes, 2009).

La adopción implica una discontinuidad en la trayectoria de cuidado que conlleva la separación y pérdida de figuras de referencia, y el establecimiento de nuevas relaciones de apego.

La adopción pone fin a situaciones de privación, maltrato e institucionalización y supone la llegada a un contexto familiar mucho más idóneo en el que se encuentra la oportunidad de establecer de forma estable nuevas relaciones basadas en la protección, el afecto, la estabilidad y la sensibilidad. Sin embargo, las experiencias tempranas de vinculación pueden influir en las relaciones que se establezcan posteriormente y los modelos internos de apego desarrollados a raíz de sus experiencias previas mediarán en la forma de percibir, interpretar y comportarse de los niños y niñas con sus nuevos cuidadores (Román & Palacios, 2011).

El principal determinante para que un vínculo se considere seguro y protector, es la sensibilidad de la figura de apego, su disposición para entender las señales del niño, interpretarlas adecuadamente y responder a ellas rápida y apropiadamente. Es necesario por tanto que las familias hayan superado sus duelos y asumido estas peculiaridades para poder aspirar a que las piezas encajen, a que el *engranaje* funcione y las familias puedan aportar al menor la posibilidad de establecer un apego seguro (Rosser & Mayordomo, 2011). Sin embargo, distintos autores (Berástegui, 2007; Brodzinsky, & Schechter, 1990) hacen hincapié en que la necesaria responsividad de los padres adoptivos a las demandas del menor puede estar afectada por las dificultades de sus nuevos padres en su transición a la paternidad adoptiva.

A lo largo del proceso adoptivo surgirán dificultades y su resolución exitosa dependerá principalmente de la capacidad de la familia, sus mecanismos y recursos internos, para ir solventando la problemática y conflictividad que vaya surgiendo en el engranaje hijo y padres adoptivos.

Como señalan Galli y Viero (2007), el fracaso adoptivo es la interrupción vincular entre los padres y el hijo adoptivo, y la imposibilidad de mantener en el tiempo una relación paterno-filial. Evidentemente, esta situación provoca que el menor adoptado reexperimente su condición de abandono, dañando, de nuevo, su modelo operativo interno, respecto a sí mismo y respecto a los otros. El fracaso conlleva, inevitablemente, un debilitamiento de los mecanismos internos del menor y de la estructura de su personalidad en evolución.

Las investigaciones actuales así como la clínica muestran que el desarrollo del psiquismo es posible a partir de la relación que el infante puede establecer con seres estables, disponibles afectivamente y empáticos (Fonagy, 2004; Levinton, 2001; Ammantiti & Trentini, 2010; Schore, 2010). Tomando en cuenta estos aportes podríamos pensar que la supervivencia física y/o psíquica del infante depende de las características del apego que entre padres e hijo/a se pueda desarrollar. Si entre el niño adoptivo y sus padres puede establecerse un vínculo de apego seguro, podrá construirse una familia que brinde al hijo una filiación que alivie la discontinuidad (Montano, 2011).

A su vez, existen multitud de factores que influyen y determinan la situación personal de cada uno de los menores, tales como la edad a la que han sido adoptados, si han estado cuidados por varios cuidadores antes de la adopción, si es una adopción internacional o nacional, las situaciones previas vividas por el menor, etc. A continuación se describe como la adopción tardía y el número de cuidadores influyen sobre la formación de los vínculos en los niños adoptados.

### **3.2.3.1. Vínculos en la adopción tardía**

Estas angustias primitivas adquirieron mayor gravedad cuanto más prolongado fue el tiempo que el pequeño quedó sin poder establecer un vínculo de contención y de continuidad con un cuidador significativo.

El pequeño que no fue adoptado en los primeros tiempos de su vida quedó esperando encontrarse con una figura que le brinde sostén y continuidad. Aunque las necesidades de alimento e higiene hayan sido cubiertas, si estas no fueron proporcionadas por una figura estable que armonizara con él, que le brindara una base segura y que regulara sus estados fisiológicos y afectivos (Srouffe, 2000) se movilizarán en él vivencias de desamparo, aniquilación y derrumbe (Winnicott, 1963).

En los niños/as adoptados tardíamente observamos apegos desorganizados o trastornos de vinculación. Estos niños/as viven el mundo como un lugar hostil e inseguro. No se permiten depender de los adultos porque no le resultan confiables. Han aprendido a desconfiar de ellos.

Karlen Lyons-Ruth (2004, 2006) continuadora de los trabajos de Stern en sus investigaciones longitudinales sobre el apego desorganizado observó también que estos tipos de apego son precursores de sintomatología disociativa y de personalidades borderline.

Por otra parte, los menores que han establecido relaciones de apego con adultos que los han rechazado o ignorado han ido desarrollando modelos internos de apego caracterizados por expectativas negativas sobre los adulto (como amenaza de desprotección e inseguridad) y sobre sí mismos (como indignos de amor y protección).

Estas experiencias previas pueden hacer que al llegar a sus nuevas familias adoptivas los niños y niñas sigan desarrollando conductas que antes les fueron útiles, pero que ahora carecen de sentido o son simplemente desadaptativas (por ejemplo, la desconfianza o la agresión). Las relaciones previas han dejado una determinada visión de uno mismo y de los demás en lo que se refiere a la reciprocidad, la valía o las expectativas, que puede llevar al menor a percibir la nueva situación y las nuevas relaciones como amenazantes.

Si consideramos que la maternidad y paternidad actualizan la conflictiva con los propios padres, adoptar un niño que viene con una historia de carencias afectivas tempranas

expondrá a la pareja de padres a una difícil prueba. Resulta muy distinto hacer hijo a un pequeño que nace del propio cuerpo y de un mundo de representaciones que acompañaron esa gestación, que recibirlo de manos de una institución y con una historia vivida previa. En el «conocimiento» de ese hijo faltarán las instancias corporales y de representaciones que en el embarazo se gestan. Esto podría llegar a tornarlo ajeno y hasta ominoso (Montano, 2009).

En cualquier caso, el niño no es buscado en sí mismo, por tanto, sus necesidades quedan en un segundo plano: es muy dificultoso establecer una base segura con una materia prima cuya capacidad para emitir una respuesta sensible resulta ser tan exigua.

### **3.2.3.2. Vínculos y múltiples cuidadores**

Winnicott (1945) sostenía que todo niño desde su nacimiento está preparado para ser cuidado por una única persona, su madre si es posible con su propia modalidad de cuidados o por una madre adoptiva, pero no por múltiples cuidadores. Los pequeños que han crecido con varios cuidadores se han visto sometidos a la exigencia de múltiples adaptaciones a los diferentes estilos de crianza, a las variadas formas de *estar con* esos diversos cuidadores. Al no poder aferrarse a ninguna figura en especial que le brinde seguridad y amparo se fueron generando en estos niños reacciones afectivo-motrices inconexas, disociadas, a partir de las diversas formas de relacionamiento que fueron desarrollando con cada uno de los cuidadores.

La teoría del apego (Bowlby 1964, 1969, 1989) insiste en lo importante que es para la integración de la personalidad el tipo de cuidados que se brinda en la primera infancia. Que los cuidados sean otorgados por un número muy reducido de personas, no más de dos o tres, capaces de ser accesibles, cálidas y receptivas. Que sean capaces también de ser empáticos y de dar respuestas sensibles a las necesidades del pequeño.

En la clínica se observa que estos niños no han podido acrecentar la confianza. En su lugar han desarrollado el distanciamiento como defensa, el enojo y el rechazo a ser consolados. Padecen cambios del humor y trastornos del sueño. Su sociabilidad puede ser

indiscriminada, su mirada a veces tiende a perderse y su conducta generalmente se ha vuelto retraída o desafiante y agresiva (Montano, 2011).

Sienten que deben tomar el control de lo que pasa a su alrededor y tienden a apartar al adulto de su lado. Cuando llegan al hogar adoptivo la integración se torna difícil al punto que los padres pueden llegar a pensar que la adopción fue un error. Los padres se sienten perplejos, frustrados en sus expectativas de brindarle amor y cuidados a ese niño que los rechaza y se deprimen atribuyéndole a la herencia la responsabilidad del *fracaso*. Los padres se enfrentan a un nuevo duelo. Así como debieron transitar por los duelos y el daño narcisista que la infertilidad les impuso, ahora deberán transitar por el dolor que significa esperar ansiosamente brindarse a un hijo y encontrarse con su rechazo sin poder comprender cuáles son las causas de la conducta del niño. Muchas veces se cuestionan su capacidad para ser padres llegando a fantasear con devolverlo. La ambivalencia afectiva hacia ese hijo puede tornarse cada vez más evidente. Dicha ambivalencia será sentida por el hijo como una amenaza de abandono. Si esto se concretara, o si los padres se distanciaran afectivamente del hijo «confirmarían» la creencia en el pequeño de que no es merecedor de amor.

Aunque las investigaciones en nuestro país no son muy numerosas, los datos de algunas de las más recientes (Palacios, Sánchez-Sandoval, & León, 2005) son relevantes. En su estudio un 16% de los niños adoptados presentaban características, a su llegada a su nueva familia, asimilables a un trastorno de apego y un 40% no presentaba este trastorno en igual grado pero si indicios de ello.

Afortunadamente, la investigación ha demostrado que las dificultades de apego en la infancia no siempre representan dificultades en el futuro y que, de manifestarse, pueden ser abordadas y resueltas si el niño tiene la oportunidad de adaptarse a nuevas figuras de apego, de forma que las deficiencias provocadas en el niño en sus experiencias previas puedan ser compensadas.

Los modelos internos de apego son operativos y pueden actualizarse, aunque no sea una tarea fácil ni rápida (Hodge, Steele, Hillman, Henderson, & Kaniuk, 2005). El efecto de las experiencias previas sobre el sistema de apego puede crear barreras que dificulten la creación de la nueva relación de vinculación entre adoptados y adoptantes.

### **3.2.4. Trastornos conductuales tras el periodo de adopción**

A la llegada a las familias adoptivas, el desarrollo de muchos niños y niñas se encuentra afectado en los aspectos físico, cognitivo y emocional, siendo elevado el porcentaje de los menores que presentan limitaciones severas (Palacios, Sánchez-Sandoval, & León, 2005). Los datos de numerosos trabajos empíricos ponen de manifiesto que las personas adoptadas están más representadas en los servicios de salud mental, tendiendo además más dificultades y problemas de comportamiento que las no adoptados (Sánchez-Sandoval, 2002).

Los problemas de conducta de los niños y niñas adoptados es un tema muy frecuente en la investigación internacional (Livington, Howard, & Monroe, 2000) aunque en España existen pocos trabajos que analicen esta variable en este tipo de población. Fuentes, Fernández-Molina, & Bernedo (2004) presentan los problemas de conducta detectados en un grupo de 56 adolescentes adoptados españoles del grupo de adopciones especiales (adoptados con más de seis años, grupos de hermanos, de etnia diferente a la de los padres adoptivos) utilizando la Child Behavior Checklist (CBCL) de Achenbach & Edelbrock, (1978). Los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes adoptados del estudio son clasificados dentro del rango de normalidad de la prueba aunque el 26,8% están en el rango clínico de la escala de externalización y el 14,5% en la de internalización. Además, las puntuaciones medias más altas han correspondido a las subescalas de conducta agresiva y de ansiedad/depresión. Las variables de la historia del niño que han resultado asociadas con las puntuaciones en el CBCL son: haber presentado problemas anteriores al acogimiento actual, la edad de adopción y el número de acogimientos fracasados.

A pesar de que la mayoría de los adolescentes adoptados presenta un buen ajuste psicosocial, estudios previos han mostrado que los niños adoptivos con historia de exposición prenatal a tóxicos (Nulman, et al., 2001), o situación de privación previa al acogimiento (Becket, Maughan, Castle, Colvert, & Groothues, 2006), así como aquellos niños adoptados a edades avanzadas (Sharma, McGue, & Benson, 1996), tenían un mayor riesgo de presentar problemática a nivel social, intelectual y emocional en edades posteriores. En esta línea, se ha visto que los adolescentes adoptados están sobrerepresentados en los servicios de salud mental, es decir, que teniendo en cuenta la proporción de adolescentes adoptivos en esa franja poblacional, su presencia en los servicios de salud mental es mayor de la esperada (Keyes, Sharma, Elkins, Iacono, & McGue, 2008; Juffer & Van Ljzendoom, 2005), exactamente entre 2,5 y 6 veces mayor (Haugaard, 1998).

Según un estudio realizado por Cederblad, Hook, Irhammar, & Mercke (1999) en el que analizaron un grupo de 211 niños adoptados para valorar su salud mental alrededor de los 13 años de edad y compararla con el grupo control, encontraron que el grupo de adoptados gozaba de iguales condiciones de salud mental que el grupo control y llamó la atención la buena autoestima en este grupo. Sin embargo, los autores resaltan que las condiciones previas a la adopción demostraron tener más importancia que la edad de llegada al nuevo país como factor de riesgo de mala adaptación posterior.

### **3.2.5. DMT, apego y adopción**

Los modelos operativos internos comienzan a formarse en los primeros meses de vida pero continúan siendo interpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital (Marrone, 2001). Aunque estos modelos mentales pueden ser resistentes al cambio, también tienen un carácter dinámico y cambiante en función de las nuevas experiencias y de las nuevas competencias y potencialidades que el ser humano va adquiriendo a lo largo de su trayectoria vital. Por ello, es posible la intervención para restablecer la seguridad afectiva y para

garantizar unas bases sólidas sobre las que se construya el desarrollo psicológico del individuo (Palacios, 2007). Cuando se le ofrece a estos niños un nuevo contexto de desarrollo, sensible y favorable a la atención a sus demandas, pueden llegar a ser capaces de vincularse afectivamente a estas nuevas figuras. De esta forma, un vínculo seguro puede compensar uno inseguro (Howe, 1997).

Sin embargo, también es cierto que todas las áreas no evolucionan de la misma forma y que determinadas facetas son más lentas y resistentes en su recuperación (Palacios, Román, Moreno, & León Manso, 2009; Rosser, Bueno, & Dominguez, 2010) y requieren de una intervención especializada.

Parte de este trabajo ha de ir orientado a la intervención con las familias adoptivas de cara a apoyarles en la resolución de sus propios duelos y a potenciar en ellas una respuesta sensible a las necesidades afectivas del menor. Ayudarles a conseguir que sean accesibles y predecibles, que reaccionen positivamente ante las demandas de sus hijos les permitirá entretejer relaciones de apego seguras, cumpliendo un papel reparador de las posibles secuelas del maltrato y/o el abandono, de la institucionalización, de los cambios de referente afectivo, etc. que puede haber sufrido el menor en su corta vida.

A menudo las secuelas emocionales de estos menores requieren también de la intervención directa con ellos para ayudarles a elaborar su trauma, a superar sus inseguridades y a romper las barreras que les impiden establecer nuevos vínculos afectivos con sus familias.

Desde esta base teórica, se desarrolla la intervención post-adoptiva, entendiendo esta como la creación de una base de seguridad, tanto para familias adoptantes como para menores adoptados. El trabajo clínico con los padres se torna tan importante como el terapéutico con el hijo.

En el niño/a el cambio psíquico se podrá lograr a partir del vínculo que pueda establecer con los padres y con el terapeuta.

A partir de la capacidad reflectiva del terapeuta, podrá identificar sus estados mentales y los del paciente. Ofrecer un modelo de estabilidad y disponibilidad generando confianza y poco a poco la regulación de los afectos en el niño/a.

Es en la posibilidad de que se den momentos de verdadero encuentro “moments of meeting” (Stern, 1998), paciente-terapeuta que podrá generarse la regulación de los afectos y modificarse el campo relacional. El cambio en el conocimiento implícito relacional entre terapeuta y paciente se irá internalizando como un apego seguro creándose algo nuevo, una nueva forma de vivirse y de vincularse, una nueva organización del sujeto.

El encuadre actuará como equivalente de los cuidados. Los nuevos modelos relacionales se construirán a partir del vínculo que sostiene. Vínculo este que, gracias al reconocimiento de las ansiedades y al entonamiento de los afectos por parte del terapeuta, podrá modificar, aunque sea en parte, la memoria procedural (Montano, 2011).

El encuadre, “containment” (Bion, 1962, 1963), 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 este “holding environment” (entorno sostenido de Winnicott, 1960), el paciente aprende a sentirse seguro y a enfrentarse con su problemática. El setting terapéutico es una suposición importante que requiere de una cierta continuidad con el mismo terapeuta, el mismo espacio físico, los mismos materiales, los mismos días y la misma hora de tratamiento.

Según Panhofer 2005:

Las metas de un tratamiento dependen de las necesidades de la persona. Pueden incluir objetivos como el restablecimiento de una base segura y de un “containment”. Para explorar varias maneras de expresar y comunicar los pensamientos, necesidades y emociones surgidos por la pérdida/separación: Puede ser una mirada atrás, unos descubrimientos desesperados, la integración de una gran variedad de sentimientos (tristeza, rabia, culpa,...), un proceso de dejar ir y de moverse hacia adelante. (p.115).

Panhofer, 2005, presenta dos técnicas no verbales de la DMT para restablecer una base segura: “Affect attunement” y el “mirroring” y la empatía kinestésica.

### **3.2.5.1. “Affect attunement” y “mirroring”**

El “affect attunement”, o capacidad de compartir estados afectivos ha sido descrito por Stern (1996) como el fenómeno o rasgo principal de la intersubjetividad humana. Sus conceptos surgen de la investigación de cómo construyen evolutivamente los infantes su sentido de self y del otro. No obstante el autor reconoce la extensión de esta modalidad comunicativa humana como central a lo largo de toda la vida del sujeto.

Los cuidadores y los infantes crean mutuamente cadenas y secuencias de conductas recíprocas que constituyen los diálogos sociales de los primeros 9 meses del bebé.

La madre sigue la modalidad del niño, y cuando toma la iniciativa sigue, realza y elabora, durante su turno en el diálogo, la conducta del niño. Introduce imitaciones modificadoras. El infante tiene un nuevo status, como compañero intersubjetivo. Esta conducta en la que la madre lleva la suya más allá de la imitación verdadera es denominada por Stern (1996) entonamiento de los afectos o entonamiento afectivo, “affect attunement”, o sintonía afectiva, Sugiere coincidencia afectiva, comprensión intelectual o intuitiva del afecto del bebé. Implica una conducta de acompañamiento activo de la madre.

De modo parecido a la interacción de la madre y su niño, la DMT usa el “affect attunement” con una técnica que se llama “mirroring” (espejar). La terapeuta reacciona y responde con su propio cuerpo y su voz a las expresiones emocionales del paciente. Hacer eco o hacer de espejo sirven para establecer la relación pre y no verbal entre terapeuta y paciente (Panhofer, 2005).

### **3.2.5.2. Empatía Kinestésica**

Desde el trabajo de las pioneras hasta hoy en día, la importancia que tiene la empatía en el proceso de la DMT no deja de ser enfatizada. Existe un consenso general que la empatía kinestésica es uno de los ejes de la relación terapéutica (Loman 1998; Meekums, 2002; Panhofer 2005; Fischman, 2008).

El término de empatía kinestésica fue utilizado por primera vez en 1956 por Berger (Fischman, 2006) en su tesis, que no se llegó a publicar hasta 1989 (Vulcan, 2009). Levy (2005) define la empatía kinestésica como “la conciencia del terapeuta de sus propias reacciones emocionales hacia el cliente” (p.182) y Meekums (2002) la define como:

El proceso por el cual nuestra propia musculatura responde al movimiento al que estamos comprometidos visual y empáticamente, como si estuviéramos realizando las mismas acciones como las que miramos. A través de entonarnos a cómo sentimos el movimiento en nuestros propios cuerpos, podemos ser más conscientes de lo que se está comunicando. (p.30).

Tanto Chace como Whitehouse subrayan la corporalidad del fenómeno empático; la primera espejando a través de su propio movimiento, la segunda resonando a través del movimiento interno, sentido o imaginado, que permite ser testigo de la experiencia ajena.

Ambas formas implican un cierto grado de comunión con el grupo o paciente desde la experiencia sentida por el danzaterapeuta. Marian Chace concibió la DMT como una modalidad de relación terapéutica que interviene en respuesta a los patrones de movimiento del paciente. El terapeuta refleja con sus propios movimientos la experiencia del cliente (Sandel, 1993). Chace empatéticamente se implicaba en la experiencia subjetiva del paciente acompañándolo “dónde y cómo está”. Ellos juntos creaban un ambiente seguro y de confianza que ayudaba a desenmarañar los comportamientos defensivos, explorando aspectos conflictivos de la vida del paciente, y permitenemerger movimientos espontáneos.

### **3.2.5.3. Los cierres**

Por otro lado, los finales o cierres son fases críticas en los procesos terapéuticos, aún más con pacientes que han sufrido vínculos rotos. Según Panhofer 2005: “La fase terminal puede ofrecer una posibilidad para examinar asuntos en conexión con la separación y pérdida, para conectar con experiencias previas de separación o preparar para separaciones futuras” (p.121.).

La misma autora menciona que si el proceso de duelo todavía no está superado se observan dos tendencias extremas antes de separaciones temporales (vacaciones, interrupciones,...) o cierres, el paciente puede desarrollar sentimientos de idealización hacia el o la terapeuta, percibiéndolos como perfectos y manifiestando una gratitud enorme. O, por el contrario, también puede ocurrir que el paciente exprese desilusión. Ambos extremos evitan el proceso de duelo.

## **3.3. El Análisis del Movimiento**

«El ser humano se mueve para satisfacer una necesidad, con el fin de alcanzar, con su movimiento, algo valioso para él.»

- Laban, 1988 -

El fenómeno del movimiento ha sido tratado a lo largo de la historia del pensamiento por filósofos, pensadores, astrónomos, teólogos y físicos. Pongamos por caso Heráclito, Platón, Aristóteles, Ptolomeo, Copérnico, Tomás de Aquino, Galilei, Newton, Einstein, Merlau Ponty, entre otros. La visión del movimiento en cada etapa histórica ha afectado de forma decisiva la concepción del mundo.

El desarrollo histórico del análisis del movimiento tiene sus orígenes a finales de 1800 – principios de 1900 con Darwin y su Teoría de la Evolución, en desarrollo hasta el presente. Son diversas las perspectivas y puntos de partida para el estudio del análisis del movimiento, así como sus autores relevantes.

El estudio del movimiento se inició a través del empleo de conceptos procedentes de la etiología y de la Teoría de la Evolución, intentando entender el significado de la conducta del movimiento (Darwin, 1859).

En DMT se tiene más en cuenta la cualidad del movimiento, que en qué se hace con éste, la acción en sí. En todo momento el movimiento refleja simultáneamente patrones intrapsíquicos, interpersonales y culturales (Stanton-Jones, 1992).

Bräuninger & Züger (2007) resaltan el análisis de movimiento como una herramienta de particular relevancia en el trabajo clínico en DMT que la diferencia con respecto a otras técnicas corporales, por lo tanto, es parte de la identidad de la DMT y sirve para diseñar el tratamiento, comunicar cómo evoluciona el proceso y evaluar los resultados.

### **3.3.1. La Teoría del Análisis de Movimiento de Laban**

Rudolph von Laban nació en el imperio Austro-Húngaro en Pozsony, hoy Bratislava, Eslovaquia, un 15 de diciembre de 1879. Uno de los pioneros e iniciadores de las nuevas concepciones sobre el arte del movimiento expresivo y de la danza. En un principio su obra se desarrolló en Alemania y luego en Inglaterra, país donde vivió hasta el día de su muerte un 1 de julio de 1958, en Weybridge, Surrey, intentando comunicarse y compartir sus conocimientos hasta sus últimos días.

Le tocó vivir una época crucial de la historia tanto a nivel político como artístico: desde finales del siglo XIX a mediados del XX Europa vivió un periodo convulso en muchos aspectos y en este ambiente de cambio continuo, Laban intercambió experiencias con muchos bailarines y coreógrafos como Mary Wigman y Kurt Joos; directores de teatro como David Giles y Joan Littlewood, y actores como Robert Stephens y Bernard Hepton. Alwin Nikolais y Pina Bausch son notables figuras de la danza contemporánea que recibieron una marcada influencia de Laban.

Todos los biógrafos y estudiosos de Laban coinciden en afirmar que fue un personaje singular que se movió en campos muy diversos con un denominador común; el movimiento humano. Estudió el movimiento en relación a la terapia, el trabajo, la notación, la pedagogía, etc.

Sintetizar la vida y obra de Laban no es fácil; tal y como afirma John Hodgson en una de las biografías más completas, la de Laban fue una “vida complicada, variada y traumática” (Hodgson, 2001, p.11). Puesto que vivió en diferentes países, era capaz de hablar muchos idiomas y trabajó bajo regímenes políticos diversos.

Además de ser bailarín y coreógrafo, su actividad estuvo ligada a las artes plásticas, interrumpiendo sus estudios militares, a los 21 años se traslada a París a desarrollar su tendencia artística inscribiéndose en la Escuela de Bellas Artes. Entre 1900-1909, periodo en el que estuvo casado con la pintora Martha Fricke él mismo se dedicó también a la pintura. Desde 1910 hasta el estallido de Primera Guerra Mundial en 1914 trabajó como pintor e ilustrador en Múnich mientras investigaba sobre cuestiones relacionadas con la notación del movimiento y realizaba experimentos en el campo de la danza. En 1915 inauguró su primer Instituto Coreográfico en Zúrich, durante la primera Guerra Mundial. Puso varias sucursales en Europa Central, Italia y Francia.

La filosofía de Laban de que la vida es movimiento y el movimiento es vida constituyó la base de su interés por crear una teoría que sirviera para sistematizar su estudio. Desarrolló así su concepción sobre el movimiento en tres ramas: el sistema de notación llamado “Kinetography” o “Labanotation”: anotación del movimiento, conocido también como Cinetografía (Laban, 1956) el “Choreutics”: estudio del espacio (Laban, 1966) y el “Effort-Shape”: estudio de la dinámica del movimiento (Laban, 1960). Las tres ramas juntas engloban la totalidad de su legado. Los discípulos de Laban profundizaron y ampliaron

muchos de los conceptos creados por él. De entre éstos destacan las figuras de Irmgard Bartenieff y Warren Lamb.

El movimiento concebido como arte fue la principal preocupación de Laban durante toda su vida y obra, hasta el punto que lo consideraba parte integrante e inseparable de la existencia misma del ser humano. El movimiento es pensamiento, emoción, acción, expresión y está presente en todas las artes y en todo aquello que forma el mundo externo e interno del ser humano.

La teoría de Laban surge del estudio y análisis de los patrones de movimiento, con el fin de crear un vocabulario con significado propio, perpetuo al paso del tiempo. Así se establecieron las bases de la relación cuerpo-mente y la intencionalidad de las acciones, de las cuales nace el Ánalisis del Movimiento de Laban (AML) (Bishko, 2014, citado por Barnet, Pérez, Arbonés & Guerra, 2015).

El AML es un sistema creado y empleado para la observación, descripción, anotación e interpretación del movimiento de las personas, el cual permite la obtención de un perfil del movimiento (Foroud & Whishaw, 2006). El movimiento de la persona se encuentra en una evolución continua, con intencionalidad y regido por un orden. El AML lo estructura y aborda sus diferentes niveles para analizar su significado y poder ser entendido (Moore & Yamamoto, 1988).

Laban identificó tres niveles del movimiento, tres postulados que fundamentan la base del análisis a realizar: la mente se sumerge en las emociones e ideas; la objetividad externa del observador; así como la vivencia corporal de la persona, con lo que su observación y análisis tiene que enfocarse desde la misma perspectiva (Bishko, 2014).

De este modo, el AML describe patrones que son consistentes para un individuo y que le diferencian de los otros, y permite identificar los patrones comunes dentro de un mismo tipo de población o grupo de trabajo. Por lo tanto, proporciona un análisis objetivo de la

calidad del movimiento de todo tipo de población (Laban, 1978). La calidad del movimiento es aquella cualidad expresiva que la persona le da al movimiento. El individuo administra la energía del movimiento, el cual se manifiesta en diferentes grados, según la combinación de espacio, tiempo, intensidad y fluidez de este (Schinca, 2010).

Es una herramienta usada por bailarines, atletas, fisioterapeutas y es uno de los sistemas más utilizados en el análisis del movimiento del cuerpo humano de una manera parcial o global.

Divulgado por el trabajo de Irmgard Bartenieff, el sistema es conocido también como “Laban/Bartenieff Movement Analysis” o “Laban Movement Studies”. Incluye: Laban Movement Analysis; Anatomía y Kinestología y “Kinestography/Labanotation”.

El análisis de una sesión de DMT se realiza a partir de la observación de lo que ocurre con el movimiento del paciente. Un AML en su totalidad, ofrece una descripción de cómo el sujeto emplea los cuatro elementos del movimiento en las conductas motoras que realiza, y como se establece, si se da, la relación entre los diversos elementos (Foroud & Whishaw, 2006).

La riqueza del movimiento está en poder combinar diferentes calidades y adaptarnos a cada situación. En personas con dificultades cognitivas o de expresión se observa un repertorio de movimiento limitado, y por lo tanto se puede observar cómo algunas de estas calidades no aparecen en los movimientos de la persona. El ser humano puede cambiar o evolucionar, consciente o inconscientemente, así como adaptarse a lo nuevo o diferente (Fischman, 2001; Laban, 1987). Así pues, el AML integra los elementos del cuerpo, espacio, esfuerzos, relaciones y acciones (Zao & Badler, 2001; Laban, 1987)

### **3.3.1.1. El Cuerpo**

El cuerpo incluye los aspectos estructurales del movimiento, como son la continuidad de la acción de una parte a otra; la coordinación y la postura corporal que surgen de los gestos que se realizan; así como la funcionalidad del movimiento, siendo el medio a través del cual manifestamos aquello que queremos expresar de forma consciente e inconsciente (Bishko, 2014). El cuerpo es una estructura simétrica compuesta por características estructurales y físicas, así como la coordinación entre sus diferentes partes. Incluye parte física y orgánica, lo que se establece como la base del movimiento (Longstaff, 2007).

Se consideran cuatro formas diferentes del cuerpo: angosta, ancha, curva y retorcida (North, 1972), se observan en el torso y pueden ser estáticas o cambiar.

El gesto, concierne a un movimiento que aparece en una parte del cuerpo y no afecta al resto.

Además, los movimientos pueden ser considerados como simultáneos cuando dos o más partes del cuerpo se mueven al mismo tiempo. Y en general, se considera que son sucesivos los movimientos que comienzan en una parte del cuerpo y luego pasan a otra. (Queyquep, 2008).

Según Queyquep (2008): “en la DMT sabemos que cuando un paciente empieza un gesto con una zona corporal inusual en él, estamos frente a un suceso con el que hemos de relacionarnos: él nos está indicando un cambio en el sentido más amplio” (p.244).

### **3.3.1.2. El Espacio**

El espacio engloba el análisis del contexto del movimiento corporal, siendo diversos los aspectos que debemos observar.

Son muchas maneras en que el cuerpo puede moverse armónica y fluidamente a través del espacio, yendo de un punto hacia el otro. Las formas en que una persona puede ir de un

punto a otro revelan sus múltiples capacidades para inclinarse, estirarse, cambiar de forma, ser flexible, etcétera (Laban, 1950, 1966; Preston, 1963).

**Kinesfera.** Laban, en el análisis del espacio, estableció el concepto de la esfera del movimiento “Kinesfera”, la cual es el espacio que rodea el cuerpo, demarcado por lo que ocupa la persona con las extremidades extendidas. Para visualizarlo, imaginamos al sujeto dentro de una esfera, capaz de acceder con sus extremidades a cualquiera de sus puntos (Laban, 1978), relacionándose también con los demás y el entorno (Ridocci, 2009). El espacio comprendido dentro de las paredes de la esfera, es la kinesfera personal; el espacio más íntimo. El espacio restante, fuera del alcance de las extremidades, se denomina kinesfera general (Laban, 1978).

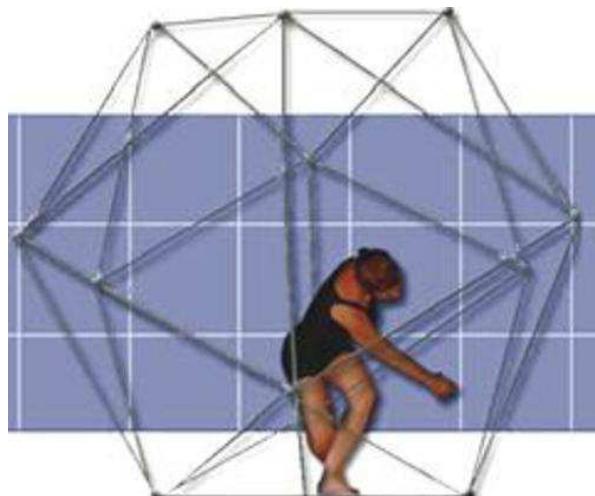


Figura 1. La Kinesfera. Imagen extraída de Lizarraga (2014). *Análisis comparativo de la gramática corporal del mimo de Etienne Decroux y el análisis del movimiento de Rudolph Laban*. (Unpublished doctoral dissertation).

**Designaciones espaciales.** En el movimiento realizado en el espacio, se señala la existencia de tres planos: sagital (rueda); vertical/frontal (puerta); horizontal/transversal (mesa) (Laban, 1978).

Queyquepe (2008) afirma:

Aunque cotidianamente empleamos todos los planos, algunos tendemos a movernos consistentemente y a estar cómodos en uno o más planos específicos. Se puede decir que una persona que se siente confortable en la utilización de la puerta se encuentra en un modo de presentación. A su vez, una que utiliza el plano horizontal se encuentra más en el plano de la comunicación, mientras que otra que utiliza la rueda es más probable que esté en la acción. (p.247).

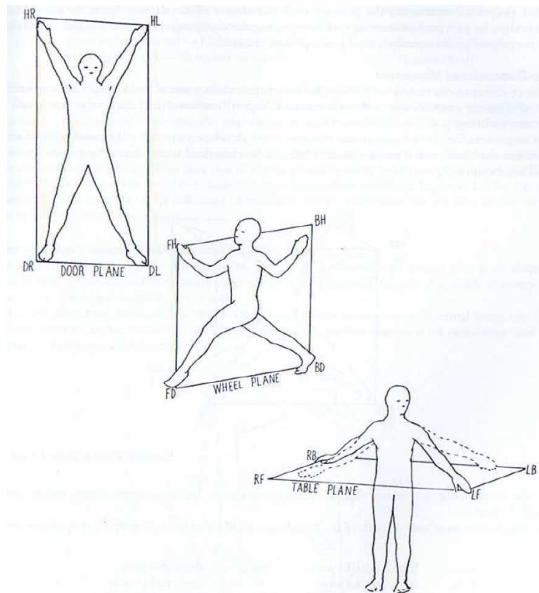


Figura 2. Los planos, imagen extraída de Bartenieff & Lewis (1980). *Body movement: Coping with the environment*. New York: Gordon and Breach.

Los tres niveles básicos del espacio alrededor del cuerpo son alta, mediana y baja.

Alta, se refiere al espacio a la altura de las manos cuando están elevadas sobre la cabeza.

Media, a media altura (cintura) del cuerpo y baja cuando está en o cerca de la zona baja de la pierna y el suelo. (Bartenieff & Lewis, 1980).

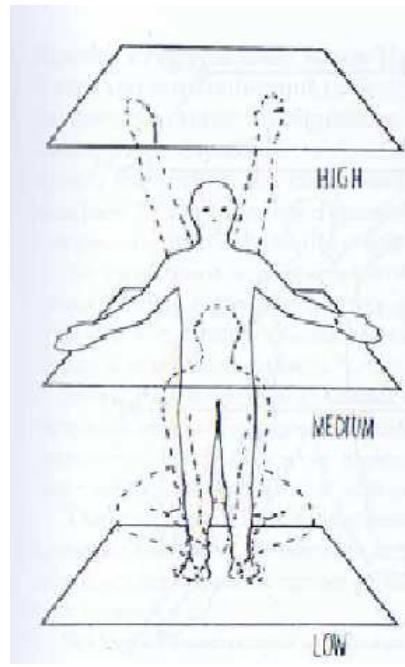


Figura 3. Los niveles en el espacio, imagen extraída de Bartenieff & Lewis (1980). *Body movement: Coping with the environment*. New York: Gordon and Breach.

Encontramos las siguientes direcciones de la acción en movimiento:

- Adelante.
- Izquierda-adelante.
- Derecha-adelante.
- Izquierda.
- Derecha.
- Izquierda-atrás.
- Derecha-atrás.
- Atrás.

### 3.3.1.3. Los Esfuerzos

Los esfuerzos, o “efforts”, son “factores de movilidad hacia los cuales la persona que se mueve adopta una actitud definida” (Laban, 1987, p.131); sus combinaciones son el resultado de las acciones realizadas. Además, “los esfuerzos de una persona se expresan visiblemente en los ritmos de su movimiento corporal” (Laban y Lawrence, 1974, p.2).

En la teoría del esfuerzo se consideran cuatro factores básicos: espacio, peso, tiempo y flujo; y cada uno de ellos se describe con un continuo con dos polaridades. Los puntos opuestos entre los “efforts” se degradan en un continuo entre el extremo de indulgencia “indulging” a favor de la calidad de movimiento, y el de lucha “fighting”, en contra de la calidad de movimiento (Zao & Badler, 2001).

Los “efforts” pueden ser representados por un sistema gráfico, que dota de velocidad en la observación, así como una representación del movimiento. Para ello, es necesario un entrenamiento previo (Laban, 1978).

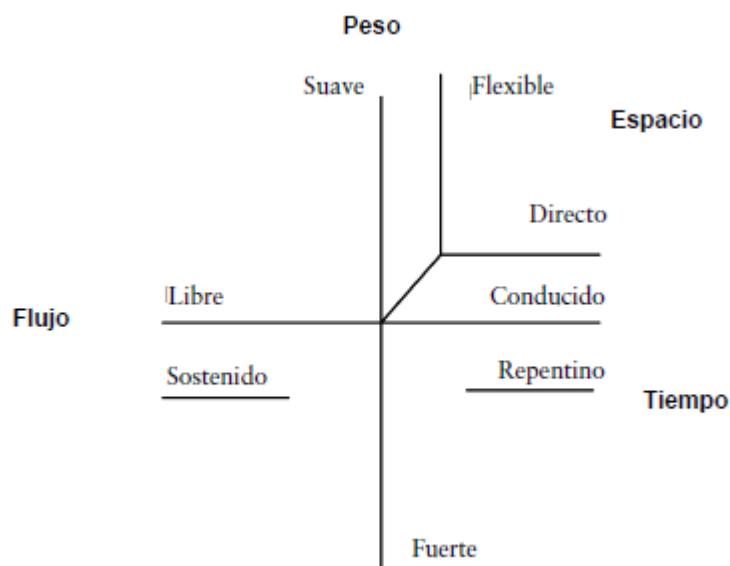


Figura 4. “Efforts” de Laban.

La expresividad de los esfuerzos fueron descritos por Laban como indicativo de los estados internos de la mente que preparan al bailarín para la secuencia. Él, identificó, como indicador, no de manera absoluta, las cualidades individuales características de los esfuerzos

Según Laban el hombre vive en dos mundos, el mundo del espacio y del tiempo de su entorno externo, y el mundo del peso y del flujo de su centro interior, éstos aparecen en las acciones hacia el exterior y en el comportamiento individual.

**Flujo.** Es el responsable de la continuidad de los movimientos. Sin el flujo, los movimientos contendrían simples indicadores del esfuerzo. Las cualidades del flujo son lo conducido (dirigido, controlado) o lo libre (fluido, relajado). Relacionado con la progresión, la emoción.

**Espacio.** Describe la actitud interior del que se mueve hacia el entorno. Las cualidades del espacio son lo directo (dirección rectilínea), o lo indirecto (flexible, dirección ondulada). Tiene que ver con la atención, el foco, el pensamiento.

**Peso.** Muestra la actitud interior del que se mueve con o contra la gravedad. No se trata de medir el peso en términos cuantitativos sino cualitativos. Las cualidades son lo firme (fuerte, resistente) o lo liviano (delicado, ligero). Relacionado con la intención, el sentido del “self”, la sensitividad, la fisicalidad, la sensación.

**Tiempo.** Es el factor que describe nuestra actitud interior con respecto a la duración o la continuación del movimiento. Las cualidades son lo súbito (urgencia, sorpresa) y lo sostenido (alargamiento, continuidad, persistencia). Relacionado con la decisión, la intuición.

Todo movimiento se produce con los cuatro factores, pero a menudo hay uno o varios que tienen más relevancia.

### **3.3.1.4. Las Acciones**

Las acciones se definen como “sucesiones de movimientos en las que un esfuerzo definido del sujeto acentúa cada uno de ellos” (Laban, 1978, p.19).

Marion North, alumna de Laban, describe las combinaciones de los esfuerzos/cualidades: si son dos se trata de los estados interiores.

**Tabla 1**

*Los estados interiores*

<b>Estado interno</b>	<b>Esfuerzos</b>
Ensoñado/Dream	Peso y flujo
Remoto/Remote	Flujo y espacio
Móvil/Mobile	Tiempo y flujo
Estable/Stability	Espacio y peso
Cercano/Physical	Peso y tiempo
Despierto/Alert	Tiempo y espacio

*Nota:* Elaboración propia, con base (Laban, 1960)

Las combinaciones de tres factores de movimiento se designan como impulsos (drives) y son cuatro.

**Tabla 2**

*Los impulsos*

<b>Impulso</b>	<b>Esfuerzos</b>
Pasión	Peso, tiempo y flujo
Acción	Peso, espacio y tiempo
Embrujo	Peso, espacio y flujo
Visión	Flujo, tiempo y espacio

*Nota:* Elaboración propia, con base (Laban, 1960)

Cada una de las acciones realizada por el sujeto se forma a partir de combinar elementos de esfuerzo (espacio, tiempo, peso y flujo). Así pues, al identificar la acción, se podrá determinar los esfuerzos presentes o el que predomina en esa acción en concreto. Laban (1978) determina la existencia de ocho acciones básicas.

**Tabla 3**

*Las ocho acciones básicas de Laban*

Acción de esfuerzo	Nombre	Ejemplos
<b>Sostenida, flexible, ligera</b>	Flotar o volar	Revolotear
<b>Súbita, directa, firme</b>	Dar puñetazos o arremeter	Dar una patada o golpe en el aire
<b>Sostenida, ligera, directa</b>	Deslizarse	Hacer el gusano por el suelo
<b>Ligera, flexible, súbita</b>	Dar latigazos leves	Movimientos de tocar el piano con los dedos
<b>Directo, súbita, ligera</b>	Dar toques ligeros	Los dedos al escribir en un ordenador
<b>Flexible, sostenida, firme</b>	Retorcerse	Escurrir un trapo con las manos
<b>Súbita, firme, flexible</b>	Hendir en el aire	Un “grand jeté” en danza clásica (saltar)
<b>Firme, directa, sostenida</b>	Presionar	Intentar mover una pared utilizando una o varias partes del cuerpo

*Nota:* Elaboración propia, con base a la Teoría de Laban.

### 3.3.1.5. Las Relaciones

En las sesiones de DMT, sean individuales o grupales, aparece el componente de la relación. Observando el contacto visual, la proximidad y el contacto físico tolerado con el terapeuta, el grupo o los materiales.

### **3.3.2. El Perfil de Movimiento de Kestenberg**

Judith Kestenberg, de nacionalidad polaca, estudió neurología, psiquiatría y psicoanálisis en Viena. Ella completó su educación psicoanalítica en Nueva York. En 1938 se mudó a Nueva York (Koch & Sossin, 2013).

Durante muchos años Kestenberg perseveró en una búsqueda incesante acerca de la naturaleza y significado del comportamiento no verbal. A principio de los años cincuenta esta autora, devotamente, realizó sus estudios extensos e intensos en el análisis de Esfuerzo-Forma basado en los factores de movimiento identificados por Rudolph Laban (Laban & Lawrence, 1947; Laban, 1960) y en las interpretaciones del uso de estos factores y de su estructura (Lamb, 1965; Ramsden, 1973). En 1953, Kestenberg ya había comenzado los estudios longitudinales de los patrones de movimiento en tres bebés, que fueron seguidos a lo largo de veinte años. Posteriormente el grupo de “Sands Point”, prosiguió sus investigaciones con respecto a la función que desempeña el comportamiento no verbal en la evaluación y en la terapia. Kestenberg contribuyó con importantes aportaciones clínicas y teóricas elaboradas a través de la observación de infantes, niños y adultos (Loman & Sossin, 2008). El sistema original de interpretación que fundamenta y precede el perfil de movimiento de Kestenberg es la metapsicología psicoanalítica del desarrollo, que fue introducida por Anna Freud (Freud, 1965).

Kestenerg, junto al grupo de estudios de “Sands Point”, se percató de lo poco que se sabía de este tema desde una perspectiva psicoanalítica y de la carencia de un sistema estandarizado.

El Perfil de Movimiento de Kestenberg conocido por sus siglas en inglés como KMP “Kestenberg Movement Profile”, es un instrumento complejo utilizado para describir, evaluar e interpretar el comportamiento no verbal.

La información del KMP sobre el funcionamiento psicológico intrapersonal e interpersonal se puede aplicar a todos los grupos de edad; algunos patrones se han utilizado en la vida intrauterina (Loman & Brandt, 1992).

Para la implementación del KMP se produjeron observaciones en vivo, películas y grabaciones de vídeo. El proceso de evaluación del KMP proporcionó oportunidades para aplicar y clarificar su uso diagnóstico respecto a niños y adultos atendidos clínicamente.

El KMP ha sido desarrollado por Kestenberg y sus colegas durante más de treinta años de labor. Los resultados de estudios han establecido una relación entre la dominancia de patrones específicos de movimientos con algunas etapas del desarrollo en particular y con diversas funciones psicológica (Loman & Sossin, 2008).

El KMP reúne teorías evolutivas, de las emociones y de la evaluación de la personalidad (Koch & Sossin, 2013).

Las notaciones de movimiento de Kestenberg son importantes ya que combinan informaciones psicoanalíticas detalladas en niños y utiliza una aproximación al análisis del movimiento introducido por Laban.

Con el foco en las aplicaciones clínicas y del desarrollo como las interacciones tempranas entre la madre y el bebé, Kestenberg desarrolló nueve perspectivas de movimiento (dando lugar a nueve diagramas) basadas en las tres dimensiones del espacio, el peso y tiempo, y los tres planos horizontal, vertical y sagital de movimiento (Koch, 2014). Siguiendo a Laban (1960) y Lamb (1965) Kestenberg distinguió dos sistemas básicos de movimientos: las cualidades del movimiento y la forma del movimiento.

El sistema 1 se denomina ritmos y atributos del flujo de tensión y describe la expresión en movimiento de necesidades internas, impulsos, emociones y afectos.

Documenta una línea del desarrollo que comienza en los patrones de movimiento propios del feto y de los recién nacidos y continúa a través de toda la vida. Como se muestra

en la figura 5, aparece en el diagrama del lado izquierdo del formulario KMP. En el sistema 2, los diagramas están en el lado derecho del formulario KMP y documentan una línea del desarrollo referida a las relaciones del sujeto observado con otras personas y con los objetos (Loman & Sossin, 2008).

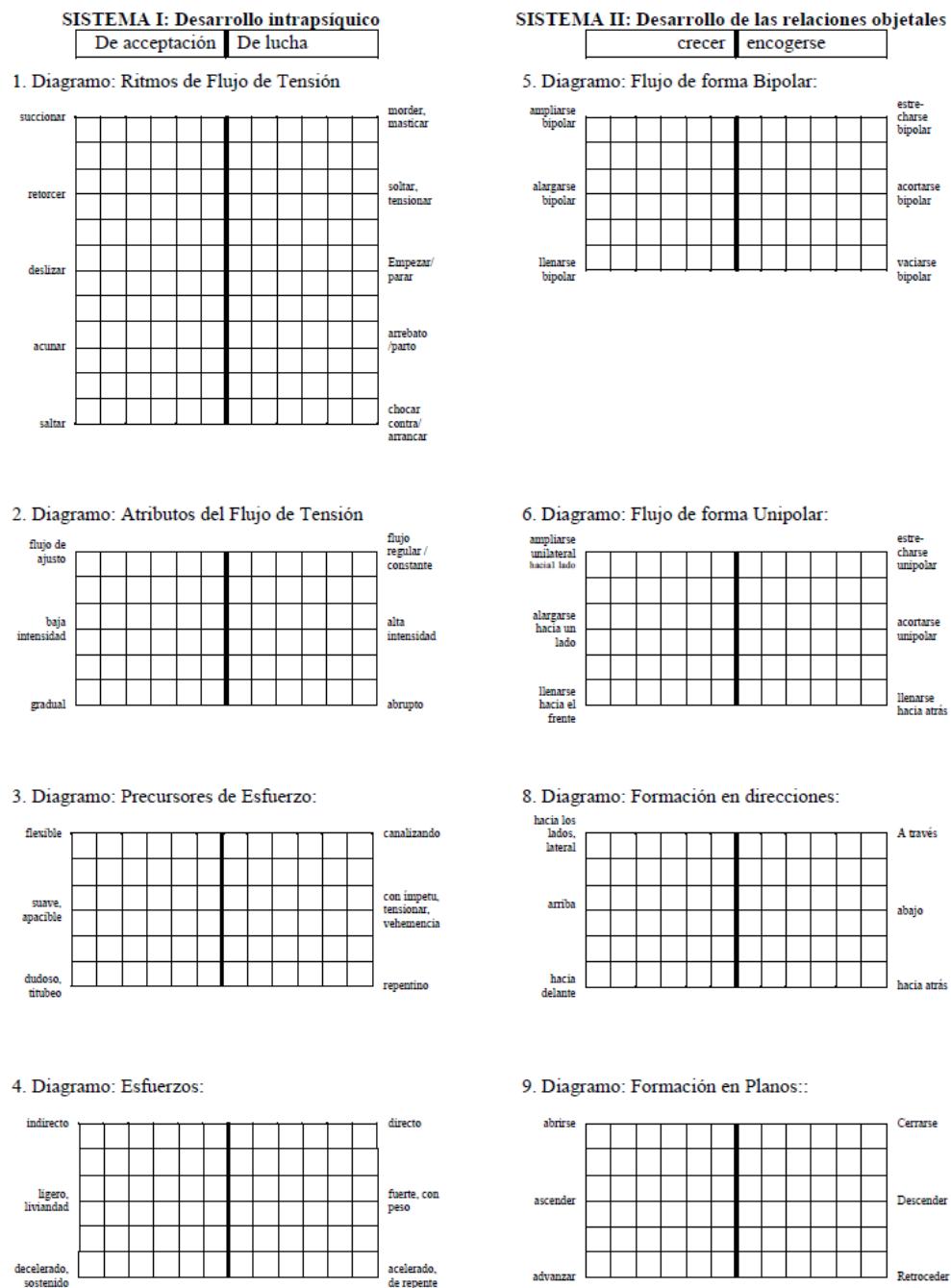


Figura 5. Formulario KMP. Adaptado de Kestenberg-Amighi, Loman, Lewis, & Sossin (1999).

En el diagrama 1, se representan los ritmos de flujo de tensión que expresan las necesidades e impulsos. Se han identificado diez patrones rítmicos. Cada ritmo se conecta de dos en dos (uno de entrega, el otro de lucha) a las cinco grandes fases del desarrollo humano: oral, anal, uretral, intragenital y extragenital (Kestenberg, 1975, citado por Kestenberg-Amighi et al. 1999).

Los diez ritmos básicos son: Succiónar, morder, retorcer, soltar/tensionar, dejar correr, empezar/parar, acunar/mecer, arrebato/parto, saltar y arrancar/chocar contra.

En el pico de cada etapa esperamos ver la mayor proporción de ritmos típicos para la misma, pero incluso así todos los ritmos están disponibles para ser usados por el individuo en cualquier fase (Loman & Sossin, 2008).

Según Loman & Sossin (2008): “las predilecciones individuales por ciertos ritmos específicos del flujo de tensión indican cuál es el método preponderante en la persona para la descarga y desahogo de impulsos” (p.263).

**Tabla 4***Diagrama 1. Ritmos de aceptación del flujo de tensión*

Ritmos de aceptación		
Fase del desarrollo humano	Ritmo (símbolo)	Interpretación
<b>Oral</b> <b>1er año de vida</b>	<b>Succionar (o)</b>	Base para el vínculo en las relaciones =sintonía con alguien/algo. Base para la empatía kinestésica; Identificación frágil de los límites corporales; más independiente que dependiente
<b>Anal</b> <b>2º año de vida</b>	<b>Retorcer (a)</b>	Base para la generosidad, adaptación, capacidad de improvisación, encanto, humor, ambivalencia, evasión, no encasillarse
<b>Uretral</b> <b>3er año de vida</b>	<b>Dejar correr (u)</b>	Poco control, cuestión automática, límites corporales frágiles, dificultad para focalizar y con los límites temporales
<b>Interior genitales</b> <b>4º año de vida</b>	<b>Acunar/Mecer (ig)</b>	Base para la ma-paternidad, capacidad de crear relaciones, capacidad para extraer e integrar ideas; base para la imaginación y pensamiento creativo
<b>Exterior genitales</b> <b>5º año de vida</b>	<b>Saltar (og)</b>	Extrovertido; entusiasta; errático; estimulante; dinámico; intrusivo e inclusivo; un poco molesto; vulnerable; presumido

*Nota:* Elaboración propia basado en Bräuninger adaptado de Kestenberg-Amighi et. al. (1999)

**Tabla 5***Diagrama 1. Ritmos de lucha del flujo de tensión*

<b>Ritmos de Lucha</b>		
<b>Fase del desarrollo humano</b>	<b>Ritmo (símbolo)</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Oral</b> <b>1er año de vida</b>	<b>Morder, masticar, chasquido (os)</b>	Límites corporales sólidos; fronteras yoicas; base para la separación y en sentido complejo, para la comunicación
<b>Anal</b> <b>2º año de vida</b>	<b>Soltar/Tensionar (as)</b>	Aferrarse a algo; persistir, ser tenaz, fortaleza, amor por el orden, capacidad de concentración, terquedad, compulsión, visión “blanco o negro”
<b>Uretral</b> <b>3er año de vida</b>	<b>Empezar/Parar (us)</b>	Orientado a los objetivos, competitivo, ambicioso, siempre insiste en algo, poco socializar, menos estructurado
<b>Interior genitales</b> <b>4º año de vida</b>	<b>Arrebato/Parto (igs)</b>	Alta intensidad durante un periodo largo; conexión, sensación de pertenencia; interiorizar, puede ser vivido como abrumador y sofocante
<b>Exterior genitales</b> <b>5º año de vida</b>	<b>Arrancar/chocar contra (ogs)</b>	Estar motivado al perseguir un objetivo de una manera concreta; dinámico; aventurero; embestidor; imponiéndose

*Nota:* Elaboración propia basado en Bräuninger adaptado de Kestenberg-Amighi et. al. (1999)

### **3.4. Arte Terapias en la Escuela**

#### **3.4.1. El sistema educativo actual**

Son muchas las voces que se alzan pidiendo un cambio de raíz en el sistema escolar.

En algunas ocasiones parece que ha perdido su sentido, pero tiene otro: convertirse en un escenario en el que niños y niñas sean capaces de construir su propio aprendizaje al mismo tiempo, que construyen su propia identidad: un sujeto que se conoce y se cuestiona, capaz de adaptarse a su medio pero de manera crítica.

El Ministerio de Educación y Ciencia (2003) postula que un objetivo prioritario es conseguir una formación integral de los alumnos que les permita actuar autónomamente y tomar decisiones necesarias para establecer unos hábitos de vida; trabajo global que debe ser asumido por la institución educativa que se justifica por la finalidad última y prioritaria del proceso educativo: el desarrollo de personas autónomas y equilibradas desde el punto de vista intelectual, afectivo y social.

La socialización de cada individuo y el desarrollo personal no deben ser dos factores antagonistas. Hay pues que tender hacia un sistema que se esfuerce en combinar las virtudes de la integración y el respeto de los derechos individuales. La escuela no puede resolver por sí sola los problemas que plantea la ruptura del vínculo social, allí donde se da. Pero puede contribuir a desarrollar el respeto y el cuidado por el otro, la voluntad de vivir juntos y el factor básico de la cohesión social.

Este concepto se desarrolla en “La educación encierra un tesoro”. Así se denomina el Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI cuyo presidente fue Jacques Delors. Se plantea que el aprendizaje debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales, que en el transcurrir de la vida serán para cada persona,

los pilares del conocimiento. Según Delors (1996), estos principios de la educación son considerados los cuatro pilares de la educación y del conocimiento:

(...) aprender a conocer, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión; aprender a hacer, para poder influir sobre el propio entorno; aprender a vivir juntos, para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas, aprender a vivir con los demás y aprender a ser. Un proceso fundamental que recoge elementos de los anteriores. En estos cuatro canales del saber convergen en una sola, ya que entre ellas hay múltiples puntos de contacto, coincidencia e intercambio (...) (pp. 33,34).

Por otro lado, uno de los principios fundamentales del sistema educativo en España, explicitado en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), y corroborado en la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE), refuerza la importancia de “la transmisión y puesta en práctica de valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia, así como que ayuden a superar cualquier tipo de discriminación” (LOE, 2006). Para ello, se hace necesario impulsar la importancia de desarrollar habilidades centradas en aprender a vivir y convivir. Con este fin, el currículo de nuestras etapas educativas ha de incorporar principios orientados al fomento de actitudes centradas en la convivencia pacífica y que promueva la eliminación de los diferentes tipos de violencia que se suceden en la sociedad.

Beltrán (2003) propone que igual que las empresas para salir de adelante han tenido que reestructurarse, la educación “debería plantearse, desde el comienzo..., que significa educar, cual es el papel del profesor, el papel del alumno, el significado de los contenidos y, sobre todo, la nueva configuración del contexto escolar”.

### **3.4.2. Estudios e Investigaciones sobre la DMT como prevención en un entorno escolar**

La efectividad y necesidad de la terapia en los encuadres escolares no es cuestionada entre los psicólogos y consejeros escolares (Prout & Brown, 1999; Kazdin & Johnson, 1994). Un gran número de análisis sobre psicoterapias realizadas en la escuela concluyen que las terapias son productivas. (Brantley, Brantley & Baer-Barkley, 1996; Kazdin & Johnson, 1994; Prout & Prout, 1998).

A pesar de ello, todavía hay muy poco escrito sobre el uso de las arte terapias en los encuadres educacionales, y hay quienes se mantienen escépticos sobre su viabilidad. (Wengrower, 2001).

Hasta el 2009, no se encuentran trabajos en nuestro país que integren currículum y terapia artística, o mejor dicho, modos de trabajar las áreas curriculares a través de la terapia artística, (Granados, 2009) aunque sí aplicaciones en el ámbito escolar (Callejón & Granados, 2005; Callejón & Granados, 2006).

A continuación se presentan los estudios e investigaciones sobre DMT en el entorno escolar.

**Autora:** Kornblum, R. (2002)

**Título:** *Disarming the Playground Violence prevention through Movement and Pro-Social Skills.*

**Enfoque:** En Argentina Kornblum dirige una formación encarada a profesores y profesionales de la salud para la mejora de sus capacidades empáticas.

**Resultados:** La DMT ha estado implementada con éxito para resolver problemas de “bullying” en las escuelas. Se promueve así también la paz y prevención de la violencia en las escuelas.

**Autora:** Curtis, S. (2002)

**Título:** Providing Dance Movement Therapy within a Mainstream School.

**Enfoque:** Propone un modelo de trabajo de DMT con niños con necesidades emocionales en un encuadre educacional y ayudarlos a estar mejor en la clase. Las sesiones se realizaban en la biblioteca de la escuela donde se retiraban sillas y mesas, en un esquina dejaba una mesa con papel y bolígrafo, en el otro lado de la sala dejaba una bolsa con materiales (props) para que los niños los utilizasen como desearan. Aunque las sesiones no eran directivas, se seguía una estructura modelo de la pionera Marian Chace (Chaiklin, 1975). Los miembros del grupo decidían como utilizar el tiempo. Describe la evolución de las sesiones de 3 casos.

**Resultados:** Argumenta que en el aula ordinaria, hay situaciones donde los niños son retirados de la clase para recibir apoyo al aprendizaje de habilidades cognitivas, como la lectura o la escritura, o pueden ser expulsados porque su comportamiento es difícil de manejar. Según Curtis los niños pueden estar preocupados de que los demás los perciben en estas situaciones como fracasados o estúpidos. Las sesiones de DMT ofrecen una modalidad donde los grupos mixtos pueden trabajar juntos sin el miedo y la presión de "hacerlo bien". Sentimientos difíciles pueden ser expresados de forma segura, y el niño puede ser menos obligado a actuar en el aula. Conforme el trabajo avanza, los niños, a su vez permitirán que otros niños sepan sobre sus experiencias. Las sesiones de DMT empezarán a ser reconocidas como un lugar donde todos pueden divertirse, moverse y cuidarse los unos a los otros. Curtis propone que en lugar de retirar a los niños con dificultades fuera del aula, se trabaje con el grupo al completo para promover un sentimiento de unión y compañerismo, donde los alumnos normalmente excluidos puedan ser apoyados y ayudados por los demás.

**Autora:** Koshland, L. (2004)

**Título:** *PEACE through Dance Movement Therapy in Elementary School.*

**Enfoque:** Se utiliza la DMT para la prevención de la violencia una escuela urbana de EUA.

Población: 54 niños de varias culturas entre 7 y 8 años. Un 55% de niños son americanos y un 45 % son emigrantes de varios países. El 80 % de la población se sitúa en el nivel de pobreza o por debajo de éste. El estudio evalúa la efectividad de sesiones semanales de 50' de DMT durante 12 semanas consecutivas. El objetivo es proporcionar herramientas de self-control para reducir los incidentes agresivos y comportamientos disruptivos en una escuela urbana en Southwest, Salt Lake city, Utha, EUA. Se introduce una terapia basada en la prevención de la violencia en las relaciones sociales implicando a los alumnos en la resolución de problemas en grupo “creative problem –solving group process”. También se promueven comportamientos prosociales usando la DMT a través de la música e historias de otras culturas que sirve a los niños de diversas procedencias.

**Resultados:** Se produce una reducción del comportamiento agresivo y del “bullying” en las escuelas de primaria., tienen menos miedo para resolver situaciones problemáticas. Los datos se obtienen a partir de la participación de los alumnos en el estudio y de la observación de profesores y asistentes sociales que colaboran en este proyecto. Los alumnos ganan autocontrol, regulación de sus emociones y la capacidad de resolver problemas en grupo usando una técnica creativa. Se comparan los grupos (alumnos de 9 a 11 años) que no han recibido esta intervención en DMT y se observan diferencias significativas en relación a los que sí han recibido esta formación.

**Autoras:** Karkou, V., Fullarton, A. y Scarth, S. (2010)

**Título:** *Finding a Way out of the Labyrinth through Dance Movement Psychotherapy.*

**Enfoque:** Prevención en salud mental en la educación secundaria, “mainstream schools”, para jóvenes adolescentes con riesgo de desarrollar problemas mentales. Se utiliza la DMT como terapia artística para la prevención temprana en contextos educativos y promover la salud mental. Estos autores comentan que existen evidencias en investigaciones sobre la efectividad del arteterapia en adolescentes

Participantes: Parte A del estudio. Formación destinada a profesores para concienciarlos de la importancia de la salud mental pertinente a los adolescentes y el uso de terapias creativas. (Seminario 4 h.: sesiones de teoría y talleres experienciales). Parte B del estudio. Destinado a los alumnos (11-13 años) para la mejora de sus emociones y buenas relaciones sociales. (10 sesiones de danza –movimiento- terapia de 45’ de duración).

**Resultados:** Se recogen datos a nivel cualitativo y cuantitativo. Notas a modo de diario “notes/ journal” completado por profesores, alumnos y el terapeuta. Grabaciones de vídeo de las sesiones en grupo con los estudiantes. Formularios de evaluación completados por alumnos y profesores (N=21). Un cuestionario ASEBA (de preguntas estandarizadas de autorespuesta para profesores, los jóvenes y padres que consiste en un listado de tipos de comportamiento (se recoge esta información pre y post a la intervención). Los profesores afirman que tienen poco conocimiento para tratar los problemas de salud mental en adolescentes y que éstos han aumentado. Los recursos para los niños y adolescentes que tienen los centros escolares en este ámbito son limitados. La mayoría de la plantilla considera como buena la introducción de este tipo de intervenciones en la escuela, aunque encuentran que deberían ampliarse el número de sesiones. Indican que se ha discutido sobre las teorías en salud mental y el trabajo experimental. El grupo de 12 alumnos, 6 participan y los otros 6 son

el grupo de control. Los resultados indican una mejora en la actitud de los del primer grupo y mayor habilidad para enfrentarse a situaciones.

**Autora:** Tortora, S. (2010)

**Título:** From the Dance Studio to the Classroom Translating the Clinical Dance Movement Psychotherapy Experience into a School Context.

**Enfoque:** Caso de estudio con Salina explora como el modelo ‘Ways of Seeing’ ha ayudado en los cambios de la experiencia escolar de Salina.

En el estudio se realizan las siguientes preguntas: 1. ¿Puede el proceso metamórfico de la expresión de la danza, como se muestra en las sesiones de Danza Movimiento Psicoterapia (DMP), ayudar a la mejora de un niño en el encuadre escolar? 2. ¿Puede un esfuerzo físico y los métodos de regulaciones afectivas usadas en el encuadre de DMP, ser traducidos en una mejora de comportamiento de un niño en edad de escuela elemental?

‘Ways of seeing’ es un programa teórico, clínico y de investigación, basado en una variedad extensiva de fuentes, incluidos los principios no verbales del Laban Movement Analysis, la disciplina del movimiento auténtico (Adler, 2002); la práctica de la DMP y los principios del desarrollo de la primera infancia (Tortora, 2006).

La recolección de datos se realizó durante un periodo de dos años mediante un diario de notas siguiendo la metodología de ‘Ways of Seeing’, descripciones del comportamiento y Movement Signature Impressions (MSI) (Tortora, 2006).

Participantes: Salina empezó el tratamiento de DMP a la edad de 6 años y 8 meses durante su primer año en la escuela primaria. Los padres estaban preocupados sobre su difícil comportamiento, la escuela les recomienda buscar una intervención terapéutica. Los padres de Salina deciden que las terapias creativas serían un buen recurso para las necesidades de su hija.

**Resultados:** Este caso de estudio demuestra como los aspectos expresivos y curativos de un tratamiento individual de DMP en un encuadre escolar ayudaron a una mejora de una niña joven.

La información de sus sesiones fue compartida con los profesores de clase para ayudarles a identificar cuando el ambiente escolar contribuye a sus dificultades.

La directora del centro resume los resultados y objetivo en el informe anual del 2007 de la siguiente manera: “Después de dos años, nosotros hemos observado una asombrosa mejora en su comportamiento de estudiante y con su habilidad para relacionarse con otros. Por supuesto, todavía es un trabajo en progreso. Yo creo que este espectacular progreso es consecuencia parcialmente a la sabiduría y conocimiento de la Dr Suzi Tortosa, junto a las aproximaciones de nuestro equipo. Entonces, el estudiante ha recibido mensajes consistentes de todos los adultos alrededor de ella”.

**Autora:** Regev, D; Kedem, D; Guttmann, J. (2012)

**Título:** The effects of mothers' participation in movement therapy on the emotional functioning of their school-age children in Israel.

**Enfoque:** El objetivo de este estudio es emplear la metodología cuantitativa para examinar la influencia de la participación de las madres en el grupo de movimiento terapia de sus hijos.

El modelo terapéutico empleado combina la terapia diádica (Harel, Avimeir-Patt, & Ben-Aaron, 2006) y la terapia en movimiento (Loman & Herman, 1999).

Participantes: 26 niños, 17 niños y 9 niñas, comprendidos en edades de 6 a 8 años.

El estudio se realizó en un curso académico en un centro de tratamiento las funciones del cual dependen del ministerio de educación.

El diseño empleado en el estudio es un ensayo de control aleatorio.

La hipótesis del estudio es que en el grupo experimental (intervención con las madres) la mejora en la auto-imagen y del comportamientos de los niños serán mejores que los niños del grupo control (intervención sin madres) y las madres que participan en la intervención demostrarán una mejora en las funciones parenterales que las madres que no participan. Las variables independientes del estudio son evaluadas en dos tiempos diferentes, al inicio de la intervención terapéutica y después de las 16 sesiones.

Todos los participantes son referidos por las profesoras del parvulario, de primaria o bien la psicóloga del sistema educacional.

**Resultados:** Los resultados del estudio indican que mejora la auto-imagen de los niños en los dos grupos, la mejora del comportamiento es mayor en los niños en el grupo experimental que en el control, se muestra un incremento de la funcionalidad y eficacia de las funciones parenterales en ambos grupos, siendo mayor en el grupo experimental.

**Autora:** Posada de Valenzuela, M. (2014)

**Título:** Dancing with Mothers: A School-Based Dance/ Movement Therapy Group for Hispanic Immigrant Mothers

**Enfoque:** Basada en la realidad que la población Hispana en Estados Unidos es una población minoritaria en crecimiento y la falta de investigación acerca de la DMT en esta población, el artículo propone el uso de DMT como soporte para el proceso de aculturación en madres inmigrantes de procedencia hispánica. Se ofrecen 8 sesiones grupales de DMT en madres inmigrantes de procedencia hispánica en el encuadre de las escuelas de sus hijos. La propuesta se realiza en un grupo que incluye recientes madres inmigrantes así como madres que tienen diferentes niveles de aculturación.

El estudio reporta los objetivos de la terapia en esta población: reconocer sus necesidades, sus valores culturales y problemas clínicos. Así como describe posibles intervenciones que pueden dar soporte al proceso de las madres inmigrantes.

**Resultados:** Procesando las experiencias en el grupo propuesto, las mujeres pueden sentir el soporte de las que están a su alrededor y ganar sentido de pertenencia y comunidad. Este grupo, puede también ayudar a madres inmigrantes a sentirse conectadas a su nuevo entorno en su nuevo país y dar una oportunidad para aprender sobre los recursos disponibles.

### **3.4.3. Limitaciones de las terapias artísticas en el entorno escolar**

A pesar de las muchas ventajas, la terapia dentro del sistema escolar tiene unas características únicas que pueden influenciar en la eficacia de la misma terapia y puede impedir el trabajo del arte terapeuta (Ringeisen, Henderson, & Hoagwood, 2003). Entre otras, es difícil crear un “setting” apropiado para el terapeuta que proporcione privacidad y confidencialidad dentro del sistema escolar (Ofer-Yarom, 2007; Wengrower, 1998). Las vacaciones y actividades del calendario escolar, dificultan el flujo y continuidad de la terapia (Wengrower, 1998). Además, las sesiones de terapia son más cortas para poder ajustarlas en los horarios de las asignaturas escolares (Moriya, 2000). Hay muchos factores que pueden dificultar la interacción necesaria entre el personal de la escuela y el arte terapeuta, como por ejemplo las tensiones a raíz de la desigual distribución del trabajo, o las irreales expectativas por parte del personal escolar de obtener resultados terapéuticos rápidos (Moriya, 2000; Wengrower, 1998).

En las escuelas donde existe la figura del arte-terapeuta todavía es difícil que se les reconozca su papel. Los terapeutas que trabajan en la escuela sienten que las expectativas sobre ellos muchas veces son a intervenir como profesores de arte más que como terapeutas.

Sienten que la única naturaleza de su profesionalidad está poco reconocida. (Wengrower, 2001).

Por otro lado, la escuela, como institución gubernamental pública, está motivada por principios que pueden ser diferentes e incluso contradictorios con los de la terapia.

Es importante, antes de comenzar el trabajo terapéutico dentro de un centro escolar, realizar una reunión con los profesionales de la escuela donde se establezcan estos puntos tan importantes para el trabajo terapéutico, además de alcanzar una comunicación clara y entendimiento mutuo de las necesidades de ambas partes. (Wengrower, 2001).

#### **3.4.4. Beneficios de las terapias artísticas en el entorno escolar**

Actualmente, ya no es objeto de controversia entre los psicólogos escolares y demás profesionales de la educación, la eficacia y la necesidad de la terapia dentro del entorno escolar.

Frecuentemente es reclamado que los niños en etapa escolar tienen más problemas emocionales que en el pasado (Moriya, 2000; Weist, Rubin, Moore, Adelsheim, & Wrobel, 2007). El equipaje pesado que los niños en etapa escolar traen consigo de sus casas tiende a ser olvidado y evitado durante las horas de escuela (Loesl, 2010); por lo tanto es justificado que el sistema educativo necesita abordar tanto sus problemas emocionales y de comportamiento así como sus necesidades educativas (Paternite, 2005; Randick & Dermer, 2013). Cuando los alumnos se sienten bien sobre ellos mismos, son libres para centrarse en el proceso de aprendizaje y sus aspiraciones para el futuro (Isis, Bush, Siegel, & Ventura, 2010).

Son muchos los beneficios descritos por las terapias emocionales dentro del marco escolar, hay quienes piensan que son más efectivas que las terapias realizadas en los centros de salud mental, por lo que se refiere al fácil acceso y el menor tiempo de espera (Hussey &

Guo, 2003). Sin embargo, la mayor ventaja es el flujo de información y el mutuo enriquecimiento entre terapeutas y miembros del personal escolar (Moriya, 2000).

El encuadre escolar es un punto de encuentro de tres sistemas centrales: el sistema educativo, la personalidad del niño, y la familia del niño. En este contexto, uno de los principales determinantes sobre el éxito o fracaso del proceso terapéutico con niños es la coperación con sus padres (Chethik, 2000).

Wengrower (2001) propone que sería beneficioso diseñar modelos de intervención que se adapten a la cultura educacional, donde se enfatice el lado artístico de la terapia. Los terapeutas pueden contribuir con sus conocimientos para el diagnóstico diferencial, las intervenciones familiares, grupos de padres e hijos, y así sucesivamente. Los terapeutas que entrasen a formar parte del contexto educacional, podrían introducir y explicar su profesión a los profesores de la escuela mediante lecturas y “workshops” para consolidar y enriquecer al personal. Para los terapeutas y educadores el objetivo sería llegar a un entendimiento y conceptualizaciones comunes.

Según Malchiodi (2003) la terapia artística puede:

- Reducir la ansiedad y ayudar a que los niños se sientan más cómodos en el ámbito escolar.
- Ayudar a trabajar procesos cognitivos básicos como la memoria.
- Ayudar a que el niño organice sus descripciones y narraciones.
- Ayudar a los niños a expresarse mucho mejor, a veces, que si lo hiciera verbalmente.

Un aspecto importante a considerar dentro del ámbito educativo, es la contribución de la terapia artística al crecimiento personal y desarrollo de la personalidad. Educar supone contribuir al crecimiento personal y desarrollo de la personalidad. Según Romero (2002) liberada de los corsés de otras épocas, la psicología de la personalidad atiende cada vez más a

la dimensión emocional del ser humano, y a los procesos relacionados con el sí mismo, que parecen desempeñar un papel crucial en la integración de la personalidad y en la regulación de la conducta. Teniendo en cuenta, sobre todo, que la terapia artística es una disciplina que capacita para la ayuda humana utilizando los medios artísticos, las imágenes, el proceso creativo y las respuestas de la persona a esos productos creados. A través del proceso creador se reflexiona sobre el desarrollo del individuo, sus conflictos personales e intereses. Se trata de manera sencilla, pero no por ello falta de rigor, de indagar en el conocimiento interior del individuo a través de las emociones estéticas y su expresión plástica, en los casos en los que la palabra no basta (Klein, 2006).

La DMT trabaja en las dificultades de los niños mediante el comportamiento del movimiento corporal y la comunicación no verbal, ofreciendo un canal para los niños para expresar y trabajar las dificultades cognitivas y emocionales. El objetivo de las sesiones es promover y incrementar la integración emocional, mental y física. Por ejemplo, un niño que muestra dificultades en realizar las tareas escolares puede no tener un déficit cognitivo de aprendizaje, pero el estrés emocional puede interferir con su habilidad para organizarse, pensar y su atención. El éxito de las tareas en movimiento que necesiten de organización, atención y pensamientos pueden ayudar a aliviar el estrés y mejorar el trabajo escolar (Leventhal, 1980; North, 1972).

## **4. DESCRIPCIÓN DEL CASO**

El estudio está encuadrado en el marco de la Educación de niños/as de Primaria, etapa comprendida entre los 6 y 12 años de edad. Concretamente en el ‘Centre d’Educació Infantil i Primària’ (CEIP) Sant Salvador, ubicado en el barrio de Sant Salvador en Tarragona.

El estudio de este caso se llevó a cabo a través de una investigación empírica de carácter cualitativo basado en un caso único el cual recibió sesiones individuales de DMT a lo largo de dos trimestres de un curso escolar.

El procedimiento utilizado para valorar y evaluar la evolución del movimiento de Laban y Kestenberg a lo largo del proceso terapéutico ha sido la observación activa y participante transcrita en el diario de campo, además de la visualización de grabaciones de vídeo durante todo el proceso. De esta manera, para cada sesión, se recogen anotaciones sobre los esfuerzos predominantes, los impulsos, donde inicia el movimiento, los niveles, planos y direcciones más utilizadas, el uso de la kinesfera personal y general, las relaciones mantenidas y el diagrama 1 de los Ritmos de Kestenberg.

### **4.1. Contexto del entorno**

Sant Salvador es un barrio situado a unos 5 km al norte de la ciudad de Tarragona. Se creó como zona residencial el 1966 unos años antes del establecimiento del polígono petroquímico del Morell y la Pobla de Mafumet. Después del impulso urbanístico inicial de los años 70, en el que el Patronato municipal de la vivienda construyó 1.500 pisos, el barrio prácticamente no creció durante los años 80. Pero en la década siguiente Sant Salvador, se amplió por la zona oeste con la construcción de viviendas unifamiliares alrededor del paseo de Santa Isabel, y más tarde por la zona este con la construcción del barrio de Sant Ramón.

Los últimos años el barrio ha experimentado una gran expansión de las dos zonas residenciales y muchos vecinos de las zonas originarias del barrio se han desplazado a estas nuevas áreas. Éste hecho ha coincidido en el tiempo con la llegada de nuevas comunidades al barrio, procedentes del Norte de África, América del Sur y los países de la Europa del Este, ocupando las viviendas que quedaban libres por el desplazamiento de la población autóctona.

Según el Informe de datos sociodemográficos de la ciudad de Tarragona 2016, el conjunto de población del barrio de Sant Salvador representaba el 5,1% del total de la población de la ciudad de Tarragona con un total de 6972 personas. Las franjas de edad de 0 a 15 años representaba el 20,7%, situándose por encima de la media de la ciudad, siendo el segundo barrio más joven.

Del mismo informe se desprende que el barrio se caracteriza por ser un barrio acogedor de población extranjera, destacando la población Magrebí, 12,5%, que triplica la media de la ciudad. La población de origen africano también es importante representando el 3,2%. Con respecto al nivel de instrucción, hay un elevado porcentaje de personas con niveles de instrucción básicos o muy bajos. Además, el 26,4% de las viviendas del barrio están compuestas por más de 4 personas en comparación con el 22,8% de la media de la ciudad.

Actualmente la situación socioeconómica de la mayoría de las familias es muy difícil. El elevado porcentaje de paro ha provocado un incremento de los niveles de pobreza y de exclusión social en el barrio. Las necesidades educativas y de asistencia social son cada vez más urgentes y necesarias.

#### **4.2. Características del centro**

La creación de la urbanización de Sant Salvador supuso la creación de una escuela en módulos prefabricados. El crecimiento de la población como consecuencia del desarrollo de la industria Tarragonense y el consiguiente traslado de obreros a estas industrias supuso un movimiento permanente de familias y alumnado al barrio de Sant Salvador. Como las familias eran mayoritariamente jóvenes, el crecimiento de la población escolar fue muy fuerte y provocó una insuficiencia de plazas escolares. La previsión de equipamiento era insuficiente y se habilitaban bajos comerciales para realizar las clases. En el 1970 se edificó la escuela.

La escuela de Sant Salvador el 21 de mayo de 2014, respondiendo a la realidad del barrio, fue clasificada como centro de máxima complejidad (M.Olivé, comunicación personal, 13 marzo 2018).

La mayoría de las familias que pertenecen a la escuela son familias recién llegadas de otros países que en su mayoría proceden de Marruecos. El índice de alumnos de nacionalidad extranjera el 2016 era de un 50, 35%. Pero en el porcentaje restante hay un índice alto de alumnos que a pesar de tener la nacionalidad Española no se adaptan a la cultura autóctona (M. Olivé, comunicación personal, 13 marzo 2018).

Referente a los alumnos con dictamen por necesidades educativas especiales, en 2016, había un total de 22 alumnos (2,12%) y con dictamen en relación a las necesidades educativas específicas vinculadas a situaciones socioeconómicas o socioculturales desfavorecidas, había un total de 34 alumnos (8,94%) (M.Olivé, comunicación personal, 13 marzo 2018).

Por otro lado, en 2016, redujeron a la mitad las horas de ‘l’aula d’acollida’, atienden a 14 alumnos recién llegados y 16 alumnos de soporte lingüístico. Además, hay un índice de un 51,86% de alumnos que tienen ayudas para la adquisición de libros i material didáctico complementario y informático (M. Olivé, comunicación personal, 13 marzo 2018).

### **4.3. Coordinación con la escuela**

Antes del inicio de la intervención se realiza una reunión formal con la directora de la escuela, por otro lado, con la tutora y profesora de inglés, y con su madre, con la finalidad de compartir con la terapeuta la problemática detectada en la paciente.

A continuación se describen las observaciones recogidas de cada reunión.

#### **4.3.1. Reunión con la directora**

La menor es alumna de la escuela de Sant Salvador desde parvulario. Siempre ha tenido los mismos compañeros de clase. Hasta el año pasado, no había causado ningún problema a los profesores y compañeros, y su expediente era bueno. Desde finales del año anterior e inicios de este, recibe muchas quejas de profesores por su comportamiento, distrae a los compañeros y profesores. Ha estado expulsada en alguna ocasión.

#### **4.3.2. Reunión con las profesoras**

En la escuela, tiene problemas con las relaciones con sus compañeros. Según la tutora, pocos alumnos quieren estar sentados a su lado. Siempre los distrae con sus comentarios, pasando notitas, quitándoles material, inventando historias para llamar su atención... También pide mucha atención de la tutora y adultos referentes.

#### **4.3.3. Reunión con la madre**

La madre culpa a la genética de su comportamiento, con ella es muy restrictiva. Explica que le prohíbe hacer muchas cosas, según ella es la única manera de controlarla.

Además, de estas reuniones se establece el modo de coordinación entre la terapeuta y profesores del centro durante la intervención. Coincidiendo con el período vacacional de navidad, se realizó otra reunión formal con la tutora y directora del centro para evaluar el proceso de la intervención. Además, la directora cita a la terapeuta para una reunión a mitad del proceso, explica que la menor ha sido expulsada de la escuela por mentir.

Durante la intervención, de manera informal, se intercambian impresiones con la tutora, antes de cada sesión.

#### **4.4. Sujeto del estudio**

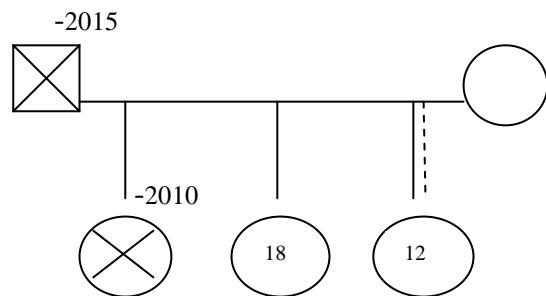
Niña de 11 años de edad, adoptada, con trastornos conductuales sin diagnosticar hasta el momento. Cursa 6º de primaria. La llamaremos Xio.

Se elige a esta menor por petición de su tutora y la directora del centro. El año anterior a la intervención individual con la menor, realicé las prácticas de segundo año del máster, con un grupo de 5º de primaria, en la misma institución. La madre de Xio, al terminar el curso escolar, pidió ayuda al centro, por no poder abordar la situación con su hija. La directora y la tutora de la menor, teniendo conocimiento que tenía que realizar la tesina del máster me propusieron el caso.

Hace 10 años que vive con su familia adoptante. Hasta los 2 años de edad estuvo en una o varias casas de acogida. A partir de entonces fue adoptada por una familia de clase media de Tarragona, pasando a ser la pequeña de tres hermanas. Siendo ella la única adoptada. La hermana mayor tenía una enfermedad terminal diagnosticada de nacimiento y murió al cabo de unos años de ser adoptada Xio. Hace unos dos o tres años el padre también falleció. Por lo tanto actualmente la familia está formada por la madre y la hermana de 18 años.

Hay poca información del motivo de la adopción de la menor y el tiempo que los padres estuvieron esperando. Según la madre su actitud, desde pequeña ha sido diferente a la de sus hijas biológicas, generándole más problemas. Sobre todo desde el año pasado. La compara constantemente con la hermana fallecida. La relación con la hermana mayor es buena, siendo para Xio un referente importante.

A continuación, para ayudar a entender la situación familiar de Xio, se adjunta el Genograma.



*Figura 6. Genograma de Xio.*

Del origen de Xio, hay muy poca información. Su nombre es de origen Canario.

Por otro lado, la directora de centro, facilita a la madre de Xio un contacto de psicoterapia para ella. No hay constancia de que la menor haya realizado psicoterapia en el pasado.

#### **4.5. La intervención de DMT**

##### **4.5.1. Duración y temporización**

Esta intervención con DMT se plantea como un proceso breve en el tiempo. Tuvo una duración de seis meses: de octubre de 2017 a marzo de 2018, sumando un total de 16 sesiones. Las sesiones se realizaron con una frecuencia semanal y una duración de 45 minutos. El horario de las sesiones es de 16:30 a 17:15, fuera del horario lectivo escolar.

El proceso terapéutico quedó interrumpido como consecuencia de las vacaciones escolares establecidas en el calendario académico escolar, del 22 de diciembre al 7 de enero, por motivo de la navidad. Las interrupciones se trabajaron a lo largo del proceso, anticipándolas con el tiempo necesario.

También es relevante señalar que debido a motivos personales de la paciente, las sesiones de los días 30 de enero y 13 de febrero no se pudieron realizar, aunque la terapeuta asistió al centro por no ser avisada con antelación.

#### **4.5.2. Encuadre terapéutico**

Las sesiones se realizaban en la sala de psicomotricidad de primaria de la escuela. Es una sala situada al lado del comedor, en la planta baja. Separada de la portería y entrada por un largo pasillo. Es un espacio mediano, con grandes ventanales que dan al patio por donde entra mucha luz natural, con persianas que permiten no ver el exterior. Hay una columna maestra central que separar la sala casi en dos.

La sala está dotada de varios materiales, en un lado hay dos espalderas. En el fondo hay materiales como pelotas, cojines, telas... y en la otra punta hay colchonetas de gimnasia apilada, pelotas de yoga, una tele y equipo de música.

Como estructura de las sesiones se sigue el trabajo propuesto por Marian Chace. Estableciendo cuatro fases distintas con una transición fluida entre ellas:

**Check-in.** Terapeuta y paciente se sentaban cara a cara después de haber dejado los zapatos en un rincón de la sala. Antes de todo, se verbaliza el día del calendario que estábamos. El canal de comunicación principal es el verbal y se utiliza para explicitar la situación física y emocional de la paciente. A veces, se utiliza el dibujo o la escritura. La terapeuta recibe información tanto consciente como inconsciente. Duración 10 minutos.

**Calentamiento.** Esta fase se propone dinámicas para calentar el cuerpo, despertar la conciencia corporal, así como movilizar la capacidad emocional de la participante.. Duración 5 minutos.

**Proceso o desarrollo.** De los movimientos explorados durante el calentamiento surgen diferentes dinámicas. Se realizan dinámicas específicas propuestas por la terapeuta, en las primeras sesiones sobre todo, y también propuestas de la paciente. Duración 20 minutos.

**Check-out o cierre:** Elaboración verbal de lo vivido y experimentado en la sesión, a veces, se propone realizar el cierre con palabras concretas, espontáneas que surgen del paciente. Duración 10 minutos.

Otro aspecto importante para el setting de las sesiones es el establecimiento de unas normas fijas y mínimas que rigen el comportamiento dentro del espacio de las sesiones.

Las normas establecidas fueron las siguientes.

- No hacerse daño a uno mismo ni a los demás.
- No utilizar un material concreto de la sala.
- No romper el material
- Mantener la confidencialidad.
- Venir con ropa cómoda a las sesiones.

#### **4.5.3. Supervisión**

Con la finalidad de ayudar a elaborar e interpretar las dinámicas contratransferenciales y transferenciales de las sesiones, así como entender y guiar el proceso terapéutico, la terapeuta acudió a supervisiones quincenales con una psicoterapeuta verbal. Se realizaron un total de 9 supervisiones a lo largo de todo el proceso.

## 5. RESULTADOS

### **5.1. Registros del perfil de movimiento de Laban**

De las anotaciones del diario de campo y la revisión de los vídeos de las sesiones se recoge una descripción general del perfil de movimiento de Laban de Xio sesión por sesión. A partir de esta descripción, se elaboran unos cuadros que muestran la evolución del movimiento a lo largo del proceso terapéutico.

#### **5.1.1. Registros sesión por sesión**

##### **Sesión 1**

###### **Esfuerzos**

Predominan el peso ligero y pasivo, flujo conducido, espacio indirecto y tiempo súbito, puntualmente también aparece el tiempo sostenido.

###### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso con peso ligero, espacio indirecto y tiempo súbito. Tiene preferencia en girar sobre sí misma, hacer pinos y ruedas y correr. Las acciones que predominan son realizar latigazos leves, lo hace con las manos, y dar toques ligeros.

Encadena las acciones de manera desorganizada. Entre la encadenación de acciones aparece el impulso de pasión cuando se tira súbitamente al suelo y empieza a reír con peso ligero, tiempo súbito y flujo conducido.

###### **Cuerpo en acción**

###### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. El tronco y cuello son las partes que menos utiliza.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y moverse en el plano horizontal. El plano sagital también aparece ocasionalmente cuando se aproxima y separa de la terapeuta con pasos hacia adelante y hacia atrás.

Las direcciones utilizadas son delante-atrás y derecha-izquierda.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es pequeña, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere, al inicio de la sesión ocupa muy poco la sala, mientras que a medida que esta avanza, va ocupando mayor espacio. Siempre quedándose en la parte final.

## **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media y casi no existe el contacto físico.

Las interacciones las inicia la terapeuta y la tolerancia es baja.

## **Sesión 2**

### **Esfuerzos**

Predominan el peso ligero, flujo conducido, espacio indirecto y alterna el tiempo sostenido y súbito.

### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en girar con peso ligero, espacio indirecto y tiempo súbito y correr y finalmente saltar con peso ligero, espacio directo y tiempo súbito. Encadena las acciones de manera desorganizada. Entre la encadenación de acciones aparece el impulso de pasión cuando le entra como un ataque de risa con peso ligero, tiempo súbito y flujo conducido.

Las acciones que predominan son dar toques ligeros con las manos. Aparece el deslizarse con las piernas y el presionar contra la pared los brazos.

### **Cuerpo en acción**

#### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. El tronco y cuello son las partes que menos utiliza.

### **Espacio**

#### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y moverse en el plano horizontal. El nivel alto aparece ocasionalmente cuando sube a las respaldaderas de la sala en momentos puntuales de la sesión.

Las direcciones utiliza son derecha-izquierda y delante-detrás.

#### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es pequeña-mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es pequeña, ocupa una cuarta parte de la sala.

### **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media y casi no existe el contacto físico.

Las interacciones las inicia la terapeuta y la tolerancia es baja.

### **Sesión 3**

#### **Esfuerzos**

Predominan el peso ligero, flujo conducido, espacio indirecto y el tiempo súbito. Aparece el peso firme y espacio directo, cuando habla predomina el espacio directo.

## **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en correr con espacio directo, tiempo súbito y peso ligero, realizar ruedas y pinos con espacio indirecto, tiempo súbito y peso ligero.

Realiza la acción básica de dar puñetazos. Encadena las acciones de manera desorganizada.

Entre la encadenación de acciones aparece el impulso de pasión cuando le entra como un ataque de risa con peso ligero, tiempo súbito y flujo conducido. Durante el check-in, en algunos momentos, aparece el impulso de embrujo con peso liviano, espacio indirecto y flujo conducido mientras pinta el dibujo, el tiempo parece no estar presente.

## **Cuerpo en acción**

### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. En algún momento de la sesión también inicia el movimiento a partir de la cadera y la cabeza. El tronco y cuello son las partes que menos utiliza.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y moverse en el plano horizontal. Plano sagital también lo utiliza pero es menos frecuente.

Las direcciones utilizadas son derecha-izquierda y delante-detrás.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es pequeña-mediana, utiliza la mitad de la sala.

## **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media y casi no existe el contacto físico.

Las interacciones las inicia la terapeuta y ella.

## Sesión 4

### Esfuerzos

Predominan el flujo conducido, espacio directo y el tiempo súbito. Aparece por igual el peso firme y ligero.

### Impulsos y acciones básicas

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en las acciones de dar toques ligeros con brazos y piernas, presionar con los brazos e ir a la carga contra la terapeuta y objetos de la sala, colchonetas que ella misma coloca.

### Cuerpo en acción

#### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. Empieza a utilizar el tronco y cabeza.

### Espacio

#### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y bajo y moverse en el plano horizontal. En algún momento se mueve en el plano sagital.

Las direcciones que más utiliza son delante-detrás, aunque también se mueve de derecha a izquierda y de arriba abajo.

#### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es pequeña-mediana, utiliza la mitad de la sala.

## **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media –alta, hay contacto físico con la terapeuta con las manos.

Las interacciones las inicia la terapeuta y ella.

## **Sesión 5**

### **Esfuerzos**

Predominan el peso ligero, flujo conducido, espacio indirecto y el tiempo súbito. **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en realizar pinos, correr terminando con un salto y hacer ruedas. Las acciones básicas que realiza son dar puñetazos a la terapeuta con brazos y piernas, presionar con los brazos contra la terapeuta y dar toques ligeros al espacio y la terapeuta.

Aparece el impulso de embrujo durante el check-in con peso ligero, espacio indirecto y flujo conducido.

### **Cuerpo en acción**

#### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. También inicia el movimiento a partir de la mirada.

### **Espacio**

#### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y bajo y moverse en el plano horizontal. En algún momento utiliza el nivel alto al subirse a las respaldaderas de la sala y se mueve en el plano sagital.

Las direcciones que más utiliza son delante-detrás, aunque también se mueve de derecha a izquierda.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana, utiliza más de la mitad de la sala.

### **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media –alta, no tolera una proximidad alta. Hay contacto físico con la terapeuta con las manos.

Las interacciones las inicia la terapeuta y ella.

### **Sesión 6**

#### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio indirecto y el tiempo súbito. El peso ligero y firme se alterna.

#### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en realizar pinos, ruedas y correr. Las acciones básicas que realiza son dar toques ligeros a la pelota. Durante el check out parece estar flotando o volando, además ella lo verbaliza.

#### **Cuerpo en acción**

##### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas, sobre todo las piernas. También inicia el movimiento a partir de la mirada.

#### **Espacio**

##### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y moverse en el plano horizontal. Las direcciones que más utiliza son delante-detrás, derecha-izquierda.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana, utiliza más de la mitad de la sala.

### **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media, no hay contacto físico con la terapeuta.

Las interacciones las inicia ella, le molesta que lo haga la terapeuta.

### **Sesión 7**

#### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio directo y el tiempo súbito. El peso firme predomina al inicio de la sesión mientras que el firme lo hace al final.

#### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en tirar la pelota con peso firme, espacio directo y tiempo súbito, realizar ruedas y decorar una caja.

Aparece el impulso de embrujo con peso ligero, espacio indirecto y flujo conducido mientras decora la caja. Dar puñetazos es la acción básica que predomina.

#### **Cuerpo en acción**

##### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas, sobre todo los brazos. También inicia el movimiento a partir de la mirada.

#### **Espacio**

##### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y moverse en el plano horizontal y sagital. Las direcciones que más utiliza son delante-detrás, derecha-izquierda.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana, utiliza más de la mitad de la sala.

### **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media, hay poco contacto físico con la terapeuta con las manos.

Las interacciones las inicia ella.

### **Sesión 8**

#### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio directo y el tiempo súbito. El peso firme y ligero se alterna.

#### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en las acciones de dar puñetazos al suelo, dar latigazos breves con la voz y los pies.

Aparece el impulso de embrujo durante el check-in.

#### **Cuerpo en acción**

##### *Inicio del movimiento*

Inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas, sobre todo los brazos. También inicia el movimiento a partir de la mirada.

#### **Espacio**

##### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio y moverse en el plano horizontal y sagital. Las direcciones que más utiliza son delante-detrás.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana.

### **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media, hay poco contacto físico con la terapeuta.

Las interacciones las inicia ella.

### **Sesión 9**

#### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio directo, el tiempo sostenido y el peso ligero.

#### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en hacer pinos, ruedas, giros a lo largo de la sesión pero sobre todo durante su improvisación.

Aparece el impulso de embrujo durante el desarrollo de la sesión, cuando parece no existir el tiempo mientras improvisa una coreografía de gimnasia rítmica con peso ligero, espacio directo y flujo conducido. Predominan las acciones básicas de flotar o volar y deslizar.

#### **Cuerpo en acción**

##### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. Mueve e inicia el movimiento en las articulaciones de hombros y rodillas.

#### **Espacio**

##### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo y moverse en el plano horizontal y sagital. El plano vertical aparece en varias ocasiones. Las direcciones que más utiliza son arriba-abajo, derecha-izquierda, también se mueve delante-detrás pero con menos frecuencia.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana-alta, casi ocupa toda la sala, tanto durante su improvisación, como cuando hace el circuito de obstáculos.

### **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media, hay poco contacto físico con la terapeuta. Es reclamada la atención de la terapeuta y le propone actividades conjuntas como la creación de un circuito de obstáculos entre las dos.

Pide a la terapeuta que la observe en una esquina de la sala, como si fuera una espectadora de un espectáculo, mientras ella realiza una improvisación.

Las interacciones las inicia ella.

### **Sesión 10**

#### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio indirecto, el tiempo sostenido y el peso ligero. El espacio directo también aparece en varias ocasiones.

#### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tiene preferencia en saltar a la cuerda, hacer pinos, ruedas, puentes.

Aparece el impulso de embrujo durante el desarrollo de la sesión, cuando monta un escenario de gimnasia rítmica con colchonetas y imagina estar en una competición de este deporte. Parece no existir el tiempo mientras improvisa una coreografía con peso ligero, espacio indirecto y flujo conducido.

La acción básica de presionar aparece en varias ocasiones, sobre todo al final de la sesión cuando la terapeuta está encima de la colchoneta y la intenta tirar.

## **Cuerpo en acción**

### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. Mueve e inicia el movimiento en las articulaciones de hombros, rodillas, muñecas y tobillos.

En varias ocasiones ha iniciado el movimiento por el tronco, imitando a un espagueti y haciendo croquetas. Siendo hoy menos rígido que en sesiones pasadas.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo y moverse en el plano horizontal y sagital. El plano vertical aparece en varias ocasiones. Utiliza las direcciones de arriba-abajo, derecha-izquierda y delante-detrás de manera bastante similar.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana-alta, casi ocupa toda la sala.

## **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media, hay poco contacto físico con la terapeuta. Es reclamada la atención de la terapeuta y le propone actividades conjuntas como la creación de un circuito de obstáculos entre las dos.

Pide a la terapeuta que la observe como si fuera una espectadora de un espectáculo, mientras ella realiza una improvisación de gimnasia rítmica.

Las interacciones las inicia ella.

## Sesión 11

### Esfuerzos

Predominan el flujo conducido, espacio indirecto, el tiempo sostenido y el peso ligero. El espacio directo también aparece en varias ocasiones, cuando quiere buscar materiales para la sesión.

### Impulsos y acciones básicas

Predomina la acción como impulso, hacer pinos, ruedas, puentes, hablar, jugar con la cuerda colgada, saltar.

Aparece el impulso de pasión durante el desarrollo de la sesión, se tira al suelo a reír con peso liviano, tiempo indirecto y flujo sostenido.

La acción básica de dar latigazos leves aparece durante el check-in, mientras habla de manera espontánea da palmadas con peso ligero, espacio indirecto de manera súbita. Deslizarse y presionar también aparecen cuando juega con la cuerda y le propongo imaginar moverse en un entorno aquoso.

### Cuerpo en acción

#### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. Mueve e inicia el movimiento en las articulaciones de hombros, rodillas, cadera, muñecas, tobillos, también con la mirada, antes del inicio del desplazamiento.

En varias ocasiones ha iniciado el movimiento por el tronco, al hacer puentes o pasar por debajo de la cuerda. Siendo hoy menos rígido que en sesiones pasadas.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo, el nivel alto aparece en varias ocasiones cuando sube en las espalderas y salta. Se mueve mayoritariamente en el plano horizontal y sagital. Utiliza las direcciones de arriba-abajo y delante-detrás de manera bastante similar.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana-grande, casi ocupa toda la sala.

## **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media, hay poco contacto físico con la terapeuta. Es reclamada la atención de la terapeuta.

Las interacciones las inicia ella.

## **Sesión 12**

### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio indirecto, el tiempo sostenido y el peso ligero. El espacio directo aparece frecuentemente, cuando construye su casa.

### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, hacer pinos, ruedas, construir la casa.

Aparece el impulso de pasión durante el desarrollo de la sesión, se tira al suelo a reír con peso liviano, tiempo indirecto y flujo sostenido. También cuando baila improvisando mientras construye su casa. Predomina la acción de dar puñetazos con peso firme, tiempo súbito, espacio directo cuanto patalea el material que no le gusta.

El impulso de embrujo aparece ocasionalmente en el check-in, parece estar pensativa, no existir el tiempo y durante el desarrollo cuando construye su casa.

## **Cuerpo en acción**

### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. Mueve e inicia el movimiento en las articulaciones de hombros, rodillas, cadera, muñecas, tobillos, también con la mirada, antes del inicio del desplazamiento.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo, el nivel alto aparece en varias. Se mueve mayoritariamente en el plano horizontal y sagital. El plano vertical aparece en bastantes ocasiones mientras juega con la cuerda. Utiliza las direcciones de arriba-abajo y delante-detrás de manera bastante similar.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana-grande, casi ocupa toda la sala.

## **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. La proximidad es media, hay poco contacto físico con la terapeuta. Es reclamada la atención de la terapeuta.

Las interacciones las inicia ella.

## **Sesión 13**

### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio indirecto, el tiempo sostenido y el peso ligero.

### **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, golpear el ‘saco’ de pelotas, silbar, jugar con la cuerda.

Aparece el impulso de embrujo en pocas ocasiones, parece pensativa, sin que el tiempo existiera.

Acciones básicas predominantes son dar latigazos leves cuando golpea a la bolsa de las pelotas y menos frecuente el presionar.

### **Cuerpo en acción**

#### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. También de la mirada. Al final de la sesión, cuando se va a poner los zapatos, inicia el movimiento por la cadera, imitando a una serpiente.

#### **Espacio.**

#### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo. Se mueve mayoritariamente en el plano sagital. Utiliza las direcciones delante-detrás.

#### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es pequeña.

### **Relaciones**

Tolera y pero aguanta poco el contacto visual con la terapeuta. No tolera la proximidad, da la espalda a la terapeuta. Es reclamada la atención de la terapeuta.

Las interacciones las inicia ella.

### **Sesión 14**

#### **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio indirecto, el peso ligero. El tiempo súbito y sostenido se alternan.

## **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, golpear la pelota es lo que más predomina.

Acciones básicas predominantes son dar latigazos leves cuando golpea a la pelota, dar puñetazos o ir a la carga y presionar.

## **Cuerpo en acción**

### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. Al dar los toques con la pelota inicia el movimiento des de las rodillas, pecho. (No utiliza la cabeza).

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo. Se mueve mayoritariamente en el plano sagital y horizontal. Utiliza las direcciones delante-detrás, derecha- izquierda.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana.

## **Relaciones**

Tolera y pero aguanta poco el contacto visual con la terapeuta. No tolera la proximidad, cuando le voy a sacar la pelota manifiesta molestarle. Al final de la sesión al acercarme me dice vete. Es reclamada la atención de la terapeuta.

Las interacciones las inicia ella.

## **Sesión 15**

## **Esfuerzos**

Predominan el flujo conducido, espacio directo, el peso firme y tiempo súbito.

## **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, tirar la pelota contra la pared, ventana, terapeuta es lo que más predomina.

Las acciones básicas que predominan son dar puñetazos.

## **Cuerpo en acción**

### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. Sobre todo las manos.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo. Se mueve mayoritariamente en el plano sagital. Utiliza las direcciones de delante-atrás, derecha-izquierda.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana-alta, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana-alta.

## **Relaciones**

Tolera y pero aguanta poco el contacto visual con la terapeuta. No tolera la proximidad. Al final de la sesión no quiere mantener el contacto visual con la terapeuta.

## **Sesión 16**

### **Esfuerzos**

Predomina el flujo conducido, pero ha sido más libre que nunca, el espacio indirecto, el peso ligero y el tiempo súbito. El espacio directo también está muy presente.

## **Impulsos y acciones básicas**

Predomina la acción como impulso, construir. Pero también hay embrujo y pasión cuando ‘fabrica’ su lugar soñado.

Acciones básicas predominantes son presionar las colchonetas, deslizarse y dar latigazos leves durante su coreografía.

## **Cuerpo en acción**

### *Inicio del movimiento*

La mayor parte de la sesión inicia el movimiento por las extremidades, siendo estas las partes más utilizadas. También usa el tronco e inicia el movimiento por él.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Dominio del nivel medio-bajo. Se mueve mayoritariamente en el plano sagital y horizontal. Utiliza las direcciones derecha- izquierda y delante –detrás.

### *Kinesfera personal y general*

Su kinesfera personal es mediana -alta, mientras que a lo que la kinesfera general se refiere es mediana -alta.

## **Relaciones**

Tolera y aguanta el contacto visual con la terapeuta. Tolera la proximidad física, pero no tiene contacto con la terapeuta. Es reclamada la atención de la terapeuta.

Las interacciones las iniciamos terapeuta y ella.

Lideramos las dos la sesión.

### **5.1.2. Evolución de los registros durante el proceso terapéutico**

#### **Esfuerzos**

**Tabla 6**

*Esfuerzos de Laban predominantes en las sesiones*

Esfuerzo	Calidad	Nº Sesión	Total Sesiones	%
Peso	Firme	3,4,5,7,8,15	6	37,5
	Ligero	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16	15	93,75
Flujo	Conducido	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	16	100
	Libre		0	0
Espacio	Directo	3,4,8,9,10,11,12,15,16	9	56,25
	Indirecto	1,2,3,5,6,7,10,11,12,13,14,16	16	100
Tiempo	Súbito	1,2,3,4,5,6,7,8,14,15,16	11	68,75
	Sostenido	1,2,9,10,11,12,13,14	8	50

## **Impulsos y Acciones**

**Tabla 7**

*Impulsos de Laban predominantes en las sesiones*

Impulso	Descripción	Nº sesión	Total sesiones	%	% total
Acciones	Flotar o volar	6,9	2	12,5	
	Dar puñetazos	3,5,7, 8,12, 14,15,16	8	50	
	Deslizarse	2,9,11	3	18,75	
	Dar latigazos leves	1,8,11,13,14,16	6	37,5	100
	Dar toques ligeros	1,2,4,5,6	5	31,25	
	Retorcerse		0	0	
	Hendir en el aire		0	0	
	Presionar	2,4,5,10,11,13,14,16	8	50	
Pasión		1,2,3,11,12,16	6	37,5	37,5
Embrujo		3,5,7,8,9,10,12,13,16	9	56,25	56,25
Visión			0	0	

## Cuerpo

**Tabla 8**

*Inicio del movimiento predominante en las sesiones*

Regiones del cuerpo	Nº sesión	Total sesiones	%
Cabeza	3,4	2	12,5
Mirada	5,6,7,8,11,12,13	7	43,75
Hombros	9,11,12	3	18,75
Codos			0
Manos	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	16	100
Muñecas	10,11,12	3	18,75
Brazos	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	16	100
Tronco	11,14,16	3	18,75
Caderas	3,4,11,12,13	5	31,25
Rodillas	9, 10,11,12,14	5	31,25
Piernas	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	16	100
Tobillos	10,11,12	3	18,75
Pies	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	16	100

## Espacio

**Tabla 9**

*Niveles predominantes utilizados en las sesiones*

Nivel	Nº sesión	Total sesiones	%
Alto	2,5,12	3	0 (18,75)
Medio	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	16	100
Bajo	4,5,9,10,11,12,13,14,15,16	10	62,5

Nota: Las sesiones marcadas en rojo, es puntual la utilización del nivel.

**Tabla 10**

*Planos predominantes en las sesiones*

Plano	Nº sesión	Total sesiones	%
Horizontal	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14,16	16	100
Sagital	1,3,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	14	62,5 (87,5)
Vertical	9,10,12	3	0 (18,75)

Nota: Las sesiones marcadas en rojo, es puntual la utilización del plano.

**Tabla 11**

*Direcciones predominantes en las sesiones*

Direcciones	Nº sesión	Total sesiones	%
Derecha-izquierda	1,2,3,4,5,6,7,9,10,14,15,16	12	75
Delante-detrás	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16	16	100
Arriba-abajo	4, 9, 10,11,12	5	25 (31,25)

Nota: Las sesiones marcadas en rojo, es puntual la utilización de la dirección.

**Tabla 12***Kinesfera personal predominantes en las sesiones*

Kinesfera personal	Nº sesión	Total sesiones	%
Pequeña	1	1	6,25
Pequeña-mediana	2	1	6,25
Mediana	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14	12	75
Mediana-grande	15,16	2	12,5
Grande		0	0

**Tabla 13***Kinesfera general predominantes en las sesiones*

Kinesfera general	Nº sesión	Total sesiones	%
Pequeña	1,2,13	3	18,75
Pequeña-mediana	3,4	2	12,5
Mediana	5,6,7,8,14	5	31,25
Mediana-grande	9,10,11,12,15,16	6	37,5
Grande		0	0

## Relaciones

**Tabla 14**

*Contacto visual con la terapeuta en las sesiones*

Contacto visual	Nº sesión	Total sesiones	%
Nulo		0	0
Tolerado	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, <b>13,14,15,16</b>	16	100
Exagerado		0	0

Nota: En rojo se muestran las sesiones donde el contacto visual es tolerado pero lo aguanta poco.

**Tabla 15**

*Proximidad tolerada con la terapeuta en las sesiones*

Proximidad	Nº sesión	Total sesiones	%
Baja	13,14,15	3	18,75
Baja-media		0	0
Media	1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,16	11	68,75
Media-alta	4,5	2	12,5
Alta		0	0

**Tabla 16**

*Contacto físico tolerado en las sesiones*

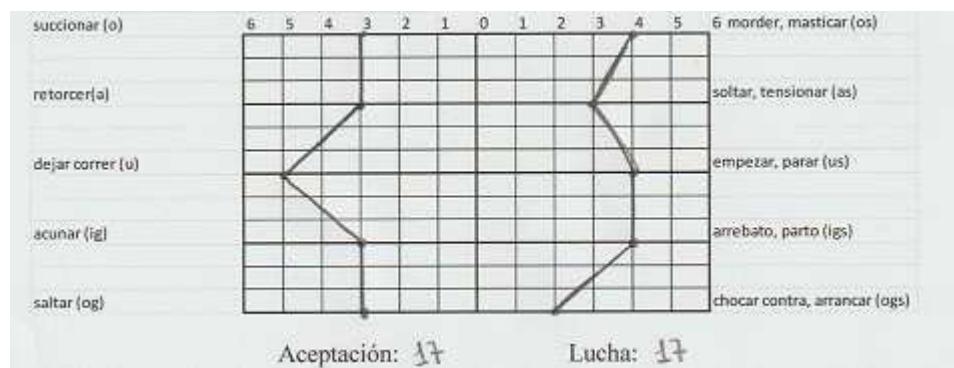
Contacto físico	Nº sesión	Total sesiones	%
Nulo	1,2,3,6,13,14,15,16	8	50
Bajo	4,5,7,8,9,10,11,12	8	50
Media		0	0
Alta		0	0

## 5.2. Registros del diagrama 1 del KMP

De las anotaciones del diario de campo y la revisión de los vídeos de las sesiones se realiza el diagrama 1 del KMP de Xio sesión por sesión. A partir de esta descripción, se elaboran unos cuadros que muestran la evolución del perfil de movimiento a lo largo del proceso terapéutico.

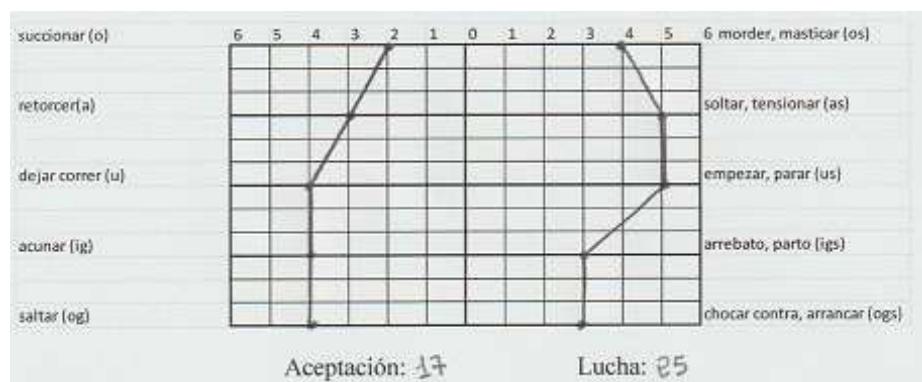
### 5.2.1 Registros sesión por sesión

#### Sesión 1



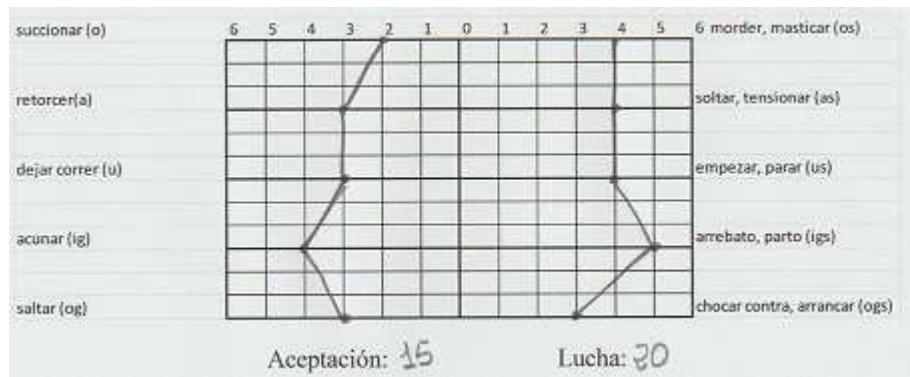
Están igualados los ritmos de aceptación y lucha. Destacando los ritmos de dejar-correr; morder-masticar; empezar-parar y arrebato-parto.

#### Sesión 2



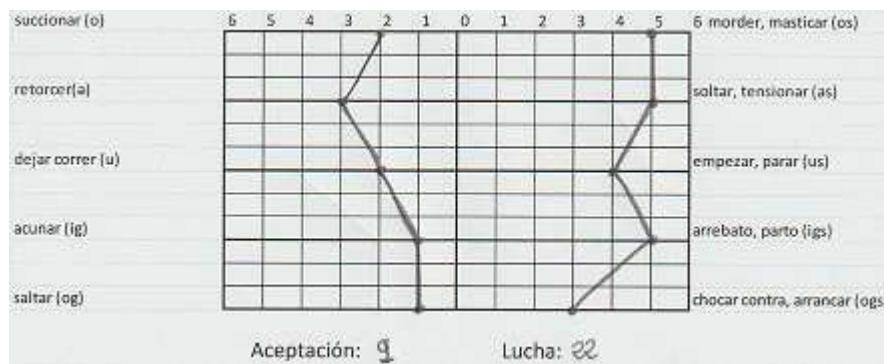
Predominan los ritmos de lucha, siendo soltar-tensionar y empezar-parar los que más destacan.

### Sesión 3



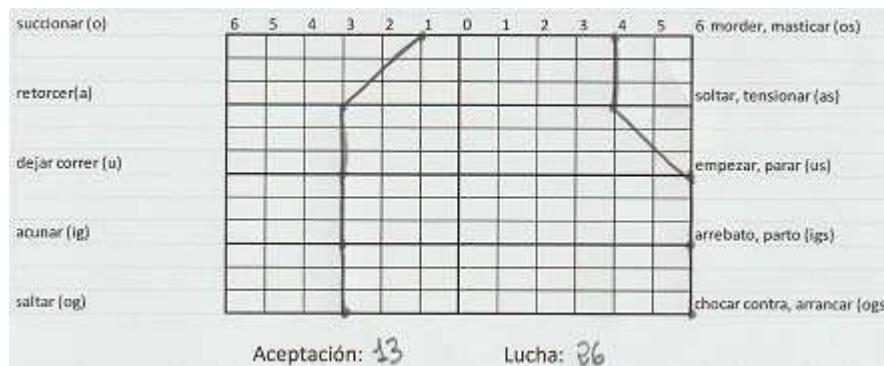
Predominan los ritmos de lucha, siendo arrebato-parto el que más aparece, mientras que morder-masticar, empezar-parar y acunar también son importantes.

### Sesión 4



Aparece con mucha diferencia los ritmos de lucha, siendo morder-masticar, soltar-tensionar y arrebato-parto los más importantes.

### Sesión 5



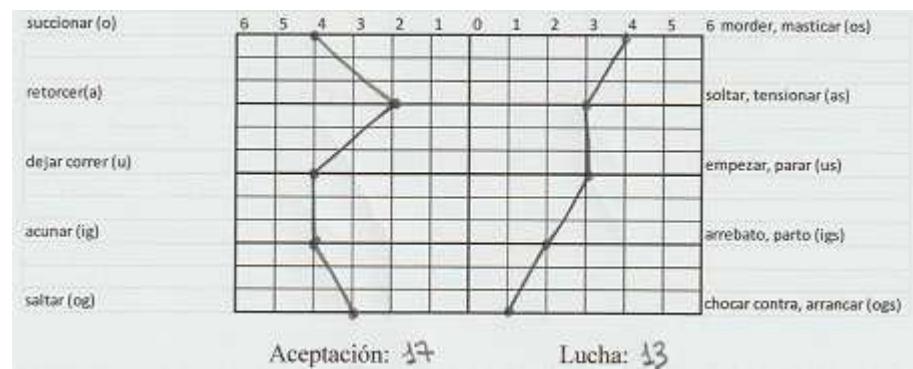
Los ritmos de lucha representan el doble que los de aceptación. Empezar-parar, arrebato-parto y chocar contra, arrancar son los que más aparecen.

## Sesión 6



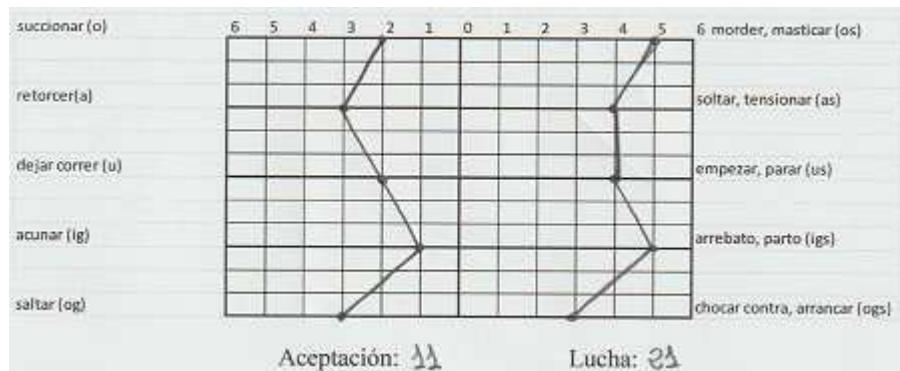
Aparecen de manera muy similar los ritmos de aceptación y de lucha. Siendo el saltar el más predominante, dejar-correr, acunar y empezar-parar también son importantes.

## Sesión 7



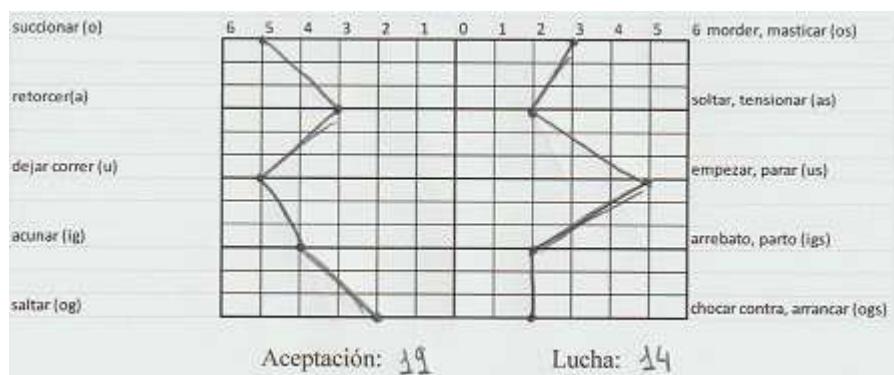
Predominio de los ritmos de aceptación, siendo dejar correr, acunar, y morder –masticar los más importantes.

## Sesión 8



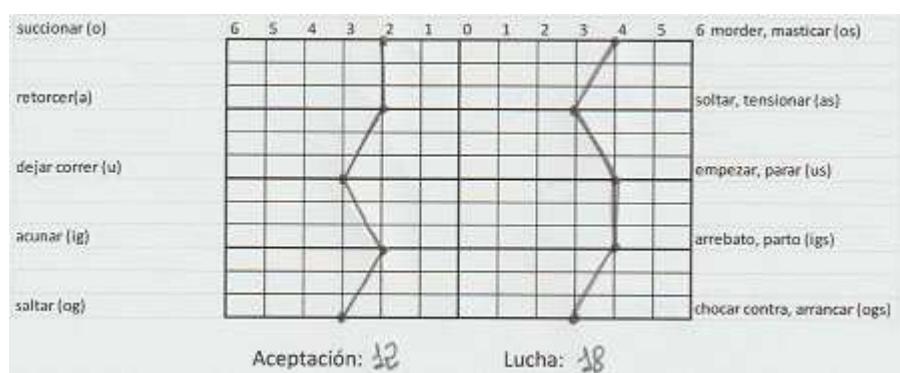
Predominio de los ritmos de lucha, siendo morder-masticar y arrebato-parto los más representados.

## Sesión 9



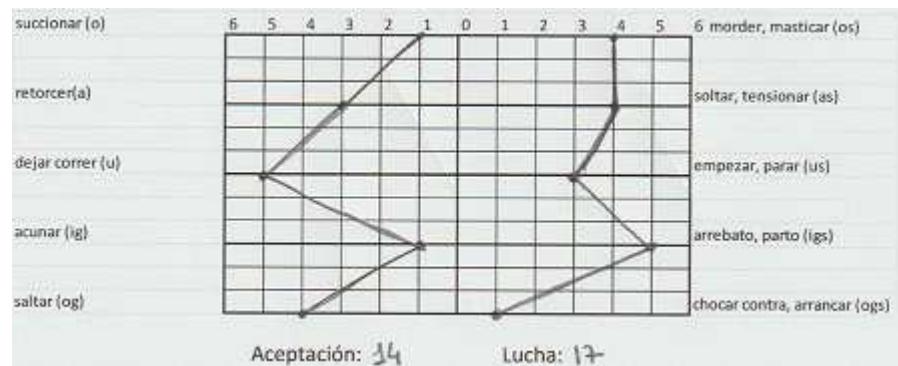
Predominio de los ritmos de aceptación, siendo succionar, dejar-correr y empezar-parar los ritmos más predominantes.

## Sesión 10



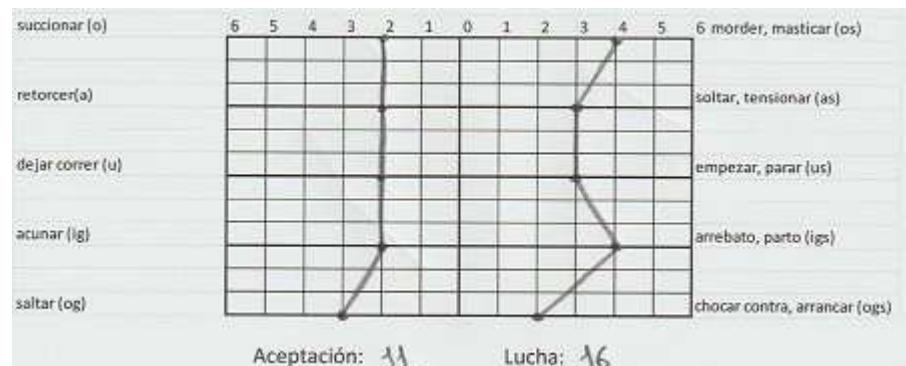
Predominio de los ritmos de lucha, morder-masticas; empezar-parar y arrebato-parto son los más presentes.

## Sesión 11



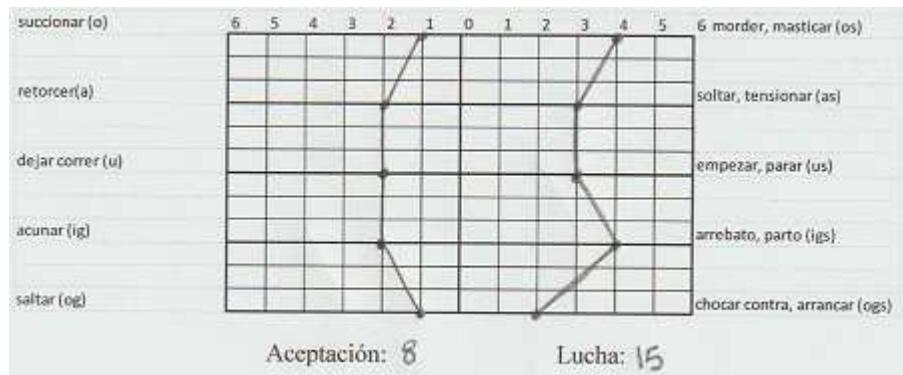
Predominan los ritmos de lucha, siendo arrebato-parto; dejar-correr, morder-masticas y soltar-tensionar los más presentes.

## Sesión 12



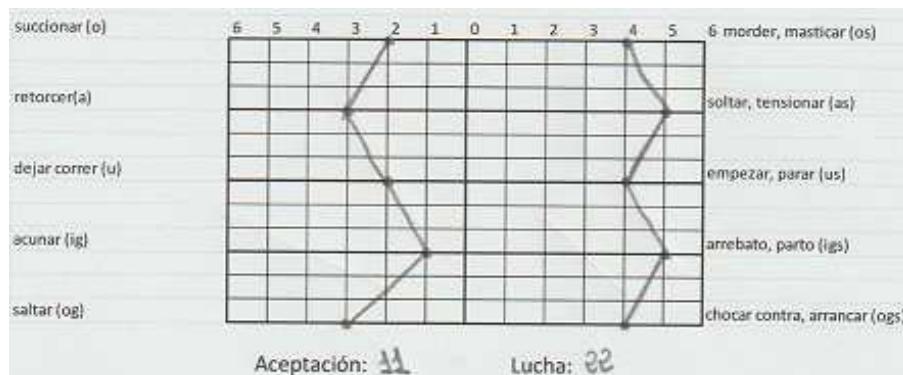
Predominan los ritmos de lucha, siendo morder-masticas y arrebato-parto son los más presentes.

## Sesión 13



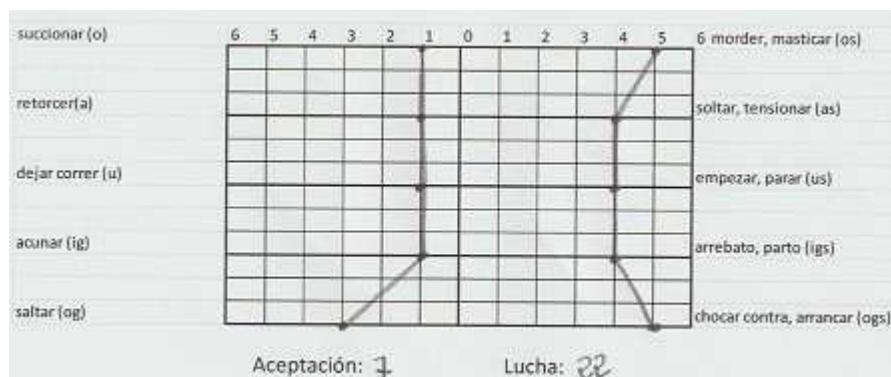
Los ritmos de lucha casi doblan los de aceptación siendo morder-masticar y arrebato-parto los más presentes.

## Sesión 14



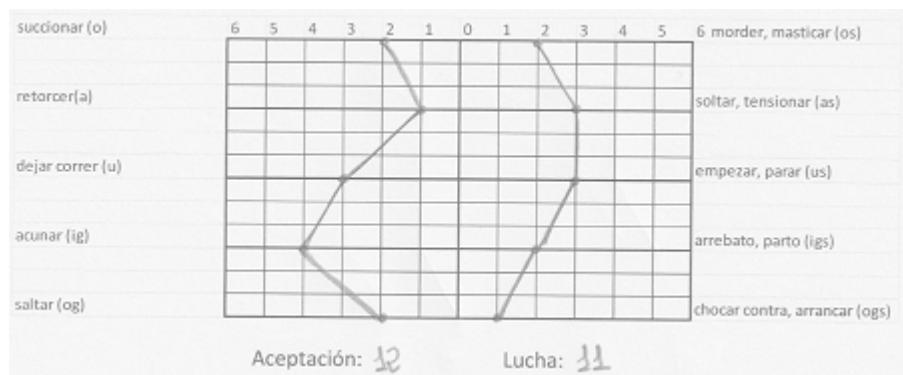
Los ritmos de lucha doblan los de aceptación, siendo soltar-tensionar y arrebato-parto los más representados.

## Sesión 15



Los ritmos de lucha triplican los ritmos de aceptación, siendo morder-masticar y chocar contra-arrancar los más representados.

## Sesión 16



Los ritmos de aceptación y de lucha están muy igualados, siendo los de aceptación los más predominantes. Siendo acunar, dejar-correr, soltar-tensionar y empezar-parar los más representados.

## 5.2.2. Evolución de los registros durante el proceso terapéutico

**Tabla 17**

*Ritmos del diagrama 1 del KMP predominantes en las sesiones*

Ritmos		Nº sesión	Total sesiones	%
Aceptación	Succiónar	7,9	2	12,5
	Retorcer		0	0
	Dejar-correr	1,2,7,9,11	5	32,3
	Acunar	2,3,7,16	4	25
	Saltar	2,6	2	12,5
	Morder-masticar	1,4,7,8,10,12,13,15	8	50
	Soltar-tensionar	2,4,14	3	18,8
	Empezar-parar	1,2,5,6,9,10,11	7	43,8
Lucha	Arrebato-parto	1,3,4,5,8,10,12,13,14	9	56,2
	Chocar contra-arrancar	5,15	2	12,5

**Tabla 18**

*Total puntuación de los ritmos del diagrama 1 del KMP de aceptación y lucha sesión por sesión*

Ritmos	Sesión															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Aceptación	17	17	15	9	13	14	17	11	19	12	14	11	8	11	7	12
Lucha	17	25	20	22	26	12	13	21	14	18	17	16	15	22	22	11

## **6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Para presentar la discusión y conclusiones se ha organizado en apartados para facilitar su lectura. En el primer apartado se presenta la evaluación del perfil de movimiento de Laban y en el segundo punto la evaluación del perfil de movimiento de Kestenberg.

### **6.1. Evaluación del perfil de movimiento de Laban después de la intervención de DMT**

#### **Esfuerzos**

En la pequeña predomina el peso ligero registrándose en un 93,75% de las sesiones, flujo conducido y espacio indirecto, predominantes ambos en todas las sesiones y el tiempo súbito apareciendo el 68,75% de la intervención. Se podría decir, que a nivel general, sus emociones son dirigidas, su atención es dispersa, tiene poco sentido del “self” y de su fiscalidad y toma las decisiones de manera repentina.

A partir de la sesión 3, aparece de manera fluctuante el peso firme (37,5%) y espacio directo (56,25%). El tiempo sostenido se registra al final de la intervención y aparece en el 50% de las sesiones. Destacar que no utiliza de manera predominante el flujo libre. Por lo tanto, podría empezar a focalizar la atención, tener más sentido del “self” y la toma de decisiones podría ser más meditada.

A medida que avanzan las sesiones se registran nuevos esfuerzos, indicando una evolución de la pequeña.

#### **Impulsos y Acciones básicas**

La acción aparece en la totalidad de las sesiones. El impulso de embrujo se registra a partir de la sesión 3, registrándose un 56,25%. Mientras que el impulso de pasión aparece sobre todo al inicio de la intervención, registrándose un 37,5%.

La acción que más realiza la menor es la de presionar (50%) y dar puñetazos (50%), apareciendo esta última a partir de la sesión 3. De manera aleatoria a lo largo de la intervención aparecen deslizarse (18,75%), dar latigazos leves (37,5%) y dar toques ligeros (31,25%). A medida que avanza el proceso, incrementa el número de acciones básicas realizadas. Se empieza a registrar flotar o volar (12,5%) en la sesión 6. No son registradas las acciones de retorcerse ni hendir en el aire.

Por lo tanto, hay un incremento de los impulsos y acciones básicas, indicando una mayor seguridad en el espacio, un incremento de la confianza en si misma y hacia la terapeuta y mayor conocimiento corporal .

## **Cuerpo**

### *Inicio del movimiento*

Por lo que al cuerpo se refiere, en todas las sesiones, la menor inicia el movimiento por las extremidades (manos, brazos, piernas y pies). Incorporando la cabeza (12,5%) y caderas (31,5%) en la sesión 3. La mirada se registra a partir de la sesión 5 (43,75%). Posteriormente, en las últimas sesiones inicia el movimiento a partir de articulaciones como los hombros (18,75%), muñecas (18,75%), tronco (18,75%), caderas (31,25%), rodillas (31,25%) y tobillos (18,75%).

Nuevamente, el inicio del movimiento en zonas inusuales nos está indicando un cambio en el sentido más amplio y un incremento de la conciencia corporal.

## **Espacio**

### *Niveles, planos y direcciones*

Con referencia al espacio, se observa que el nivel preferido de la niña a lo largo de las sesiones es el medio (100%). A partir de la sesión 4 también explora el nivel bajo (62,25%).

Con relación a los planos predominantes en las sesiones, el horizontal es el más utilizado (100%), seguido por el sagital (62,5%) que aparece a partir de la sesión 7. Podría indicar que se encuentra más en el plano de la comunicación y la acción, evitando la presentación.

Las dirección de delante-atrás, es utilizada en la totalidad de las sesiones, mientras que la de derecha e izquierda en un 75% de las sesiones, y arriba-abajo en un 25%, registrándose a partir de la sesión 4. Destacar que durante la mitad de la intervención aparecen todas las direcciones. Ir de un punto a otro de más maneras, podría indicar un incremento de la capacidad de ser flexible, y un incremento de confianza y seguridad hacia el entorno y la terapeuta.

#### *Kinesfera personal y general*

Con referencia a la kinesfera personal predominante en las sesiones, a medida que avanzan el proceso, ésta incrementa. Siendo pequeña en la sesión 1 (6,25%), pequeña-mediана (6,25%) en la 2 y mediана a partir de la sesión 3 (75%). En las dos últimas sesiones predomina la mediана-grande (12,5%)

Por otro lado, la kinesfera general, también incrementa a medida que avanza la intervención. En las dos primeras sesiones destaca la pequeña (18,75%), la pequeña-mediана a partir de la sesión 3(12,5%), la mediана a partir de la 5 (32,25%) y la mediана- grande a partir de la 9 (37,5%), siendo ésta última la más representada.

Tanto la kinesfera personal como la general incrementan gradualmente a medida que avanzan las sesiones, siendo la kinesfera personal mediана y la kinesfera general mediана-grande las más predominantes en el proceso. Nos indica que la menor va explorando el

entorno más íntimo y el general, ganando seguridad y confianza en ella, la terapeuta y el espacio.

## **Relaciones**

En todas las sesiones el contacto visual es tolerado, pero en las sesiones 13, 14 y 15, la menor lo tolera pero lo aguanta poco.

El contacto físico con la terapeuta es nulo (50%) o bajo (50%). Incrementando, generalmente, a medida que avanza la intervención excepto en las sesiones 13, 14 y 15 que vuelve a evitarlo. Nuevamente, indica que a medida que avanza la intervención, la menor va estableciendo un vínculo seguro con la terapeuta. Posiblemente, en las sesiones próximas al final, evite el contacto por desilusión, evitando así el proceso de duelo.

### **6.2. Evaluación del diagrama 1 del KMP después de la intervención de DMT**

Referente a los ritmos de Kestenberg, se registran todos los del diagrama 1, excepto el de retorcer. Arrebato-parto es el más representado (56,2%), seguido de morder-masticar (50%), empezar-parar (43,8%), dejar-correr (32,3%), acunar (25%), soltar-tensionar (18,8%), succionar (12,5%), saltar (12,5%) y chocar contra–arrancar (12,5%). Se registran todas las etapas de desarrollo en los ritmos de Kestenberg, siendo la genital externa, la última etapa, la menos desarrollada, mostrando un retraso evolutivo del nivel de maduración. El predominio del ritmo de arrebato-parto puede indicar una alta intensidad de la menor durante un periodo largo, conexión y sensación de pertenencia. Mientras que el morder-masticar podría significar unos límites corporales sólidos, y el empezar-parar que sea competitiva, ambiciosa e insistente en algo. Mientras que la ausencia del retorcer podría significar falta de generosidad, adaptación y encanto.

Los ritmos de lucha están más representados que los de aceptación en la mayoría de las sesiones. Siendo muy parecidos hasta la sesión 3. A partir de entonces y hasta la sesión 12

los de lucha son registrados, generalmente, de manera más importante. Mientras que de la sesión 13 a la 15, los ritmos de lucha doblan e incluso triplican los de aceptación. En la sesión 16, nuevamente son representados de manera similar. Por ello, podría dividirse la intervención en varias etapas, la primera, hasta la sesión 3, donde la menor estaría estableciendo el encuadre terapéutico, la segunda, hasta la sesión 12 donde probablemente se sienta más segura de sí misma, del espacio y de la terapeuta, la tercera, de la 13 a la 15, posiblemente evitando o negando la separación, el final de la intervención y la cuarta, la sesión 16 coincidiendo con el final del proceso.

Los ritmos de lucha están mucho más presentes que los de aceptación a nivel general, indicando que está más en la lucha, probablemente como consecuencia de su historia previa.

Con todo ello se puede concluir que la pequeña ha incrementado el registro del repertorio de movimiento, pudiendo ser un indicador de una mejor adaptación a las nuevas situaciones y el entorno, además, estos cambios en el movimiento pueden conllevar cambios en la psique, promoviendo el crecimiento personal y la salud.

Por otro lado, posiblemente, el encuadre, ha actuado como equivalente de los cuidados. Pudiendo dar la opción a la menor de formar una nueva base, un *nuevo seno materno* donde ha empezado a sentirse segura y enfrentarse a sus problemas. También ha incrementado su conciencia corporal. Ha aprendido a confiar en un adulto, la terapeuta. Este nuevo vínculo, puede promover un cambio psíquico.

## 7. LIMITACIONES

A continuación se enumeran las limitaciones del estudio:

- **Falta de experiencia de la terapeuta.** Siendo la primera intervención de este tipo realizada por una DMT novel.
- **Brevedad de la terapia.** Se realizaron 16 sesiones, crear un nuevo vínculo con la terapeuta, así como profundizar en la intervención y ver más cambios en la menor requerirían de más sesiones.
- **Nivel de participación del observador.** Todo y que se tiene muy presente el nivel de participación del observador, los registros pueden ser sesgados.
- **Material pendiente de presentar.** Inicialmente el número de objetivos del trabajo era mayor, debido al tiempo no se han podido terminar de elaborar, quedando mucho material pendiente de exposición.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Asociación Española de Danza Movimiento Terapia (ADMTE) (2001). Disponible en <http://www.danzamovimentoterapia.com>.
- American Dance Therapy Association (ADTA)(1999). Disponible en <http://www.adta.org>.
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1978). The classification of child pasychopathology: A review of analysis of emperical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301.
- Adler, J. (2002). *Offering from the Conscious Body: The Discipline of Autentic Movement*. Rochester, VT: Inner Traditions.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Toronto: University of Toronto Press.
- Ajuntament de Tarragona. Institut muicipal de serveis socials. (2016). *Informe de dades sociodemogràfiques de la ciutat de Tarragona*. Tarragona.
- Ammaniti, M., & Trentini, C. (2010). *Cómo a través del nuevo conocimiento sobre la paternidad se desvelan las implicaciones de la intersubjetividad: una síntesis conceptual de las investigaciones actuales*. Obtenido de Aperturas psicoanalíticas nº 34: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=627&a=Como-a-traves-del-nuevo-conocimiento-sobre-la-paternidad-se-desvelan-las-implicaciones-de-la-intersubjetividad-una-sintesis-conceptual-de-las-investigaciones-actuales>
- Barnet, S. , Pérez, S., Arbonés,M., & Guerra, M. (2015). La danza en personas con discapacidad intelectual: Revisión sistemática e identificación de los elementos necesarios para evaluar cambios de movimiento. *AusArt Journal for Research in Art*, 3(1), 213-227.
- Bartenieff, I., & Lewis, D. (1980). *Body movement: Coping with the enviornment*. New York: Gordon and Breach.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Paternidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Becket, B., Maughan, M., Castle, J., Colvert, C., & Groothues, C. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child Development*, 77, 696-711.
- Beltrán, J. (2003). De la pedagogía de la memoria a la pedagogía de la imaginación. En J. Beltrán, *La novedad pedagógica de internet* (págs.295-365). Madrid: Fundación Encuentro.

- Berástegui, A. (2007). La adaptación familiar en la adopción internacional: Un proceso de estrés y afrontamiento. *Anuario de psicología*, 38(2), 209-224.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Bion, W. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Heineman.
- Bishko, L. (2014). Animation principles and Laban movement analysis: movement frameworks for creating empathic character performances. En J. Tanenbaum M.S. El-Nasr & M.Nixon. *Nonverbal communication in virtual worlds* (págs. 177-203). Pittsburgh, PA: ETC Press.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Bowlby, J. (1964). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Buenos Aires: Humanitas.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation. Anxiety and Anger* (Vol. 2). London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1987). *Attachment*. Colloquim presented at the University of Virginia. Virginia.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Brantley, L., Brantley, P., & Baer-Barkley, K. (1996). Transforming acting-out behavior: a group counseling program for inner-city elementary school pupils. *Elementary School Guidance and Counseling*, 31, 93-105.
- Bräuninger, I., & Züger, B. (2007). Film based movement analysis in treatment evaluation of dance movement therapy. En S. Koch, & S. Bender, *Movement analysis. The legacy of Laban, Lamb and Kestenberg* (págs. 213-223). Berlin: Logos.
- Brodzinsky, D., & Schechter, M. (1990). *The psychology of adoption*. New York: Oxford University Press.
- Callejón, M., & Granados, I. (2005). *Iniciación al Arteterapia y sus aplicaciones en el ámbito educativo*. Sevilla: Fere-Ceca Andalucía.
- Callejón, M., & Granados, I. (2006, noviembre). El poder del universo audiovisual para la acción tutorial. 3er Congreso online del Observatorio para la Cibersociedad. Disponible en: <http://www.civersociedad.net/congres>
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barmet, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationship in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.

- Cederblad, M., Hook, B., Irhammar, M., & Mercke, A. (1999). Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epidemiological study. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 40(8), 1239-48.
- Chaiklin, H. (1975). *Marian Chace: Her papers*. Columbia, MD: ADTA.
- Chethik, M. (2000). *Techniques in child therapy. Psychodynamic strategies*. New York: The Guilford Press.
- Cruz, R. (2006). Assessment in dance/movement therapy. En L. Stephanie, *Creative arts therapies manual* (págs. 133-143). Illinois: C.C.Thomas.
- Curtis, S. (2002). Providing Dance Movement Therapy within a Mainstream School. En A. Bannister, & A. Huntington, *Communicating with Children & Adolescents: Action for Change*. London: Jessica Kingsley.
- Darwin, C. (1859). *The origin of species*. London: John Murray.
- Delors, J. (1996). Los cuatro pilares de la educación. En J. Delors, *La educación encierra un tesoro. Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI presentado a la UNESCO. Capítulo 4. Los pilares de la educación*. (págs. 33-34). España: Santillana/UNESCO.
- Espenak, L., Adler, A., & Lowen, A. (1981). *Dance therapy-theory and applications*. Springfield,IL: Charles C. Thomas.
- Fischman, D.(2001). Danzaterapia: Orígenes y Fundamentos, ADTR. Disponible en: [http://www.brecha.com.ar/danzaterapia\\_origenes\\_fundamentos.pdf](http://www.brecha.com.ar/danzaterapia_origenes_fundamentos.pdf).
- Fischman, D. (2006). *La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres en Danza Movimiento Terapia* (Tesis Doctoral). Biblioteca Univresidad de Palermo, Buenos Aires.
- Fischman, D. (2008). Relación Terapéutica y Empatía Kinestésica. En S. Chaiklin, & H. Wengrover, *La Vida es Danza*. Barcelona: Gedisa.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Expax.
- Foroud, A., & Whishaw, I. (2006). Changes in the kinematic structure and non-kinematic features of movements during skilled reaching after stroke: a Laban Movement Analysis in two case studies. *Journal of Neuroscience Methods*, 158(1), 137-149.
- Freud, A. (1965). Normality and pathology in childhood: Assessments of development. En A. Freud, *The wrtings of Anna Freud* (Vol. 6). Nueva York: International Universities Press.

- Fuentes, M., Fernández-Molina, M., & Bernedo, I. (2004). Problemas de conducta, evaluados con el CBCL, en adolescentes adoptados españoles. *Análisis y modificación de conducta*, 30(133), 663-691.
- Galli, J., & Viero, F. (2007). *El fracaso de la adopción. Prevención y reparación*. Madrid: Grupo 5 y Gestión Social.
- Granados, I. (2009). *Eficacia de la implementación de un programa de terapia artística en un grupo de adolescentes en el barrio de “Las Tres Mil Viviendas” de Sevilla* (Tesis doctoral inédita). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Harel, J., Avimeir-Patt, R., & Ben-Aaron, M. (2006). The child's active role in mother-child, father-child psychotherapy: A psychodynamic approach to the treatment of relational disturbances. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(1), 23-36.
- Haugaard, J. (1998). Is adoption a risk factor for development of adjustment problems? *Clinical Psychology Review*, 18, 47-69.
- Hermosilla, M. (1989). Problemática del menor en situación irregular primer encuentro Nacional. *Efectos psicológicos del abandono y su reparación mediante la adopción*. Valparaíso, Chile.
- Hodge, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., & Kaniuk, J. (2003). Changes in attachment representations over the first year of adoptive placement:Narratives of maltreated children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(3), 351-368.
- Hodgson, J. (2001). *Mastering movement, the life and work of Rudolf Laban*. London: Methuen.
- Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- Hussey, D., & Guo, S. (2003). Measuring behavior change in young children receiving intensive school based mental health services. *Journal of Community Psychology*, 31(6), 629-639.
- Isis, P., Bush, J., Siegel, C., & Ventura, Y. (2010). Empowering students through creativity: Art therapy in Miami-Dade county public schools. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(2), 56-61.
- Juffer, F., & Van Lijzendoorn, M. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2501-2515.

- Karkou, V. (2010). *Arts Therapies in Schools*. London: Jessica Kingley Publishers.
- Karkou, V., Fullarton, A., & Scarth, S. (2010). Finding a Way out of the Labyrinth through Dance Movement Psychotherapy. En V. Karkou, *Arts Therapies in Schools* (págs. 59-84). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kazdin, A., & Johnson, B. (1994). Advances in psychotherapy for children and adolescents: Interrelations to adjustment, development and intervention. *Journal of School Psychology*, 32, 217-246.
- Kestenberg- Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., & Sossin, M. (1999). *The Meaning of Movement: Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. New York & London: Brunner-Routledge.
- Keyes, M., Sharma, A., Elkins, I., Iacono, W., & McGue, M. (2008). The mental health of US adolescents adopted in infancy. *Archive Pediatrics Adolescent Medicine*, 162, 419-425.
- Klein, J. (2006). *Arteterapia: una introducción*. Barcelona: Octaedro.
- Koch, S. (2014). Rhythm is it: Effects of dynamic body feedback on affect and attitudes. *Frontiers in Psychology*, 5(537), 537.
- Koch, S., & Sossin, K. (2013). Kestenberg movement analysis. En A. C. C. Müller, *Body-Language-Communication: An international handbook on multimodality in human interaction* (págs. 958-973). Berlin/Boston: De Gruyter Mouton.
- Kornblum, R. (2002). *Disarming the Playground: Violence prevention through Movement and Pro-Social Skills. Training manual*. Oklahoma City: Wood and Barnes Publishing.
- Koshland, L. (2010). PEACE through Dance Movement Therapy. En V. Karkou, *Arts Therapies in Schools* (págs. 43-58). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Laban, L. (1978). *Danza educativa moderna*. Buenos Aires: Paidós.
- Laban, R. (1950). *The mastery of movement*. Plymouth: Northcote House.
- Laban, R. (1956). *Principles of dance and movement notation*. London: MacDonald and Evans.
- Laban, R. (1960). *The mastery of movement*. London: MacDonald and Evans.
- Laban, R. (1966). *Choreutics*. London: MacDonald and Evans.
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Fundamentos.

- Laban, R., & Lawrence, F. (1974). *Effort. Economy of human movement*. London: MacDonald and Evans.
- Lamb, W. (1965). *Posture and gesture: An introduction to the study of physical behavior*. London: Duckworth & Co.
- Legaz, E. (2003). Una aproximación a la adopción a través de la teoría del apego. *Informació psicológica*, 14-20.
- Leventhal, M. (1980). Dance Therapy as a treatment for the emotionally disturbed and learning disabled child. En A. Riordan, & S. Fitt, *Dance Therapy for the Handicapped*. Reston Va: American Aliiance for Health, Physical Educational and Recreation and Dance.
- Levinton, N. (2001). *Relacionalidad del apego a la intersubjetividad*. Obtenido de Aperturas psicoanalíticas: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=185&a=Relacionalidad-Del-apego-a-la-intersubjetividad>
- Levy, F. (1992). *Dance Movement Therapy a healling Art*. New York: National Dance Association, American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Levy, F. (2005). Marian Chace: The "Grande Dame of Dance Therapy". En *Dance Movement Therapy: A Healing Art* (págs. 19-27). Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, núm. 106. (2006). *Boletín Oficial del Estado, de 4 de mayo de 2006.*, 17158-17207.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. (2013). *Boletín Oficial del Estado, Núm. 295, 10 de diciembre de 2013*.
- Livington, S., Howard, J., & Monroe, A. (2000). Issues underlying behavior problems in at-risk adopted children. *Children and youth servic review*, 22(7), 539-562.
- Lizarraga, I. (2014). *Análisis comparativo de la grámatica corporal del mimo de Etienne Decroux y el análisis de movimiento de Rudolf Laban* (Unpublished doctoral dissertation). Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/129324/ilg1de1.pdf?sequence=1>
- Loesl, S. (2010). Introduction to the special issue on art therapy in the schools:art therapy + schools +students=? *Art Therapy: Journal of the American Arth Therapy Association*, 27(2), 54-55.

- Loman, S. (1998). Employing a Developmental Model of Movement Patterns in Dance/Movement Therapy with young Children and Their Families. *American Journal of Dance Therapy*, 20(2), 101-115.
- Loman, S., & Brandt, R. (1992). *The body mind connection in human movement analysis*. Keene, NH: Antioch New England Graduate School.
- Loman, S., & Herman, H. (1999). The KMP as a tool for dance/movement therapy. En K. J.A., *The meaning of movement development and clinical perspective*. New York: Brunner-Routledge.
- Loman, S., & Sossin, M. (2008). Introducción al perfil de movimiento de Kestenberg y la DMT. En H. Wengrower, & S. Chaiklin, *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (págs. 259-288). Barcelona: Gedisa.
- Longstaff, J. (2007). Overview of Laban movement analysis & Laban notation. Recuperado de [http://www.laban\\_analyses.org/laban\\_analysis\\_reviews/laban\\_analysis\\_notation/overview/summary.htm](http://www.laban_analyses.org/laban_analysis_reviews/laban_analysis_notation/overview/summary.htm)
- Lyons-Ruth, K. (2004). La disociación y el diálogo infanto-parental. Una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre el apego *Revista Online Apertura Psicoanalítica*. Recuperado de Aperturas psicoanalíticas: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000290&a=La-disociacion-y-el-dialogo-infanto-parental-una-perspectiva-longitudinal-a-partir-de-la-investigacion-sobre-el-apego>
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic inquiry*, 26(4), 595-616.
- Malchiodi, C. (2003). Using art therapy with medical support groups. En C. Malchiodi, *Art therapy handbook* (págs. 351-361). New York: Guilford Press.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Meekums, B. (2002). *Dance Movement Therapy. A creative psychotherapeutic approach*. London: Sage Publications.
- Montano, G. (2009). Desafíos para el establecimiento de un apego seguro en familias adoptivas. Un enfoque que intenta conjugar la teoría del apego con el pensamiento psicoanalítico. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 7(3), 149-155.
- Montano, G. (2011). Alteraciones del apego en adopciones tardías. Sus consecuencias y posibles abordajes terapéuticos. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 7(4), 29-41.

- Montano, G., & Hughes, M. (2009). *Adopción: la marca del desencuentro entre el egendramiento y la filiación*. Comunicación presentada en V Congreso de AUDEPP. Montevideo: Audepp-Flappsip..
- Moore, C., & Yamamoto, K. (1988). *Beyond words: Movement observation and analysis*. . London: Routledge.
- Moriya, D. (2000). *Art therapy in schools*. Ramat Hasharon:Turbo Publishing (Translated from Hebrew).
- North, M. (1972). *Personality Assessment through Movement*. London: MacDonald & Evans .
- Nulman, I., Rovet, J., Greenbaum, R., Loebstein, M., Wolpin, J., & Bardley, C. (2001). Neurodevelopment of adopted children exposed in utero to cocaine: the Toronto Adoption Study. *Clin Invest Med*, 24, 129-137.
- Ofer-Yarom, M. (2007). The culture of therapy under the roof of the culture of schools:The professional identity of art therapists working in the educational system. Reseach paper, faculty of Education, Bar-Ilan University, Israel (Translated from Hebrew).
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de Psicología*, 38(2), 181-198.
- Palacios, J., Román, M., Moreno, C., & León Manso, E. (2009). Family context for emotional recovery in internationally adopted children. *International social work*, 52(5), 609-620.
- Panhofer, H., & Rodríguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: Una nueva profesión se introduce en España. En *El cuerpo en Psicoterapia. Teoria y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (págs.49-95). Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H., & Rodríguez, S. (2005). “Come back, come back!”: Apegos rotos y sus implicaciones clínicas en Danza Movimiento Terapia. En *El cuerpo en Psicoterapia. Teoria y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (págs.99-130). Barcelona: Gedisa.
- Paternite, C. (2005). School based mental health programs and services: Overview and introduction to the special issue. *Journal of Abnormal Child psychology*, 33(6), 657-663.
- Posada de Valenzuela, M. (2014). Dancing with Mothers: A School-Based Dance/Movement Therapy Group for Hispanic Immigrant Mothers. *American Journal of Dance Therapy*, 36(1), 92-112.
- Preston, V. (1963). *A handbook for modern educational dance*. London: Macdonald and Evans.

- Prout, H., & Brown, D. (1999). *Counseling and psychotherapy with children and adolescents. Theory and practice for school and clinic settings*. New York: Wiley & Sons.
- Prout, S., & Prout, H. (1998). A meta-analysis of schoolbased studies of counseling and psychotherapy: an update. *Journal of School Psychology*, 36, 121-136.
- Queyquep, E. (2008). Las teorías del movimiento de Laban: la perspectiva de una danzaterapeuta. En H. Wengrower, & S. Chaiklin, *La vida es danza. El arte y la ciencia en danza movimiento terapia* (págs. 239-258). Barcelona: Gedisa.
- Ramsden, P. (1973). *Top team planning*. Nueva York: Halstead/Wiley.
- Randick, N., & Dermer, S. (2013). The relationship of school art therapy and the American school counsel or national model. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 30(1), 30-35.
- Reca, M. (2005). *Qué es Danza/movimiento terapia: el cuerpo en danza*. Buenos Aires: Lumen.
- Regev, D., Kedem, D., & Guttmann, J. (2012). The effects of mothers' participation in movement therapy on the emotional functioning of their school-age children in Israel. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 479-488.
- Ridocci, M. (2009). *Expresión Corporal. Arte del movimiento: las bases prácticas del lenguaje expresivo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ringiesen, H., Henderson, K., & Hoagwood, K. (2003). Context matters: Schools and the "research to practice gap" in children's mental health. *School Psychology Review*, 32, 153-168.
- Rodriguez, S. (2009). Danza movimiento terapia: cuerpo, psique y terapia. *Avances en Salud Mental Relacional*, 8(2), 1-20.
- Román, M., & Palacios, J. (2011). Separación, pérdida y nuevas vinculaciones de apego en la adopción. *Acción psicológica*, 8(2), 99-111.
- Romero, E. (2002). Investigación en psicología de la personalidad. Líneas de evolución y situación actual. *Boletín de Psicología*, 74, 39-77.
- Rosser, A., & Mayordomo, I. (2011). El desarrollo vincular de los menores adoptados. Intervención a la luz de la teoría del apego. En vv.aa, *La teoría del apego en la promoción de la salud: creando redes* (págs. 133-146). Madrid: Psimática.
- Rosser, A., Bueno, A., & Dominguez, F. (2010). Evolución de los menores tras la adopción. La familia adoptiva como figura de apego y contexto de reparación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 443-453.

- Sánchez-Sandoval, Y. (2002). *El ajuste de los niños y niñas adoptados y su vida familiar* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla: Sevilla.
- Sandel, S., Chaiklin, S., & Lohn, A. (1993). *Foundations of Dance Movement Therapy: The life and work of Marian Chace*. Columbia Maryland: The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association.
- Schinca, M. (2010). *Expresión corporal: Técnica y expresión del movimiento*. Madrid: Wolters.
- Schmais, C. (1981). Group Development and Group Formation in Dance Therapy. *Ats in Psychotherapy*, 8, 103-107.
- Schore, A. (2010). *El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias*. Santiago de Chile:Chile: Universidad de Chile.
- Sharma, A., McGue, M., & Benson, P. (1996). The emotional and behavioral adjustment of United States adopted adolescents, part II: Age at placement. *Child Youth Ser Rev*, 18, 101-114.
- Srouffe, A. (2000). *Desarrollo emocional*. México: Oxford University Press.
- Stanton-Jones, K. (1992). *Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge.
- Stern, D. (1996). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observation for adult pasycotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308.
- Tortora, S. (2006). *The Dancing Dialogue: Using the Communicative Power of Dance with Young Children*. Baltimore,MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Tortora, S. (2010). From the Dance Studio to the Classroom. En V. Karkou, *Arts therapies in schools: Research and practice* (págs. 27-42). London: Jessica Kingsley.
- Vulcan, M. (2009). Is there any body out there?: A survey of literature on somatic countertransference and its significance for DMT. *The Arts in Psychotherapy*, 36, 275-281.
- Weist, M., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S., & Wrobel, G. (2007). Mental heath screening in schools. *Journal of School Health*, 77(2), 53-58.
- Wengrower, H. (1998). Dancing together at different rythms with the same partner. *Issues in Special Educational and Rehabilitation*, 13(2), 117-124.

- Wengrower, H. (2001). Art therapies in educational settings: An intercultural encounter. *The Arts in Psychotherapy*, 109-115.
- Wengrower, H. (2008). El proceso creativo y la actividad artística por medio de la danza y el movimiento. En H. Wengrower, & S. Chaiklin, *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. (págs. 39-57). Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1945). Desarrollo emocional primitivo. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (págs. 203-218). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1960). The theory of the patient-infant relationship. En *The maturational processes and the facilitating environment* (págs. 37-55). Nueva York: International University Press.
- Winnicott, D. (1963). El miedo al derrumbe. En D. Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas I* (págs. 111-121). Buenos Aires: Paidós.
- Zao, L., & Badler, N. (2001). Syntesis and acquisition of Laban movement analysis qualitative parameter for communicative gestures. Technical Reports (CIS), 116. Recuperado de : [https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1118&context=cis\\_reports](https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1118&context=cis_reports)