



UAB

Máster en Danza Movimiento Terapia

La danza movimiento terapia como intervención en el tratamiento de un adolescente con trastorno límite de personalidad borderline.

Elena Schisano
Tutor Vincenzo Puxeddu

La danza movimiento terapia como intervención en el tratamiento de un adolescente con trastorno límite de personalidad borderline.

Índice

Agradecimientos.....	p.2
Resumen.....	p.3
1.Introducción.....	p.4
2. Método.....	p.8
MARCO TEORICO	
3.El Trastorno limite de personalidad (TLP) y sus abordajes dinámicos.....	p.9
3.1. La mentalización.....	p.12
3.1.1. El apego.....	p.14
3.2 El modelo de Bateman y Fonagy.....	p.17
4 TLP desde el punto de vista antoposofico.....	p.18
4.1 La psicodinámica del trastorno borderline, al inicio tras el nacimiento del yo.....	p.20
5. La DMT.....	p.22
5.1.DMT con adolescentes.....	p.26
6.El aporte de la dmt en pacientes con TLP.....	p.27
7.Presentación de caso clínico.....	p.32
7.1La trasferencia en el marco de la sesión de DMT.....	p.47
7.2 El proceso terapéutico en el marco de la sesión de DMT.....	p.50
CONCLUSIONES	p.70
BIBLIOGRAFÍA	

Agradecimientos

Este trabajo, ha requerido mucho esfuerzo y mucha dedicación en una circunstancia difícil de mi vida. La búsqueda de la bibliografía ha sido un trabajo muy enriquecedor. Todo el esfuerzo y la dedicación ha sido posible también por la colaboración desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación, fortaleciendo mi corazón y trayendo paz a mi trayecto investigativo.

Quiero agradecer a mis padres que me han dado la oportunidad de cursar el Máster en DMT lo que ha significado un crecimiento no solo de natura académica sino me ha permitido reflexionar sobre mi identidad a lo largo de la formación y tener un crecimiento personal importante.

Gracias a Josephine mi terapeuta que me ha acompañado durante dos años favoreciéndome un ambiente suficientemente bueno ayudándome a sanar mis heridas, reconstruyendo hilos de mi historia interior, lo que sirvió como base por el encuentro con mis pacientes.

Gracias a Peter para recibir mis dudas en el espacio de supervisión de prácticas convirtiendo ese momento en parte integrante de mi proceso tanto de individuación psicológica como de danza movimiento terapeuta.

Gracias a Heidrun capaz de comprenderme en cada momento necesario y para todo el enseñamiento recibido.

Gracias a Vincenzo para aceptar y supervisar ese trabajo final. Gracias a mi compañera Rossana para el gran soporte y a mis compañeros Erika, Gabriela, Javier para compartir momentos inolvidables. Gracias a Fede y Jose para confiar en mis capacidades.

Resumen.

En el presente trabajo se presenta una intervención de Danza Movimiento Terapia, DMT, en un caso con una paciente adolescente diagnosticada con Trastorno límite de personalidad (TLP), Borderline.

Se pretende ampliar la comprensión de lo que he vivenciado desde diferentes puntos de vistas teoricos del Trastorno Limite de personalidad, considerado el trastorno más significativo de nuestro tiempo, del último tercio del pasado siglo y presumiblemente del siglo XXI.

Se explicitan los antecedentes teórico-prácticos de la Danza Movimiento Terapia (DMT), así como los alcances y limitaciones de sus herramientas terapéutica cuyo principal canal de abordaje del conflicto es el cuerpo siendo éste el medio de expresión de la transformación y al mismo tiempo su instrumento.

Este trabajo pretende ser una fuente de material clínico, una herramienta de reflexión, y una documentación vivencial y concreta de un proceso terapéutico de DMT.

Palabras clave: Danza movimiento terapia, trastorno limite de personalitá, borderline, adolescencia.

Abstract. Dance Movement therapy is presented as a therapeutical tool which main approach to the conflict is the body. The body is the way of expression of transformation and, at the same time, its instrument. Theoretical and practical backgrounds of dance movement therapy are stated, as well as its achievements and limitations in the treatment of emotional communication difficulties in adolescents diagnosed with Borderline.

Key words: Dance movement therapy, borderline personality disorder, adolescence.

1.Introducción

En este presente trabajo se pretende ampliar conocimientos sobre los aportes de la Danza Movimiento Terapia (DMT) en un caso de intervención con una paciente adolescente con Trastorno Limite de Personalidad (TLP).

El ámbito de estudio general del presente son la DMT y el TLP, tiene por tanto una relevancia práctica e informativa con la intención de validar la DMT como una terapia complementar al tratamiento en pacientes adolescentes con TLP.

Se pretende compartir una experiencia para los que quieren empezar la formación en DMT, los que se preguntan cómo y si empezarla, y en fin para quien tenga dudas sobre las potencialidades y las herramientas de la DMT. Se explora la DMT sus antecedentes y fundamentos teórico-prácticos, así como sus alcances y limitaciones en dicha intervención. En la DMT, se utilizan las diferentes etapas del desarrollo corporal como instrumento para facilitar la comunicación y el entendimiento de un posible diagnóstico o nivel de actuación de la persona, Di Quirico, A., (2012); proporcionando diferentes oportunidades de movimientos esta terapia propone un proceso integrador (Colace, E., Robotti, C. A., (2013). Las líneas relevantes para la presentación de este trabajo son los principios diagnóstico-terapéuticos (Guimón, J. 2013) en el ámbito de TLP en casos borderline desde el punto de vista de la investigación en campo científico espiritual (Dekkers, H. 2011), mediante la experiencia clínica antroposofía (Beck, D., Dekkers, H., Langerhorst, U., 2011) la mentalización de Fonagy (1999) con una mirada a la teoría del apego y a la adolescencia (Payne, H., 2005).

La elección del tema de ese trabajo está relacionada con la experiencia de mi segundo año de prácticas clínicas en un hospital de día.

La Danza Movimiento Terapia (DMT) se fundamenta en las teorías de la comunicación no verbal, y en los sistemas de observación y análisis del movimiento, en las teorías psicodinámica y del desarrollo humano (Panhofer, 2005) El principio base de la DMT es la poderosa conexión entre cuerpo y mente, rompiendo con el dualismo cartesiano al considerar que son inseparables, por lo que todo aquello que ocurre en la mente es vivido en el cuerpo (Levy, 1995).

El Trastorno límite de personalidad (TLP) está genéticamente vinculado a otros trastornos afectivos importantes y por lo tanto probablemente tiene una base biológica adonde la DMT puede llegar (Della Cagnoletta M., 1998).

Las etapas de la niñez y de la adolescencia se encuentran en un tiempo y lugar de transición, donde la persona todavía no ha tomado la senda principal de la vida de forma autónoma pero tampoco es ya un individuo completamente protegido y dependiente. En esas etapas de crecimiento tienen lugar cambios importantes derivados de la vida psicológica construidas durante la infancia. Normalmente el juego es una característica central en la infancia, tanto como la acción; la rabia, como el amor, son sentimientos igualmente habituales y la imaginación juega un rol importante en los mundos interiores. (Payne, 2005, p.131)

El TLP es el trastorno de la personalidad más frecuentemente diagnosticado, y representa el 10% de las consultas ambulatorias y hasta el 25% de los pacientes hospitalizados (Glocker, M. 2011).

Desde una perspectiva psicodinámica se quiere realizar un análisis de la psicopatología del TLP y que mejora se puede aportar desde la intervención de la DMT.

La DMT plantea la transformación a través del movimiento corporal, transformación que acontece en un espacio simbólico (Colace y Robotti, 2013). A través de esta experiencia se considera que la DMT es una posible terapia idónea para ese tipo de trastorno produciendo unas transformaciones en el ámbito físico, psíquico e intelectual de los pacientes, contribuyendo en el bienestar corporal, emocional y social de la persona, ofreciendo una oportunidad de descubrirse en el desarrollo personal.

La terapia no puede proporcionar lo que la crianza no dio en su momento, ni tampoco puede recuperar los errores cometidos. Sí que puede ofrecer una oportunidad para, de alguna manera, volver a un nuevo comienzo (Balint, 1979), es decir, una nueva experiencia con sus aportaciones nuevas y sus limitaciones.

La DMT es una psicoterapia corporal de orientación psicodinámica. Como tal pone su foco de atención en la relación terapéutica y en los procesos inconscientes que surgen durante la misma, así como en las emociones y las representaciones mentales de las figuras de apego en la vida del paciente (Panhofer, 2005). El adolescente está muchas veces en un estado extremo de permeabilidad corporal. Parece fusionarse con las paredes, dando a entender su débil sentido de diferencia del self (Payne, 2005)

La DMT surge en los Estados Unidos en la década de los 40 y es fundadora de la "aplicación terapéutica" de la danza-movimiento, incursionando en las conexiones cuerpo-mente (Berrol, 2000).

Esto implica considerar como supuestos básicos, que Cuerpo y Mente están en constante interacción recíproca, lo cual significa que los cambios en el movimiento afectan el funcionamiento general de la persona. Está demostrado que el ser humano es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente y que en él influyen un sin número de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. (Dekkers, H. 2011.)

Como danza movimiento terapeuta en práctica pude establecer una relación terapéutica, proporcionando un espacio seguro y de confianza y conteniendo físicamente a la paciente ayudándole así a modificar los límites corporales y creando también un espacio en su mente para las emociones. El vínculo terapéutico favoreció la interacción y la comunicación tanto verbal como no verbal.

El proceso se condujo con las herramientas específicas de la DMT: el cuerpo, el movimiento, la empatía kinestésica y el análisis de movimiento (LMA, KMP); transferencia y contratransferencia.

La DMT facilita la expresión emocional reestableciendo las conexiones entre cuerpo y mente, y proporciona la recuperación del movimiento espontáneo, rescatando afectos desde el movimiento, buscando significado en el movimiento inhibido, trabajando así también el mundo interno del paciente. (Panhofer,2005)

2.Metodo

Se ha realizado una revisión teórica sobre TLP y sus tratamientos y una búsqueda de bibliografía sobre DMT poniendo el foco en su aporte en esa población y mediante que herramientas de la DMT se puede producir un cambio psicológico y físico en pacientes con TLP. Actualmente se dispone de abundante información sobre TLP y sobre DMT, como elementos aislados.

Objetivo general

Objetivo específico

- Revisión bibliográfica de DMT en pacientes con TLP
- Ampliar y documentar los conocimientos del aporte de la DMT en un caso con un paciente adolescente con TLP.

Marco Teorico

3.El Trastorno límite de personalidad (TLP) y sus abordajes dinámicos.

El Trastorno límite de personalidad (TLP) es la traducción española de Borderline Personality Disorder (BPD), entidad clínica de tipo “categorial” popularizada por el DSM III. En esa entidad se han detectado factores genéticos, anomalías de las redes frontolimbicas, y frecuencia mayor de lo habitual de suceso vitales adversos, especialmente sucesos traumáticos infantiles En el abordaje del trastorno limite se han obtenido resultados variables con psicofármacos y distintos tipos de psicoterapias. (Guimon, 2013, p.9)

Actualmente para que una psiquiatría sea considerada “dinámica”, se acepta que debe en todo caso, reconocer la importancia del inconsciente y de la transferencia. Además, la psiquiatría dinámica ha estado tradicionalmente ligada al concepto de los “conflictos” que surgen entre deseos y las defensas, entre diferentes partes de la personalidad, y entre los impulsos y la realidad externa. [...] La psiquiatría dinámica se centra más en los fantasmas, los sueños, los miedos, las esperanzas, las pulsiones, los deseos y las imágenes de sí mismo que en la descripción meticulosa de la conducta observable. Incorpora, con todo, concepciones y procedimientos provenientes de modelos diferentes como el conductismo, el cognitivismo y la teoría general de sistemas (ibidem).

Como señala Andreoli (2013) el paciente borderline o limite, es, en suma, el ejemplo mismo de la dificultad de conciliar la complejidad del objeto clínico y el rigor del método científico que es típico de la psiquiatría. De ahí la dificultad de situarlo en los nuevos intentos de nosología (p. 39-63)

En el trastorno limite de la personalidad se han obtenido resultados variables en la eficacia de los psicofármacos y de distintos tipos de psicoterapias. En una revisión crítica, M.C. Zaranini y cols. encuentran útiles dos terapias psicodinámicas: “la terapia focalizada en la transferencia” (Kernberg y cols.) y “la mentalización” (Fonagy et al.), y dos cognitivos conductuales: “la terapia focalizada en los esquemas” (Young et al.) y la terapia cognitivo dialéctica (Guimon, Maruottolo, 2013, p.26).

Sin entrar a profundizar en los procedimientos cognitivos conductuales, que se han mostrado eficaces en los pacientes con TLP, pretendo centrarme en los abordajes dinámicos.

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) de Kernberg subraya la importancia del establecimiento de un encuadre y un contrato de trabajo claros. El tratamiento es exclusivamente individual, cara a cara, [...] tiene una duración de al menos un año, con una asistencia de dos veces por semanas y con sesiones de cuarentacinco minutos cada una. La focalización en la relación transferencial con el paciente es en el “aquí y ahora” (Guimón, 2013, p.31).

Guimón, Maruottolo y Mascaró (2013) muestran unos programas terapéuticos que han desarrollado en diferentes unidades de cuidado de España y en Suiza. Por diagnóstico la población de pacientes tratada con TLP es del 64,2 %. Estas unidades de hospital de día AMSA (Bilbao, Uribe costa y Ginebra) incluyen en el programa también sesiones expresivas como la de danza movimiento terapia o arte plástica.

El grupo de danza movimiento terapia (DMT) se realiza dos veces por semana liderado por un/una danza movimiento terapeuta especializado. Es un grupo dinámico

desde donde se exploran los aspectos psicológicos conscientes e inconscientes, comunicativos y creativos del movimiento. A través de estos, el mundo interior de la persona se hace más tangible, se comparte el simbolismo personal y se muestran los modelos de relación que cada uno establece con los demás, encontrando significados en gestos, posturas y cualidades de movimiento (Guimón, Maruottolo y Mascaró 2013, p.79).

3.1 La mentalización

En términos psicológicos, el concepto de mentalización surgió del intento de Fonagy et al. de comprender e interpretar los trastornos límites de la personalidad basándose en conceptos psicoanalíticos. Se denomina así al proceso por el que interpretamos nuestras acciones, y las de los otros, como significativas y adecuadas a una determinada intencionalidad. También se define como la capacidad de entender el

estado mental, tanto de uno mismo como los de los demás, que sustenta el comportamiento explícito.

Fonagy (1999) describe la mentalización o función reflexiva como la capacidad para la representación mental del funcionamiento psicológico del self y del otro, en términos de estados mentales.

Diversas investigaciones empíricas han correlacionado un apego seguro con una función reflexiva, o sea, que es necesaria la presencia de una figura parental que pueda pensar sobre la experiencia mental del niño.

Para Fonagy (1999) la mentalización es un logro intrapsíquico e interpersonal, la cual surge en el contexto de una relación de apego seguro. El niño con apego seguro percibe en la actitud reflexiva de su cuidador/a una imagen de sí mismo como deseante y con creencias. Ve que el cuidador/a lo representa a él como un ser intencional, y esta representación es internalizada para formar el *self*. El “yo pienso por lo tanto yo soy” no constituirá el modelo psicológico del nacimiento del self. Quizá se acerque más a la realidad el “Ella piensa de mí como pensador y, por lo tanto, yo existo como pensador”. Si la capacidad reflexiva del cuidador/a le ha permitido a él / ella describir adecuadamente la actitud intencional del niño, entonces éste tendrá la oportunidad de “encontrarse a sí mismo en el otro” como un ser con capacidad de mentalizar. En el núcleo de nuestros “selves” está la representación de cómo nosotros fuimos vistos. Nuestra capacidad reflexiva es, por tanto, una adquisición transgeneracional. Nosotros pensamos de los otros en términos de deseos y creencias porque, y en la medida en que, nosotros fuimos pensados como seres intencionales.

El desarrollo del niño y la percepción de los estados mentales propios y de los otros depende, por lo tanto, de su observación del mundo mental de su cuidador/a. Él es capaz de percibir estados mentales cuando el cuidador/a está en una modalidad, compartida con

el niño, de juego de hacer como si (por tanto la asociación entre la modalidad de “hacer como” y la primitiva capacidad de mentalizar), y muchas interacciones comunes (tales como el cuidado físico y el calmar, o conversaciones con compañeritos) también implicarán tal actividad mental compartida. Esto es lo que hace que sean inherentemente intersubjetivas las concepciones que tengan sobre estados mentales tales como el pensar; la experiencia compartida es parte de la estructura lógica de las concepciones sobre los estados mentales (Fonagy, 1999)

El objetivo es promover un proceso terapéutico que apunta hacia un crecimiento y el desarrollo de la personalidad.

3.1.1 Teoría del Apego

En el desarrollo de la personalidad se consideran dos tipos de influencias: el primero se relaciona con la presencia o ausencia de una figura confiable que proporciona la base segura al niño; y segundo se refiere a la capacidad del individuo de reconocer cuando otra persona es digna de confianza. Un buen apego incluye dos aspectos: base segura y

exploración. Los trabajos de Mary Ainsworth (Ainsworth et al, 1978) tuvieron un papel central en el desarrollo de la investigación del apego.

Los niños buscan la figura de apego para su confort cuando se encuentran angustiados. La naturaleza de la respuesta emocional de la figura de apego al niño define el éxito o el fracaso para brindar este confort. Afinación o sintonía, empatía, cuidados y apoyo son psicológicamente tranquilizantes para el niño. El encuentro entre las emociones del niño y la respuesta emocional de la madre crea el campo intersubjetivo donde se define la calidad del apego. Esta experiencia forma una representación en la mente y brinda la capacidad para regular el afecto. La calidad del apego define la posterior capacidad para regular, mantener y modular la experiencia afectiva individual.

Ainsworth et al (1978) investigaron sobre tres diferentes patrones de apego:

- Apego seguro (el niño busca interacción con su madre, aunque no siempre en la proximidad, pero manteniendo el contacto visual. Si se angustia con la separación de su cuidadora, es fácilmente capaz de calmarse y volver a la exploración del entorno hasta el regreso de la misma)
- Apego inseguro: a) ansioso evitativo (muestra poca o ninguna tendencia a interactuar o mantener contacto con su madre. No muestra angustia en la separación, evita a la madre en la reunión con ella ignorándola, mirando hacia otro lado o alejándose, y se muestra más inclinado a interactuar con extraños) b) ansioso resistente o ambivalente (muestra poco interés exploratorio y cautela frente al extraño. Muestran un intenso deseo de mantener proximidad con la madre luego de la separación, combinado con una fuerte ansiedad cuando vuelve. No pueden ser calmados por la madre. Su ambivalencia hacia la madre se refleja en que busca el contacto y luego furiosamente lo resiste cuando lo consigue)

Algunos ejemplos de patrón de apego desorganizado o desorientado se observan en niños que han sido maltratados físicamente y/o totalmente descuidados por sus padres (Bowlby, 1988).

Junto al concepto del apego, incluiré el de la base segura que necesita el niño para acudir en caso de necesitar apoyo y consuelo, y cómo esto influye en el desarrollo de la confianza en sí mismo. Según Bowlby la persona en la que se confía, llamada también “attachment figure” o figura a la que se tiene apego, puede considerarse que proporciona a su compañero o compañera una base segura desde la cual operar.

Y más adelante prosigue: “... En cambio, muchas formas de funcionamiento alterado de la personalidad reflejan la capacidad anómala de un individuo para reconocer figuras adecuadas y dispuestas a ayudarlo, y/o para colaborar con cualquiera de ellas, si las encuentra, mediante una relación gratificante. Tal alteración puede ser de cualquier grado de intensidad y adoptar múltiples formas: se incluyen aquí una ansiosa tendencia a aferrarse, exigencias excesivas o demasiado intensas para la edad y la situación, apartamiento no comprometido e independencia desafiante” (Bowlby, 1979)

3.2 El modelo de Bateman y Fonagy.

Fonagy y Bateman, citados en Guimon (2013), apoyándose en la relación de apego, desarrollaron una nueva forma de psicoterapia psicodinámica para aquellos individuos con un apego desorganizado, que no han desarrollado una capacidad normal de

mentalización. Inicialmente, esta teoría se dirige a aquellos individuos con trastorno de personalidad, y de forma concreta incide en el trastorno límites de personalidad. El objeto del tratamiento es conseguir un desarrollo adicional de la mentalización.

El modelo de mentalización de Bateman y Fonagy incluye la hospitalización parcial, con abordaje que combinan herramientas de distintos orígenes, bajo el paraguas de la orientación psicoanalítica. El programa consiste en una sesión semanal de psicoterapia psicoanalítica, tres sesiones de análisis grupal (de 1 hora de duración), una sesión semanal de terapia expresiva que utiliza técnicas de psicodrama (1 hora), y una reunión comunitaria semanal (1 hora). todo ello distribuido a lo largo de 5 días laborales. [...]

Las terapias y los contactos informales paciente-equipo se organizan de acuerdo con un modelo psicoanalítico de TLP, que concibe a este como una alteración del apego o vinculación (Attachement), la tolerancia de la separación y de la “mentalización” (definido por los autores como “la capacidad de pensar acerca de uno mismo en relación con otros, y de entender los estados mentales de los demás”) [...] (Guimon,2013, p.33)

4 TLP desde un punto de vista Antroposofico

Este trastorno, descrito completamente por primera vez por Kemberg en 1967 presenta un cuadro de trastorno de la personalidad que va en aumento progresivo en el mundo entero y con el que, consecuentemente, cada vez más personas entran en contacto. [...].

Steiner en 1920 ya había profetizado que habría en el futuro un dramático aumento de este trastorno. Describió como los niños vivirían de forma cada vez más intensa, este doble aspecto de la naturaleza humana, cada vez más insoportable.

Beck Et al, (2011) con respecto a los puntos de vista diagnósticos y terapéuticos de la investigación en campo científico sobre TLP mediante la experiencia clínica antroposofía indican una dirección hacia la cual deben guiarse una educación y una terapia orientadas hacia el centro de la personalidad humana, el *yo*, si queremos desafiar eficazmente el progresivo aumento de este trastorno. Además, hacen hincapié en la importancia que tiene para un desarrollo sano del niño, la adecuada satisfacción de sus necesidades de amor incondicional.

El 3% de la población española padecen de TLP. [...] Sin embargo tan solo un 20% esta investigado. Este infra diagnóstico está motivado por un cuadro de síntomas “atípicos” que, al no implicar delirios ni perdida de la razón, pasa desapercibido en muchas consultas. (Martinez-Falero del Pozo, 2011, p.11)

Estos pacientes tienen paralizado el pensar, el sentir y el querer. Están fuera de sí, disociados. Se sienten solos, aislados sufriendo y poseen un *anti-Yo* destructivo. A menudo abusan del alcohol y las drogas, o se vuelven adictos al trabajo para no estar en silencio consigo mismos y sentir miedo. (ibidem, p.12)

Beck (2011) en su ensayo demuestra que este trastorno está constituida por una alteración básica de la encarnación de la individualidad, un trastorno del desarrollo, de las tres capacidades humanas fundamentales del andar, hablar, y el pensar. Es un tipo de trastorno que no se desarrolla principalmente de forma natural, sino que está especialmente condicionada por el entorno humano inmediato.

Langeshorst (2011) en su exposición busca los síntomas de las alteraciones del andar y el hablar en los movimientos eurítmicos y lleva a cabo un programa terapéutico basado en la euritmia. *No conseguir alagar el paso y no tener un paso seguro, a menudo son síntomas de TLP* (Langerston., U., 2011, p.59)

Dekkers (2011) describe la psicodinámica de este trastorno, como se manifiesta, al inicio de la edad adulta, sobre todo tras el nacimiento del yo. Advierte en los recuerdos de los pacientes una sobrecarga emocional crónica, durante el desarrollo infantil y juvenil en los tres primeros septenios de la vida.

4.1 La psicodinámica del trastorno bordeline, al inicio tras el nacimiento del yo.

La problemática bordeline se manifiesta plenamente tras el nacimiento del Yo. Cuando el Yo se dispone al comienzo de la edad adulta, a asumir su posición, se encuentra una dinámica inadecuada, cuya característica central es una escisión dominante, en cuyos límites, se desarrolla el TLP. Esta escisión se encuentra entre “arriba” y “abajo”, así como dentro y fuera.

El paciente bordeline tiende más bien a unirse e identificarse con su yo cósmico, algo que no logra con su opuesto terrestre, responsable de sus actos cotidianos. Todo lo que sea biográfico-terrestre será visto como un sufrimiento impuesto, no fue elegido autónomamente y es sentido como falso, como una ilusión o mentira. Esta no identificación conduce al rechazo del cuerpo en formas que van desde diversas formas de auto dejadez y automutilación hasta gestos de destrucción e intentos de suicidios.

La tendencia a la escisión indicada Steiner citado por Dekker (2011) sobre lo que considera esencial el a personalidad Bordeline, parece corresponderse con el diagnóstico psiquiátrico al uso (DSM-IV): “Un patrón de relaciones interpersonales, inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de la idealización y la devaluación”. Oscilando entre las más elevadas expectativas y la insoportable desilusión en lo que respecta a sí mismo y los otros, así como entre gestos profundamente simbióticos con ataques de ira o rechazos fieramente destructivos. (Dekker 2011, p.100)

La personalidad Bordeline viene fuertemente conformada en su dinámica y estructura anímica por esta problemática, que es sintomática de nuestro tiempo.

Tanto el ser ideal como el cotidiano serán determinados en el pensar, en el sentir, e incluso en los propios objetivos, principalmente desde el mundo externo. Si esta expectativa no llega a satisfacerse a través de los otros, aparece un estado interno de pánico. Aparece un vacío anímico que los demás desde el exterior viven como falta de amor e interés, que desencadena en el un sentimiento de culpa autodestructivo.

5. La Danza Movimiento Terapia

La Danza Movimiento Terapia es una disciplina que integra, junto con el Arte terapia, la Música terapia y el Drama terapia, las llamadas Terapias Artístico-Creativas. Este tipo de terapias se caracterizan por intervenir, cada una valiéndose de sus herramientas artísticas, utilizando el proceso creativo como vía para la integración del ser humano. Originalmente, la disciplina, nacida en Norteamérica, recibía el título de Danzaterapia (mantenido aun hoy por la revista publicada semestralmente por la ADTA). Término en el que luego se incluyó el de movimiento, para dar a entender la importancia del pequeño movimiento dentro de la práctica y que no quedara está asociada a lo coreográfico de la danza (Rodríguez Cigaran, 2009).

En la terapia a través de la danza y el movimiento las diferentes etapas del desarrollo corporal se utilizan como instrumento para facilitar la comunicación y el entendimiento de un posible diagnóstico o nivel de actuación de la persona; proporcionando diferentes

oportunidades de movimientos esta terapia propone un proceso integrador. Por ejemplo, las frases de movimiento, gestos y posturas pueden transformarse en metáforas de la vida cotidiana de la persona, permitiendo así un mejor entendimiento de lo que en realidad es y quiere la persona (Tortora, 2004).

Este tipo de terapia se está utilizando para tratar psicopatologías que se encuentran en adultos como trastornos mentales, adicción, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos emocionales como la depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación como anorexia, y bulimia y trastornos de la personalidad (Tantum, 2001).

Debido a que la DMT utiliza modalidades tanto verbales como no verbales, se considera especialmente efectiva para involucrar a pacientes cuya capacidad de participar en terapia de grupo estrictamente verbal es limitado. Para las personas con trastornos psiquiátricos, la DMT puede ofrecer formas de desarrollar defensas más saludables contra la ansiedad y el dolor emocional explorando sus propias estrategias de afrontamiento del movimiento, relacionándose con otros en un nivel no verbal dentro del movimiento de grupo, descubriendo sentimientos a través de símbolos e imágenes en un ambiente seguro¹. (Pallaro, 2002)

“Specific movement interventions aimed at fostering awareness of one’s own sense of self, via explorations of the body-self, include sequential warm-ups, patting one’s own body, defining its outer limits, centering, grounding, molding, reflecting, and mirroring” (Pallaro, 2002).

¹ “Dance/movement therapy’s early pioneers, such as Marian Chace and Trudi Schoop, worked in psychiatric institutions: St. Elizabeth Hospital (Washington, D.C.), Chestnut Lodge (Washington, D.C.), and Camarillo Hospital (California), thus laying the foundations for the current body of theory and knowledge. More recent literature explores the role of dance/movement therapy in psychiatry and specifically in day treatment settings. Because dance/movement therapy uses both verbal and nonverbal modalities, it is deemed “especially effective in engaging patients whose capacity to participate in strictly verbal group therapy is limited”. For psychiatrically disordered individuals, dance/movement therapy may offer ways to develop healthier defenses against anxiety and emotional pain by exploring their own movement coping strategies, by relating to others on a nonverbal level within the group’s movement, by uncovering feelings through symbols and imagery in a safe environment”. (Pallaro, 2002, p.19).

Rescata que, mientras la expresión verbal permite a la persona negar u ocultar sentimientos propios, el cuerpo y su expresión no verbal develan siempre los más internos y contradictorios conflictos de cada ser humano.

Schmais, 1985, citado por Pallaro, 2002, escribió:

Establecer tal vínculo no verbal permite el desarrollo de una confianza básica, sobre la cual se pueden construir nuevas exploraciones de movimiento. Los calentamientos de movimiento y los movimientos improvisados no directivos generalmente promueven vitalización, integración, activación y motivación en el paciente² (p.21)

Ahora bien, en la DMT se utiliza el movimiento como vehículo primario de la comunicación (Pallaro, 1993) partiendo de la concepción de que el movimiento es reflejo de las dinámicas intrapsíquicas y las formas de relación social previamente desarrolladas por el individuo. El repertorio de movimientos de un sujeto constituye un espejo de su mundo interno, por lo que, al modificar dicho repertorio, el mundo interno es también modificado. De esta manera, un amplio repertorio de movimientos es un signo de salud, porque se es capaz de responder de distintas formas ante el estrés (Schmais & Whitte, 1986).

El objetivo de un proceso terapéutico dirigido a fomentar el sentido de uno mismo en relación con los demás será la conciencia de los sentimientos y estados mentales asociados con los movimientos interaccionales. Las experiencias de movimiento como el reflejo, la dirección y el seguimiento proporcionarán el marco para el cuerpo, el yo para experimentar la reflexión, la empatía y el compromiso en relación con los demás³ (Pallaro, 1993)

² "Establishing such a nonverbal bond allows basic trust to develop, upon which further movement explorations may be built. Movement warm-ups and non-directive improvised movements typically promote vitalization, integration, activation, and motivation in the client". (Schmais, 1985, citado in Pallaro 2002, p.21).

³ "The object of a therapeutic process directed at fostering one's sense of self in relation to others will be awareness of feelings and states of mind associated with interactional movements. Movement experiences such as mirroring, leading, and following will provide the frame for the body-self to experience reflection, empathy, and engagement in relation to others" (Pallaro, 1993, p. 289).

(Stanton-Jones, 1992, citado por Pallaro, 2002) resume cinco principios teóricos subyacentes a los fundamentos de la danza movimiento terapia en psiquiatría de la siguiente manera:

- 1 la mente y el cuerpo están en constante interacción recíproca compleja;
- 2 el movimiento refleja aspectos de la personalidad, incluidos los procesos de desarrollo psicológico, la psicopatología, las expresiones de la subjetividad y los patrones interpersonales de relación;
- 3 la relación terapéutica establecida entre el paciente y la danza movimiento terapeuta es fundamental para la eficacia de la terapia de DMT.
- 4 evidencia procesos inconscientes, de manera similar a los sueños y otros fenómenos psicológicos;
- 5 el proceso creativo encarnado en el uso de la asociación libre en el movimiento es intrínsecamente terapéutico⁴ .(p.20)

Rodríguez (2011) señala, a su vez, que al expresar su yo más profundo durante la experiencia de la danza, la persona comprueba que hay un otro que sostiene su danza, que lo atestigua, que atesora lo expresado.

De esta manera se introduce el tercer principio de la DMT, el trabajo que surge en la relación terapéutica. Como señala Fischman (2008), la danza terapeuta adopta un compromiso empático con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo del

⁴ Stanton-Jones summarizes five theoretical principles underlying the foundations of dance/movement therapy in psychiatry as follows,

- 1 the mind and the body are in constant complex reciprocal interaction;
- 2 movement reflects aspects of the personality, including psychological developmental processes, psychopathology, expressions of subjectivity and interpersonal patterns of relating;
- 3 the therapeutic relationship established between the patient and the dance/movement therapist is central to the effectiveness of dance/movement therapy;
- 4 movement evidences unconscious processes, in a manner similar to dreams and other psychological phenomena;
- 5 the creative process embodied in the use of free association in movement is inherently therapeutic. (Stanton-Jones 1992, citado por Pallaro 2002, p.20)

paciente, desarrollándose lo que se denomina empatía kinestésica. De acuerdo con Goldman-Davis (1993 citado en Fischman, 2005b), la empatía kinestésica es el proceso en el que el cuerpo interviene para posibilitar la comprensión empática; considera que la empatía es fundamental para establecer una relación terapéutica positiva. Fischman (2005b) adhiere al señalar que la empatía es el eje del proceso terapéutico. El espejamiento o movimiento empático, según Fraenkel (1982 citado en Fischman, 2005b), promueve el contacto y dirige la comunicación. El espejamiento o reflejo empático es una técnica trabajada originalmente por Marian Chace; la misma buscaba comunicarse con los pacientes desde donde éstos se encontraban, tanto cognitiva como emocionalmente, y tomando lo que tenían para ofrecer, ampliaba y clarificaba su experiencia. Chace aportó a la DMT dicha técnica desde su innata capacidad kinestésica de percibir, reflejar y reaccionar a las expresiones emocionales de sus pacientes a través de su cuerpo y su movimiento (Levy, 1992). Fischman (2008) afirma que la DMT pone el foco en la vivencia del movimiento sentido y los sentidos del movimiento. Movimiento sentido, como la manera de ligar el cuerpo con la emoción, y sentidos del movimiento, como forma de significar o resignificar el cuerpo en movimiento. El terapeuta es quien, al sostener el proceso terapéutico del paciente, puede ayudarlo a integrarse nuevamente, a volver a cargar de sentido el cuerpo, a ampliar sus patrones de movimiento para, en consecuencia, ampliar su espectro emocional. Lo que sana, sobre todo, es la relación terapéutica.

5.2 Danza Movimiento Terapia con adolescentes

Payne (2005) dice que “las etapas de la niñez y de la adolescencia se encuentra en un lugar de transición, donde la persona todavía no ha tomado la senda principal de la vida de forma autónoma pero tampoco es ya un individuo completamente protegido y dependiente” (p.148).

En esas etapas de crecimiento tienen lugar cambios importantes derivados de las bases de la vida psicológica construida durante la infancia. Normalmente, el juego es una característica central en la infancia, tanto como la acción; la rabia, como el amor, son sentimientos igualmente habituales, y la imaginación juega un rol importante en los mundos interiores.

Lovell (1980 citado en Payne, 2005) sugiere que “la DMT puede ser relevante en el trabajo con adolescentes, dada las típicas cuestiones que surgen en la pubertad que tienen que ver con el cuerpo. La DMT ayuda, por ejemplo, a resolver sus preocupaciones por la imagen corporal” (p.149).

Una aproximación como la DMT, que ofrece estructura con la que el niño y el adolescente pueden explorar todas sus capacidades en acción, puede constituir una vía intermedia entre el tratamiento totalmente centrado en el cliente, el tratamiento verbal y el tratamiento del entorno (ibidem p.145).

Hay que recordar la importancia que tienen en esta edad los cambios físicos, los grupos de compañeros, los modelos de rol, los padres, la formación de la identidad y la influencia del entorno. Son tiempos de caos que conllevan cambios rápidos en los aspectos sociales, psicosociales y psicológicos. En la adolescencia, los cambios psicológicos se estabilizan antes que los procesos intrapsíquicos en los que, según la teoría psicoanalítica, el *Id* pasa a moverse a favor del ego (ibidem p.147). Este camino para convertirse en una persona auténtica involucra al individuo en un proceso creativo que dura toda la vida, no importa desde que punto de partida estamos, este es lo que Chodorow (1991) llama individuación.

7. El aporte de la DMT en pacientes con TLP

En el tratamiento de adolescentes con trastornos graves, la investigación en psicoterapia clínica suele centrarse en la aplicación de psicoterapia familiar, terapia de conducta y

psicoterapia de grupo o individual. Muy pocos estudios se han realizado sobre el uso de terapias que trabajan la conexión entre el cuerpo y la mente (Payne, 2005)

Manford (2014) explora la Dance Movement Psychotherapy, DMP, con una paciente con trastorno de personalidad límite. Según la autora la DMP puede ayudar a aumentar la "capacidad de pensar" y proporcionar un enfoque alternativo para manejar las emociones. La relación terapéutica en DMP puede proporcionar una contención, un ambiente contenedor en ausencia de vínculos sanos, experiencias tempranas de privación y trauma. De acuerdo con Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr y Appelbaum, 1989, citados por Manford (2014), la etiología del trastorno borderline es bastante variada; sin embargo, la perspectiva psicoanalítica de desarrollo de la personalidad enfatiza las fallas del desarrollo y el conflicto en los primeros dos años del bebé. (p. 95)

Según Blatt, 1996, citados por Manford (2014), Dance Movement Psychotherapy, DMP, proporciona una manera para que los pacientes derroten a los de larga distancia defensas y emociones de acceso. El proceso simbólico, el uso del movimiento y el inconsciente creativo en la relación terapéutica ofrece comprensión de la personalidad. (ibidem)

Lavender y Sobelman, 1995, citados por Manford (2014), describen cómo los pacientes con BPD entran en terapia con fuertes sentimientos disociativos hacia sus cuerpos, por temor a daño emocional y físico, teniendo incomodidad extrema con sentimientos de enojo y una sensación de ser incapaz de moverse. Se hace énfasis en apoyar el desarrollo del cliente para tolerar conflictos internos a través de la improvisación, la estructura y el tiempo flexibles (ibidem).

Manford de acuerdo con su experiencia en la terapia con su paciente y la reflexión sobre la idoneidad del tratamiento, admite que DMP es una forma efectiva de trabajar con este grupo de clientes.

Colace y Robotti, 2013, presentan una intervención de DMT con una paciente Borderline de 22 años poniendo el foco en las dificultades de mentalización a raíz de un apego no funcional.

En el paciente borderline la comunicación de las emociones se encuentra afectada, ocasionándole dificultades para entrar en contacto con el mundo externo que les rodea. El proceso natural de surgimiento y terminación de la emoción se ve interrumpido, impidiendo que la emoción cumpla su función adaptativa al ser comunicada a otros o reconocida por sí mismo.

El objeto de un proceso terapéutico dirigido a fomentar el sentido de uno mismo en relación con los demás será la conciencia de los sentimientos y estados mentales asociados con los movimientos de interacción. Las experiencias de movimiento tales como el reflejo, la dirección y el seguimiento proporcionarán el marco para que el ser del yo experimente la reflexión, la empatía y el compromiso en relación con los demás⁵ (Pallaro, 1993, p. 289).

Al ser las emociones instancias primitivas en el desarrollo del individuo que coadyuvan a su adaptación al medio, se inscriben dentro de las etapas preverbales del desarrollo, con la característica de ser allí “sensaciones sentidas”, como diría Gendlin (1982, citado por Greenberg & Paivio, 1997), pues aún no existen concepciones lingüísticas que logren explicar lo que se vivencia. En estas etapas únicamente existe el lenguaje corporal como medio de comunicación y por lo tanto la comunicación de las emociones se limita a la expresión por medios no verbales.

La regresión a períodos arcaicos del desarrollo de los pacientes borderline, su vuelta a estas etapas que anteceden a la palabra implica a su vez la dificultad para poner en palabras sus “sensaciones-sentidas”, o para adaptar la expresión de sus emociones a los

⁵ “The object of a therapeutic process directed at fostering one’s sense of self in relation to others will be awareness of feelings and states of mind associated with interactional movements. Movement experiences such as mirroring, leading, and following will provide the frame for the body-self to experience reflection, empathy, and engagement in relation to others” (Pallaro, 1993, p. 289).

cánones sociales a los que se accede en etapas posteriores del desarrollo. Es por esta razón que las emociones difícilmente cumplen su función adaptativa.

La experiencia continuada de tener un espacio en la mente de alguien y de ser comprendido posibilita que el niño desarrolle su propia capacidad de pensar. Este proceso se refleja también en lo físico ya que la madre sostiene al niño, creando un contenedor corporal con el espacio que ofrece. (Payne, 2005).

La DMT favorece con el movimiento la posibilidad de ir atrás en el tiempo y vivenciar emociones antiguas. Con el uso de la danza y el movimiento creativo como intervención terapéutica, algunas de las limitaciones del lenguaje ya no se dan y los niños encuentran vías para expresar sus ideas y sentimientos con metáforas y símbolos. (Ibidem p.147).

A veces, la técnica de hacer espejo del vocabulario de movimiento del cliente es útil en el trabajo de DMT con adolescentes, dado que les proporciona un reflejo en el que pueden ver algo de sí mismos. De acuerdo con el modelo humanista, un individuo padece un trastorno emocional y de conducta cuando no tiene la suficiente confianza en sí mismo para seguir abiertamente el curso de sus acciones, parece contentarse con una autorealización vicaria más que directa y no se esfuerza de canalizarla en direcciones constructivas (ibidem p. 149) .

Una experiencia más sutil y en ocasiones más poderosa, tiene lugar cuando el dmt empatiza con las necesidades evolutivas del paciente, nivel de funcionamiento y experiencias de la infancia, mientras que el paciente no tiene conciencia alguna de ellas. El movimiento corporal, lenguaje que antecede a la palabra y principal herramienta empleada, logra ser un canal efectivo para la codificación de los mensajes y permite una comunicación más eficaz entre el paciente y los Otros.

La empatía con el nivel de desarrollo resulta más fácil cuando el paciente entra en un estado regresivo o es capaz de describir las experiencias de su estado del Niño del Yo (Erskine, Moursund,. & Trautmann, 1999).

A través de la DMT se evaden mecanismos de defensa que entorpecen la comunicación y las emociones logran ser expresadas con más facilidad, pues no requieren de su “traducción” al lenguaje digital. (Pallaro, 2002)

Las acciones de los pacientes dejan de ser simples movimientos para convertirse en un código que, tanto las dmts como los mismos pacientes, llegan a comprender y a asumir como propios, estableciendo así intercambios comunicativos claros sin necesidad de decir una palabra.

Las intervenciones específicas de movimiento dirigidas a fomentar la conciencia del propio sentido de uno mismo, a través de exploraciones del yo corporal, incluyen calentamientos secuenciales, dar palmadas al propio cuerpo, definir sus límites externos, centrar, poner a tierra, moldear, reflejar y reflejar⁶. (Pallaro, 2002, p.22)

El trabajo con el cuerpo refuerza el imaginario corporal de los pacientes y los límites del Yo.

“En el proceso psicoterapéutico, para fortalecer, modificar o integrar las representaciones y las experiencias del propio ser interno, es absolutamente necesario partir del cuerpo y sus experiencias⁷”(Pallaro, 1993, p.289).

Con los cambios en los límites del Yo y la apertura a la comunicación lograda a través de la DMT, estos intercambios se vuelven más simétricos y el paciente logra percibirse en

⁶ Specific movement interventions aimed at fostering awareness of one’s own sense of self, via explorations of the body-self, include sequential warm-ups, patting one’s own body, defining its outer limits, centering, grounding, molding, reflecting, and mirroring. (Pallaro,2002,p.22)

⁷ “In the psychotherapeutic process, in order to strengthen, modify, or integrate the representations and the experiences of one’s own inner self, it is absolutely necessary to start from the body and its experiences “(Pallaro, 1993, p. 289).

una condición de igual con su interlocutor, estableciendo así relaciones interpersonales equivalentes en donde ambos tienen establecidos sus límites personales. “Yo soy yo y él es él, por eso nos comunicamos en igualdad de condiciones”.

Zwerling, 1989, citado por Pallaro, 2002, dice que:

[...] Los medios no verbales empleados por los terapeutas de las artes creativas tocan más directamente lo emocional en lugar de los procesos cognitivos en los pacientes [y] las artes terapéuticas evocan respuestas, precisamente en el nivel en que los psicoterapeutas buscan involucrar a los pacientes, más directamente y más inmediatamente que cualquiera de las terapias verbales más tradicionales⁸. (p.23)

Presentación de caso clínico

Perfil de Usuario

Paciente Estrella

Edad 13

Sexo mujer

Centro de prácticas: Hospital de día para adolescentes.

⁸ “. . . the nonverbal media employed by the creative arts therapists more directly tap emotional rather than cognitive processes in patients . . . [and that] the creative arts therapies evoke responses, precisely at the level at which psychotherapists seek to engage the patients, more directly and more immediately than do any of the more traditional verbal therapies.” (Zwerling 1989, en

Pallaro, 2002, p.23).

Duración de asistencia a institución: enero 2017

Situación familiar: Estrella es de origen de Rumania, Bucarest y su madre murió cuando era muy pequeña, de leucemia y su abuela la adoptó. De su padre no se sabe nada. La abuela tiene pareja, pero viven en una casa de un señor quien la abuela lo cuida a cambio de alojamiento. Me ha contado que vino a Barcelona desde Rumania con un año y medio. Vino con su madre. Durante el período de observación, el día que me conoció me dijo que era hija única. En sesión ella me comenta que tiene más hermanos, yo le pregunto ¿cuántos?: “un hermano de 28 años que vive en Alemania y... muchísimos más!!! por parte de mi padre”.

Diagnóstico por parte de la institución: Síntomas depresivos y de autolesiones como consecuencias de Trastorno de la personalidad límite (TLP).

Hechos destacados: En el Hospital de día Estrella sigue un tratamiento especial para restaurar y normalizar su estado emocional. Su novio es D. un chico ingresado con un TLP. Tanto Estrella como D. se autolesiona y tiene ideas suicidas. Hubo un episodio de una ingesta de medicamento. Un día los dos no volvieron a casa hasta las 4 de la mañana creando pánico en las dos familias y en el centro era un tema “tabú”. Los educadores vetaron hablar del tema con los demás compañeros.

Descripción del espacio de la sesión de DMT: Es el comedor. 8 mesas, 24 sillas, 3 cubos de basuras, luz de neón. Cuando apago la luz entra muy poca luz natural ya que no tiene

exposición al sol. Está a pie de calle y tiene una enorme ventana. Por suerte la cocina se encuentra separada por una puerta que queda cerrada. No se ve mucho fuera, pero se oye todo. En la sala hay materiales “pasatiempos”: mándalas para pintar, sudoku, etc., todo material ajeno a la sesión de DMT. No hay equipo de música. Uso mi iPod enchufado a dos altavoces pequeños. Es suficiente la verdad. El suelo a menudo está sucio y antes de cubrirlo de colchonetas, barrer es parte del ritual de inicio de la sesión. La sala se encuentra en un pasillo en frente a la sala de la psiquiatra y de mi tutora y a lado de la sala de reunión de educadores. No lo considero un espacio adecuado para poder hacer la intervención y he tenido que adaptarlo.

Día, hora y duración de las sesiones: jueves de 12.00 a 13.30

Mi paciente, contexto y análisis del caso clínico

Empecé mi primera sesión de DMT con mi paciente, que llamaré Estrella, el 09/02/2017. La duración de la intervención terapéutica fue de 13 sesiones con una sesión por semana de una hora cada una.

Finalmente, se realizaron evaluaciones repetidas a lo largo del tratamiento, incluyendo una medición anterior y posterior al mismo para detectar si la variable comunicación de emociones sufrió algún tipo de modificación. Al principio hubo problemas de setting,

había muchas interrupciones, siendo el espacio de la intervención la sala comedor que daba a la cocina. Esto me creaba mucha incomodidad. Las interrupciones interferían dentro del marco contenedor que había creado. Esta situación se solventó a lo largo de las sesiones tomando la decisión de cerrar con llave para impedir las interrupciones. El proceso terapéutico se desarrolló en diferentes fases, en las cuales, en los movimientos, las acciones, las metáforas y las verbalizaciones de mi paciente, además de sus cambios en la relación conmigo, los he podido leer a través la teoría del apego. El trabajo con el cuerpo y el movimiento demostró abarcar lo inconsciente, la mente y el espíritu. La apropiación del espacio corporal incentivó la apropiación también del espacio emocional e intelectual, siendo un instrumento terapéutico de suma importancia y utilidad.

Una vez conocido el centro donde he realizado las prácticas, qué actividades se realizan, qué profesionales encontramos trabajando, qué tipo de pacientes encontramos en un centro de día, he conocido algo más de ese trastorno y algún enfoque concreto que me ha ayudado a elaborar la intervención terapéutica. Conceptos y técnicas de DMT que he utilizado en las sesiones con Estrella, la estructura de la sesión...He conocido un poco más la historia de los pacientes y he visto relacionado lo ocurrido en las sesiones con la teoría.

Todo esto resume un intenso año de prácticas en el que he visto cumplidas mis expectativas del principio, de poder poner en práctica mis conocimientos adquiridos en los dos años y ponerme al frente a pacientes con trastorno de personalidad. Lo que me llevo es el contacto y el compartir con las personas, tanto profesionales del centro, como pacientes, como compañeras. Una experiencia que espero poder repetir, y hacer de ella mi profesión. Se ha evidenciado la importancia que tiene para un desarrollo sano de la persona, la adecuada satisfacción de su amor incondicional en su niñez.

Presento una intervención de DMT con una adolescente de 13 años. Del caso clínico tratare los momentos en los cuales parece integrarse y complementarse las modalidades propias de las artes terapias, de las cuales la DMT es parte.

Yo y A. estuvimos trabajando durante 13 sesiones todos los jueves de una hora, en la sala comedor de la institución. Sobre el setting terapéutico, Panhofer (2005) dice que” en el setting terapéutico, el “containment” 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 del tratamiento” (p.118).

A. tenía una historia personal que podríamos definir traumática y los altos niveles de abandono pueden relacionarse con su diagnostico de los especialistas del hospital. Sobre la definición de trauma Della Cagnoletta (1998) dice que:

“en los últimos años en ámbito psicoanalítico, ha sido modificada, y no comprende solo un factor ambiental, es decir solamente un elemento externo que invade el YO, tampoco es solamente un factor intrasistémico ligado a los instintos, sino a los dos; realidad interna y realidad externa están consideradas como elementos que determinan el comienzo de un trauma. Un elemento fundamental para ayudar al niño en esas circunstancias está ligado a su relación con la madre” (p. 45).

A. Estaba confiada a su abuela, su madre murió cuando ella tenía 2 años. De su padre se sabía que vivía en otro país.

A. experimentó una crianza altamente desorganizada, con ambos los padres ausentes la madre fallecida, el padre enfermo mental y una abuela no emocionalmente disponible sin la posibilidad de desarrollar un apego seguro y encontrar un vínculo de dependencia del que hubiera disfrutado. La DMT puede contribuir a aumentar la "capacidad de pensar" y proporcionar enfoques alternativos para el manejo de las emociones en contra de las dificultades de "actuar" en la relación. La DMT puede proporcionar un entorno de

contención, mantenimiento en ausencia de apegos saludables, experiencias tempranas de privación y trauma. (Klasson,2014)

Dentro de la institución tenía una serie de apegos románticos significativos con su novio D. y con su amiga T. A. manifestaba actos de autolesión cortándose y resacándose los brazos cuando estaba angustiada, su cuerpo se convertía en un vehículo para soportar el dolor psíquico y los pensamientos suicidas. Autores como, Adshead,1997, Gordon y Kirtchuk ,2008, citado por Manford, sostiene que autolesionarse es un síntoma de angustia. Propone que la mutilación corporal es un ataque al límite del cuerpo, proporcionando la sensación de tenerlo todo controlado. Bick, 1968, citados por Manford, desarrolla el concepto de 'segunda piel', desarrollada como una capa defensiva durante la lucha por la contención y Krueger, 2002, sostiene que cortar establece una experiencia de existir como el ser contenido, separando 'yo' de 'no-yo'. Los ataques al yo se describen como un mecanismo de defensa cuando una situación es abrumadora y el paciente no puede pensar. (p.96)

En la institución su diagnóstico fue de TLP, borderline y estaba seguida por el equipo de psicología y psiquiatría con el fin de aumentar su capacidad para comprender y manejar su angustia emocional. Ella expresó interés en las sesiones de DMT. Por esa razón y por su tendencia a somatizar, autolesionarse y por sus dificultades con los límites en las relaciones interpersonales se consideró adecuada para acudir a la intervención. Además, sentí la necesidad de ayuda de Estrella y también una voluntad de tolerarla ya que el equipo de los educadores no podría aguantarla. Tenía comportamientos y sentimientos inadecuados en circunstancias cotidianas. Cuando dejaba el setting yo a menudo me sentía exhausta y reflexionaba sobre sus verbalizaciones de deseos de morirse

reconociendo la ansiedad en la contratransferencia. Recuerdo que tenía que respirar hondo antes de salir e irme. En otras ocasiones noté que sentía alivio si no llegara a las sesiones dejándome sola en el espacio me permitía reunir ideas sobre mí y sobre nuestra relación. Estrella compartía un estado de ánimo general de infelicidad y depresión tendiendo a desarrollar síntomas físicos y miedos relacionados al abandono. Su grande tristeza se observaba en su cuerpo rígido y tenso, e yo recibía la falta de una infancia, una profunda soledad y la presencia de un mundo interno incapaz de llegar a la mente. Una mente absenta. De acuerdo con Pieraccini (2012), para esta población es fundamental intervenir desde el cuerpo hacía la mente, para reactivar la función reflexiva del *self*, útil al niño para comprender y dar sentido a los estados mentales de los demás y prever los comportamientos. Laguna (2002) afirma que muchos de los problemas cotidianos de los pacientes mentales crónicos tienen su origen en su incapacidad de expresar sentimientos o para comunicar sus intereses y deseos. Las peculiaridades anteriormente mencionadas provocan déficit social que afectan la calidad de vida de estos pacientes. Esto se asocia directamente con el papel que, según Greenberg y Paivio (1997), juegan las emociones en la vida cotidiana de los individuos. Para estos autores, las emociones regulan el funcionamiento mental organizando tanto el pensamiento como la acción. Son un determinante crucial de la conducta humana, pues dirigen las cogniciones y las acciones. El concepto de emoción propuesto por Greenberg y Paivio (1997) se basa en el concepto de Gendlin (1982, citado por Greenberg & Paivio, 1997) de “Sensación sentida”, la cual

“se produce cuando uno puede sentir más de lo que comprende, cuando lo que hay ahí es más que palabras y pensamientos, cuando algo está bastante experimentado pero todavía no está claro, no se ha abierto, o no se ha liberado” (Gendlin, 1982, citado por Greenberg & Paivio, 1997, p. 23, nota al pie). Las emociones cumplen una función adaptativa y dirigen las acciones del ser humano hacia el bienestar. Una de sus funciones más importantes es la de conectar la naturaleza biológica de las personas con el mundo en el que están inmersas (Greenberg & Paivio, 1997).

Además, tienen una función de comunicación a lo interno y externo del individuo, ya que proporcionan información acerca de las reacciones ante una situación, la valoración que se hace de ésta y de las necesidades y metas que están operando en ese momento.

Por otro lado, proporcionan información a los demás sobre las intenciones y disponibilidad para actuar de un sujeto en una situación específica, ya que se presenta como resultado de una valoración automática de la situación relacionándola con aquello que necesitamos/constituye nuestra meta/nos importa y con la habilidad existente para enfrentarla.

La valoración puede ser rápida y automática o lenta y deliberada; la inmediatez de la respuesta puede variar de acuerdo con la intensidad de la experiencia que se está produciendo y con las experiencias asociadas al pasado (Greenberg & Paivio, 1997). A. me hablaba de cómo se sentía triste y cómo rasguñaría su piel hasta que se extrajera sangre, encontrando esto 'auto calmante'. Me describía sus relaciones de amistad y de amor y me expresaba sus sentimientos de frustración por no poder resolver el desacuerdo a través del diálogo verbal con su abuela incapaz de entender sus estados emocionales.

De acuerdo con Motz, 2008, citado por Manford, un gesto reemplaza el lenguaje verbal, comunicar sentimientos que no se pueden pensar (p.96).

Reconocí que algo importante estaba empezando a pasar en la terapia cuando empezó a enojarse porque las sesiones se estaban acabando y yo me estaba yendo del centro.

Desde mi diario de prácticas del 01/06/2017:

Chekin: Hace unas sesiones que le voy avisando del cierre del proceso de DMT. Hoy le recuerdo que faltan 2 sesiones. “Te vas de aquí? ¿Y no vuelves? No Estrella. ¡Ay que triste! Eso es muy triste. Si eso es muy triste. Le pregunto cómo se siente: *“cansada, un poco contenta y alegre, pero a la vez con gana de matarme. Estoy mareada, me mareo mucho. Tengo gana de llorar si sentido, quiero estar abrazada a D., pero en el fondo estoy bien”*

[...]veo en su dibujo pensamientos de muerte. Pienso en hacerle hacer algo que le gusta y me voy a su primera sesión cuando me dibujo’ a una bailarina y a que le gusta el ballet. Monto una barra de ballet con las sillas encima de las mesas. Empiezo un calentamiento de ballet. A partir de eso en el desarrollo la llevo a movimientos libre por la sala con esa calidad típica de la danza clásica. Nos desplazamos a ritmo de waltz. Hoy lleva un peluche a la sesión. En la relajación se abraza al peluche y cierra y abre los ojos. A. en su dibujo pone ideas de muerte. Salgo de la sesión y lo comparto con la tutora que me felicita porque al final la dejo tranquila yo siento mi corazón roto.

Chek-out. Estrella comenta la sesión: “Hemos hecho un baile libre. Me he sentido genial. Me ha recordado a mis clases de Ballet cuando yo era pequeña. También hemos bailado waltz y muchos movimientos al son de la música”

Estaba esperanzosa que Estrella pudiese abordar el fin de nuestra relación de manera saludable.

Desde mi diario de practica la reflexion de Estrella de su última sesión sobre su proceso según las modalidades de intervención de DMT:

“Hemos hechos muchas cosas, como bailar mucho, jugar con churros, fingir ser pandas y koala, bailar en el suelo, jugar con plástico y lazos. En alguna sesión estaba sin gana de moverme, pero sí que siempre al final salía bien, Además me he reído mucho y he podido hablar y expresarme a base de movimientos. Todas las sesiones me han gustado porque cada una de ellas han sido diferentes. Voy a echar de menos a la Elena, la abrazaba casi siempre. Me gustaría volviera un día de visita”.

Trasferencia y contratrasferencia en sesión con Estrella

En sesión con Estrella al principio de la intervención sentía que para ella era una educadora demás y costó que se entendiera mi posición diferenciada respecto a los educadores de la institución. La sentía frágil y vulnerable y sin concentración. Sentía en su calma una agresividad no expresada y canalizada que se re-dirige hacia dentro, hacia ella misma aportándose lesiones en los brazos y en las muñecas. Sentía un vacío. Sentía como si se pusiera una especie de armadura que la protegiera de las sensaciones que le asustan, pero, que, al mismo tiempo, les aprisiona.

La transferencia es definida por el glosario psiquiátrico de la Asociación Psiquiátrica Americana, como "el traslado del dominio inconsciente de sentimientos y actitudes hacia los demás, que originalmente fueron asociados con figuras importantes: padres, hermanos, etc., en la vida temprana de la persona". La relación de transferencia sigue el patrón de su prototipo. Los psiquiatras usan este fenómeno como una herramienta terapéutica para ayudar al paciente a entender sus problemas emocionales y sus orígenes.

En la relación padre/paciente/medico, la transferencia puede ser negativa/hostil, o positiva/afectiva. (Leites, 2011)

En movimiento este aprisionamiento era rígido hasta el momento en que cerraba los ojos sonreía y se dejaba ir logrando salir de la jaula que ella mismo se había construido. Aunque duraba un instante. Sentía que no tenía expresión de sí misma.

A menudo me preguntaba hasta qué punto la paciente comprendía aquello que estaba recibiendo la sesión. Estrella era capaz de imitar cada gesto y además era bastante hábil, pero no tenía comprensión alguna sobre la esencia de un gesto anímico. No ponía objeciones a mis indicaciones, pero en cada momento del calentamiento o del proceso, tenía que hacer un comentario, quería saber siempre por qué y para que cada pauta, lo que le impedía entrar en la experiencia de DMT.

Estrella tenía aspecto de estar sobre fatigada y en todos sus gestos se mostraba tensa y bloqueada. Yo la trataba con mucha cautela, pues tenía la sensación como si me encontrase ante un globo hinchado que pudiera reventar de un momento a otro. Estrella tenía capacidades para el movimiento y le encantaba moverse. Poco tiempo después empezó a moverse de forma completamente distinta: sin ganas flojas, con expresión facial de aburrimiento, como de no saber qué hacer consigo mismo (vacío interno). A. me expresaba su gana de matar a todo el mundo y que tenía ideas suicidas. Esto era lo que más recibía con impacto. Me hacía sentir preocupada. Un día le pregunté con toda firmeza si quería matarme a mí también. Me dijo que no dejándome más relajada quizás.

Recuerdo en una reunión de equipo comentar que Estrella era un TLP “Potente” autolesionándose y con ideas suicidas. Yo no podía llegar a creerlo antes de acertarlo. En esto se manifestaba el cambio de humor tan típico en ella “dentro de si-fuera de sí”. Cuando me compartía su deseo de muerte yo me quedaba sin saber que decir. Me sentía incapaz profundamente de poder expresarme verbalmente. La contratrasferencia entonces es definida por el mismo glosario, como “la reacción emocional del psiquiatra, parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, hacia el paciente”. (Leites, A. 2011).

En muchas de las ocasiones en las que me quedaba sin palabras recorrí a lo que se conoce como el concepto de empatía quinestésica que me ofrecía la posibilidad de modular mi intervención verbal y no verbal de manera de encontrar al paciente ahí donde ella quería y podía ser encontrada.

La empatía quinestésica es una técnica que permite aprender a percibir y leer quinesteticamente el estado emocional del paciente. El/la terapeuta intenta adaptar la postura, la respiración, la tensión muscular, y las cualidades de movimiento del paciente. Se “pone en su piel” o “en sus zapatos” para percibir más informaciones sobre su percepción física y su vivencia emocional (...) A veces esa técnica se utiliza también durante las sesiones para expresar empatía y aceptación profunda. Sin cambiar los roles o perder su función de “contención” el terapeuta transmite el mensaje de que esta con el paciente y de que entiende cómo se siente. (Panhofer, 2005, p.116).

Una de las razones de la empatía quinestésica es validar y reconocer al usuario. Reconocer desde donde se encuentra y empatizar con su desarrollo. Fue imprescindible prestar atención a la transferencia y contratransferencia en términos de establecer realidades compartidas en la relación.

Perfil de movimiento

Cuerpo: Tiene la piel muy clara, ojos muy pequeños, nariz pequeñísima, orejas grandes y el pelo despeinado y corto. Lleva siempre unos pendientes y un colgante de forma de atrapasueños. Está a gusto dando vueltas. Por ser muy delgada su centro de peso casi no existe, por eso no tiene mucho "grounding". Representa una forma de flecha.

Cuando la observo respirar en relajación su respiración es con impulsos que parten desde el pecho.

El cuerpo de Estrella se parece a lo de una niña de la mitad de sus años. No tiene mucha conciencia corporal. Su cara transmite caos y algo frío. Me recuerda a un dibujo de mi infancia *La Sra. Minù*, una mujer que se convertía tan pequeña gracias a los extraños

poderes de la magia de una cuchara pequeña y de su colgante que llevaba alrededor del cuello.

Espacio: quinesfera personal pequeña. El plano espacial se puede resumir que está siempre en el horizontal. Su movimiento en el espacio es directo.

Dinámicas: sus movimientos son de un flujo conducido; su peso es firme y el tiempo súbito.

Relaciones: El contacto físico durante la sesión le cuesta. Fuera de la sesión me abraza. Tenemos interacción visual durante todo el desarrollo en movimiento, aunque siento que en algunos momentos y sobre todo en el chek- in y chek -out le incomoda mi mirada, tal vez sea por su obsesión de no querer que la miren.

Acciones: Se caracteriza por acciones básicas de dar vueltas, abrir y cerrar las piernas buscando un ritmo con los pies. Hacer movimientos ondulantes, waltz,

Kestenberg Ritmos:

Ritmos de Flujo de Tensión en los ritmos de aceptación:

Ritmo de aceptación: Acunar/Mecer, se interpreta su carácter tranquilo y sin presión por completar la tarea (en sesión por ejemplo cuando le pido dibujar), y su capacidad de crear relaciones con todos.

Característica: Baja intensidad, quizá tenga miedo a sus propios sentimientos.

Pre effort Suave como precursor del esfuerzo liviano.

Esfuerzos: Predomina el Indirecto: multifoco; no mantiene su mirada en un punto.

Flujo de Forma Bipolar: ausente.

Flujo de Forma Unipolar en plano vertical: Acortarse hacia arriba. Se interpreta en su expresión de asco hacia la comida.

Formas en direcciones: crecer en Lateral por su movimiento predominante en el lado horizontal.

En los procesos de aprendizaje la interpretación se puede asociar a los gestos laterales con las comparaciones.

Ritmos de Flujo de Tensión en los ritmos de lucha:

Ritmos de lucha: empezar/parar, se interpreta su tiempo corto de concentración, impaciente (¿“Ahora que hacemos?”), estar mirando la hora todo el tiempo).

Característica: Abrupto, se interpreta su impaciencia y sus emociones tienen la calidad de cambiar rápidamente.

Pre-efforts repentino con flujo contenido movimientos nerviosos y bruscos.

Esfuerzos: Súbito (similar al momento cuando aceleramos el ritmo al comenzar una carrera). Tiene prisa. Se interpreta en que su autoestima aumenta al “hacer” (“ejercicio físico para quemar calorías”) o bien disminuye si no “hace nada”.

Flujo de Forma Bipolar: Predomina el Acortarse Bipolar por su expresión frecuente durante la acción en movimiento de “*no se*” levantando los hombros. Se interpreta como gesto de protección o como signo de sentimientos depresivos; en combinación a flujo contenido se interpreta el sentirse tenso y atrapado (estreñimiento, dolor de estómago); Junto a baja intensidad se interpreta sentirse insignificante o avergonzado (avergonzada de su cuerpo).

Flujo de Forma Unipolar en plano vertical: Predomina el estrecharse hacia el centro. Se interpreta por su frecuencia a estrecharse hacia el centro contrayendo los hombros el torso y la pelvis y por su actitud a apartarse de estímulos desagradable (quizás no querer hablar de su situación familiar).

Objetivos de la intervención

Su inestabilidad en el estado de ánimo, en la identidad, en la autoimagen y la conducta interpersonal la llevan a impulsos autolesivos. Su inestabilidad afectiva era debida a una reactividad notable del estado de ánimo.

Por su historia familiar, Estrella estaba confiada a su abuela, su madre murió cuando ella tenía 2 años y de su padre sé que vivía en otro país. Estrella no pudo desarrollar un apego seguro y no ha encontrado un vínculo de dependencia del que hubiera disfrutado.

A nivel de movimiento

- Favorecer el “grounding”: A través del elemento peso, a partir del análisis de movimiento propuesto por R. Laban (1987).

-Movimientos para soltar la tensión: el balanceo libre de las diferentes partes del cuerpo en todas direcciones, para proporcionarle una sensación de libertad al mismo tiempo que una sensación de seguridad dentro de su ritmo.

- Uso del espacio: A partir de una ampliación de la kinesfera, favoreciendo el olvidado espacio posterior.

-Juegos en movimientos (“hacer como si”).

A nivel interpersonal

- Favorecer una relación y un setting terapéutico con un entorno consistente, seguro, y de apoyo.

- Flexibilidad por mi parte, libertad para hablar, empatía, permitirle un rol activo empoderándola sin mostrar prejuicios.

- Favorecer la comunicación verbal y no verbal.

A nivel psicológico

-Favorecerle una estructura constante con la construcción de un setting con Chekin-calentamiento-desarrollo-cierre.

- Mejorar sus pensamientos, actitudes, sentimientos-individuación y diferenciación

-Favorecer el reconocimiento interpersonal con la técnica del mirroring y empatía kinestésica para construir la conexión y también la confianza y empatía por el otro.

- Favorecer el mundo intrapsíquico (insight): A través de las verbalizaciones que puedan transcurrir durante las sesiones. Stanton Jones (1992) decía que es más eficaz con este tipo de pacientes por su facilidad a la desconexión, facilitar la verbalización en el preciso momento que se está realizando el movimiento.

-Aumentar la capacidad de reconocer y articular verbalmente las emociones y sensaciones físicas.

A nivel creativo

-Dibujo libre

-Exploración del propio mundo creativo a partir de la improvisación

En un principio elaboré estos objetivos como generales y viendo cómo sucedieron las sesiones, creo que había en un error. Estos objetivos eran los concretos ya que son los que he ido aplicando a lo largo de las trece sesiones.

Así, ahora plantearía los siguientes objetivos generales:

- Favorecer la comunicación no verbal y verbal.
- Desarrollar la creatividad
- Mantenimiento o progreso de las funciones interpersonales.

El Proceso terapéutico con las herramientas de la DMT

La rigidez que A. manifestaba en sus pensamientos y conductas también era posible observarla en sus movimientos, posturas, estereotipias y, modos de relacionarse. Este conjunto de síntomas serán un intento de controlar la impulsividad, la rabia, vividas como mecanismos defensivos.

Los sentimientos de minusvalía, la dependencia de los juicios externos, la frágil identidad de Estrella estaba expresada de particular manera en su cuerpo, con rasgos diferenciados. La disociación entre lo racional, un pensamiento muchas veces obsesivo, un discurso desconectado de toda emoción, y lo que sucede en el cuerpo era un abismo. Las dificultades de pedir, de establecer límites, de reconocer las propias necesidades y deseos caracterizaban a mi paciente. En mi paciente las autolesiones también eran frecuentes. Las defensas usuales de A. dentro del centro eran retraerse en un mundo fantasioso, ideal, se aislaba y regresionaba a comportamientos infantiles son defensas usuales.

Con Esrtrella reaccionaba al “aquí’ y ahora” de la situación en la cual se encontraba y lo hacía compatible con mis propios sentimientos. Empezaba por el nivel más básico en el

que Estrella pudiera funcionar, y luego añadí tareas de mayor complejidad, apropiadas naturalmente a su circunstancia.

Mi paciente creció en un entorno familiar difícil y conflictivo con familiares enfermos en salud mental. Me he encontrado con una adolescente que necesitaba escucha, sobre todo, un espacio de escucha donde sentirse contenida. Escuchada. Ese mundo familiar lleno de conflictos no tenía espacio para ella, para esa escucha y para ser atendida. La madre, su abuela en realidad, no la entendía y sus necesidades emocionales y afectivas las compensaba a través de cosas materiales, pensando en que esa era un modo de solventar sus carencias. Era un comportamiento extremo que podía finalizar con un suicidio si lo dejasen. El padre era enfermo mental y no tenía ningún interés para ella. La abuela pensaba regresar a Rumania y llevársela con engaño y ahí se quedaría porque en Barcelona no tenía a nadie que le echara una mano. El riesgo de suicidio se alimentaba. La madre del *noviete* no quería esa relación y trataba bien a mi paciente solo para ganarse a su hijo.

Estrella ha vivido muchas pérdidas y situaciones de exceso de vinculación al otro. No tenía confianza en “los adultos”.

En relación con la situación frente a las apariciones y desapariciones del padre y la pérdida de su madre fallecida cuando tenía 2 años, tras ser adoptada por su abuela, según

Goodwoman (1993):

“las artes y la expresión creativa ayudan a desarrollar habilidades interpersonales y de comunicación, a aumentar las vías para [aumentar] la autoestima y brindar oportunidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones. Lo más importante es que el programa ofrece oportunidades para empoderar al paciente mejorando y desarrollando fortalezas [es decir pensamiento creativo, perspicacia, auto motivación, toma de decisiones, habilidades de interacción] que son esenciales para la recuperación y el reingreso a la comunidad”⁹ (p .43).

⁹ “The arts and creative expression help to build interpersonal and communication skills, increase avenues for [raising] self-esteem and providing opportunities for problem solving and decision making. . . . Most

De acuerdo con Pieraccini (2012) la DMT, “debido a su característica particular de acceder al universo del cuerpo preverbal mejor que otras terapias, hace posible sacar a la luz experiencias primitivas, en forma de memoria afectiva somática, y también ofrece la capacidad de "ver" emociones demasiado intensas y confusas o contradictorias, que tendrían que cancelar¹⁰” (p.203). Prestando atención al no verbal que se expresa a través ritmos, formas, variaciones del tono muscular, nos ayuda a reconocer las vicisitudes de los afectos y de las defensas primitivas presente en la musculatura del cuerpo y en sus calidades de movimiento. Este tipo de comunicación ofrece la posibilidad de recrear aquella antigua relación entre cuerpo y psique que fue comprometido y de desarrollar la función reflexiva, a través aquellas herramientas propias de la dmt cuales el mirroring y la empatía kinestésica. El terapeuta como la madre (Winnicott) funciona como un espejo, que facilita al paciente el reflejo de sus gestos y de su experiencia con el reconocimiento del otro. Sin embargo como en el modelo de Stern, en cual la capacidad de la madre de dar sentido a la experiencia subjetiva preverbal del niño depende de su capacidad de

importantly, the arts program offers opportunities for empowering the patient by enhancing and building strengths [i.e. creative thought, insight, self-motivation, decision making, interactional skills] which are essential to recovery and re-entry into the community”.

¹⁰ La DMT per la sua particolare caratteristica di accedere all'universo corporeo preverbale, meglio di altre terapie, consente di far emergere vissuti primitivi, sotto forma di memoria affettiva p somatica, nonche offrire una capacità di “vedere”, che emozioni troppo intense, confuse o contraddittorie, tendrebbero altrimenti a annullare, (ibidem,p.203)

interpretar sus estados emocionales internos a partir de la intensidad, del ritmo y de la forma.

Comprometerse en un diálogo simbólico con el paciente, facilitara a este último de convertir su experiencia somática en un lenguaje metafórico y de adquirir conciencia de sus pensamientos, acciones y emociones. El movimiento se ha utilizado como herramienta para explorar la personalidad a partir del estilo expresivo del paciente, para estructurar la interacción y la comunicación, para expresar significados simbólicos, emocionales y cognitivos, para aportar experiencias transformativas. A través el sistema de observación de movimiento de Laban (1987, 1991) es posible para el terapeuta acceder a las coreografías específicas del paciente, observar las partes del cuerpo inutilizadas para después poder ofrecer al paciente una reorganización de su psique y de su experiencia corporal, llegando a modificar su esquema habitual de comportamiento ligado a la personalidad y a su forma de YO.

Los gestos de A. expresaban vacío total y agotamiento. Sus brazos y manos carecían de fuerza expresiva y pendían sin vida a lo largo de un cuerpo que parecía paralizado. Cada vez se presentaba a la sesión en un estado diferente y con distintas molestias. A veces muy tensa a punto de explotar. Yo a menudo me sentía muy deprimida y sentía el peso de todo el dolor del mundo en mi pecho. Si a pesar de todo A. lograba meterse en la sesión, esto demuestra la necesidad tan grande del paciente de experimentar “un lenguaje visible”, porque en todos ellos se dan alteraciones del lenguaje y la respiración, si

consideramos los términos “lenguaje” y “respiración” en su más amplio sentido. A lo largo de las sesiones comenzaba a darse cuenta de que a partir de mis propuestas ella podía redirigirlas y recrearlas de acuerdo con sus ganas y necesidades.

Siempre la acompañaban interiormente las personas con la que mantenía algún conflicto (las chicas del centro, su abuela, novio.) No lograba librarse, en su pensamiento de estas personas. Para frenar sus pensamientos recurrentes proponía movimientos en que se necesitaba un flujo conducido para que se concentrara en la ejecución, palmadas con las manos, golpes de pies contra al suelo.

¿Qué era lo que se estaba expresando con la falta de atención durante la fase del proceso?

En la mayoría de los pacientes la falta de atención va unida a la incapacidad de practicar autónomamente. Por una parte, los pensamientos quedan atrapados en la resonancia de los acontecimientos pasados y en la tensión antes los venideros, o sea, no logra estar en el presente. Por otra parte, a los gestos les falta evidentemente aquella agudeza, dignidad y solemnidad con la que se expresa un pensar que se ha desarrollado sanamente.

No poca personalidad Bordeline se quejan de “sentimientos crónicos de vacío”. Corporalmente esto se expresa en forma de opresión respiratoria o dolor crónico en la región del corazón y pulmón, frecuentemente acompañado de frío, así como la impresión de tener un agujero interno. A la persona le embraga un sentimiento de muerte, o bien siente un espacio lleno de fuerzas en conflictos en las que tiene lugar que una lucha entre la vida y la muerte (Dekker, 2011, p.100-101)

Las sesiones con Estrella me dejaban agotada en todo sentido. Escuchando mi contratrasferencia somática con el soporte de la empatía quinestésica quería hacerla sentir en un espacio seguro y de confianza donde poder expresarse. Estaba por ella. Sentía la

necesidad de ofrecer a Estrella una contención en términos de presencia. El concepto de presencia terapéutica (García, 2005) fue una condición necesaria e imprescindible en mi actitud terapéutica y considero que fue un ejercicio permanente en este proceso. Al comienzo era un *conocernos en movimiento*. Como terapeuta estaba consciente de la importancia de *crear un espacio seguro y de contención* donde A. pudiera “abrirse a la terapia”, y explorarse a sí misma. Autores como Bowlby (1973, 1979, 1988) recalca la importancia del *apoyo, sostén y contención del paciente*, sobre todo en los casos donde ha habido una *carencia* de esta contención por parte de la madre fallecida cuando ella tenía tan solo 2 años, con una consecuente *interferencia en el desarrollo de un self cohesivo* y en sesión con A. la imagen que siempre me veía a la cabeza era la de una casa sin fundamentas: esa falta era la característica de su cuerpo: una construcción frágil al punto de caerse. Uno de los fenómenos visible en la euritmia terapéutica que hacen referencia a un trastorno en el proceso de andar hablar y pensar es el repentino estar a punto de caerse del paciente Bordeline.

“Mientras que con los pacientes con trastorno neurológico me surge espontáneamente tenderles la mano para impedir que se caigan, con los pacientes Bordeline no tengo ese impulso” (Langerston, 2011, p.53)

A todos los pacientes con TLP le falta la conciencia del espacio situado detrás de ellos. Hay un miedo a lo desconocido, a lo invisible. El paso hacia atrás es titubeante, incierto, casi tambaleante. Cuando están de pie parece como si estuviesen apoyando la espalda contra la pared y este “muro” es duro, impenetrable y oscuro.

Lagerston (2005) comenta que:

“Los pacientes borderline se estabilizan más fácilmente que el resto de las personas habrá que buscar la causa en la infancia temprana cuando los primeros intentos de ponerse de pie y buscar el equilibrio no se pudieron dar en condiciones tranquilas. No ser capaz de ligarse a la tierra: estar sentado con las piernas cruzadas en posición de loto con las suelas de los pies en el aire; sentada en la escalera sobre un escalón abrazada a sus rodillas con la cabeza inclinada, como en posición fetal, esta lectura expresa lo que les cuesta a estos pacientes vincularse a la tierra” (p.61.)

Las alteraciones de equilibrio descritas hasta el momento de ponerse de pie, mantenerse erguido, andar, ligarse a la tierra, y relacionarse con el espacio, pueden ser definido sintéticamente como una dificultad en la capacidad de adaptarse a la gravedad.

En estos sentidos consideré primordiales los ejercicios de grounding físico y relacional, para que Estrella tomara conciencia de su peso y de su fiscalidad (self), además de proveerle con una sensación de apoyo y de contención.

En la prima sesión con Estrella me comenta que tiene una lesión en el tobillo y le duele cuando corre y cuando baja las escaleras, cuando salta no. Me dice que le gusta escuchar música clásica y leer. Le gusta el ballet y le gusta escribir con lápiz.

Desde mi diario de prácticas:

“Espejando-Movimientos libre por la sala. Observo en su movimiento común: retorcer y dar vueltas. Pasamos de un flujo conducido a un flujo libre. De una quinesfera pequeño a una quinesfera grande. Yo me muevo con ella, a veces paro, pero me siento un poco incomoda mirándola prefiero moverme con ella. Al final de la sesión me confirma lo que yo sentía: “ESTOY COMODA AQUI, NO ME GUSTA SER OBSERVADA”.

De modo parecido a la interacción de la madre y su niño, la DMT usa una técnica que se llama Mirroring (hacer de espejo). La terapeuta reacciona y responde con su propio cuerpo y su voz a las expresiones emocionales del paciente. Hacer eco o hacer espejo sirven para establecer la relación pre y no verbal entre terapeuta y paciente. Entre otros, puede servir para acceder a esas fases temprana en el desarrollo humano y para

establecer la base segura que se ha perdido. El mirroring, además, ayuda a que el paciente pueda desarrollar un sentido del su “self corporal”. (Panhofer, 2005, p.115)

Wyman, citada por Belfiore, (1998) , escribe:

“la conciencia del self corporal parece ser el presupuesto necesario para una buena percepción de las dimensiones afectivas experienciales cuales la ansiedad, el miedo, la rabia, el placer, la alegría, la depresión, el celo etc. En el proceso terapéutico, el volver a vivir emociones y la resolución de los conflictos están ligados a la experiencia del self corporal. Entonces, la conciencia del self corporal permite y aumenta el propio sentido de identidad. (p. 78-79).

Ahora bien, con las herramientas de la DMT cuales la empatía kinestésica y el Mirroring y en un setting que permitió la exploración del juego simbólico en un espacio seguro, me identifico como una dmt *reflexiva*, incrementando la probabilidad de haberle hecho vivir a Estrella una nueva experiencia de “ser observada” de una manera diferente, pensado no solo en términos de estados mentales sino corporales, ayudándola a la integración física y psíquica. Experiencias en movimientos cuales el mirroring, el guiar y seguir, facilitaran el self corporal de una estructura que le favorecerá de experimentar la reflexión, la empatía y el compromiso en la relación con los demás (Belfiore,1998)

Fue importante poder favorecer a Estrella. la capacidad de integrar el lenguaje de los estados mentales con los corporales tanto para la organización del self, así como la comprensión social. Así yo seguía sus deseos y para que no sintiera mi mirada en las siguientes sesiones le propongo de movernos juntas: en las mayorías de las sesiones Yo

y Estrella nos movíamos contemporáneamente en la sala, cada una por su cuenta, mientras las miradas se cruzaban.

Yo y Estrella solíamos hacer movimientos con cambios de flujo y direcciones. Nos movíamos por el espacio libremente, aunque ella me copiaba a mi bastante. Yo desde su movimiento improvisaba otros. Sentía su tensión. Colace (2013) ilustra momentos en los cuales se movía contemporáneamente a su paciente cada una por su cuenta con la música que traía la paciente mientras de vez en cuando las miradas se cruzaban.

Yo sentía en este sentimiento ambivalente, la libertad por lo que compartimos y también la rabia o la tristeza que le produce el final, algo que ella parecería decirme que podía “aguantar”.

A. venía a veces Cansada, Mareada nel pecho. A menudo tenía la regla dos veces o no le venía durante un tiempo. A veces me abrazaba y no sabía cómo reaccionar. Un día durante la construcción del puzzle se da cuenta de alguna pieza que no encajaban. Empecé la sesión a partir de ese mismo tema. Lo que encajaba con ella y lo que no.

“Lo que no encaja conmigo: ser agresiva y nerviosa, ser mala persona, ser desordenada, no mantener la calma. Lo que encaja conmigo: moverme mucho y hacer ejercicio, reírme demasiado o estar seria, ayudar, pensar en negativo”.

Minne (2003) citado por Manford (2014), indica que los clientes con BPD¹¹ comúnmente usan defensas primitivas como mecanismos de proyección, Por consiguiente, los

¹¹ Borderline personality disorder, traducción al inglés de Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

terapeutas deben estar preparados para enfrentarse y contener partes separadas que el cliente no puede reconocer como suyas (p.95).

A.me hablaba mordiéndose el labio y me hacía sentir su vergüenza. Un día apagué la luz y me sentí muy feliz porque me pareció que por unos momentos con los ojos cerrados finalmente se dejó ir al movimiento.

Cada una asocia un movimiento a su nombre y hacemos una “coreo” usando ritmos lentos y rápidos y usamos desplazamientos para movernos en el espacio. Dejo que se mueva sola y que vaya eligiendo los movimientos que más le gustan. Hace volteretas con los hombros recogidos y el mentón hacía el hombro derecho y de puntilla. Al cierre de la sesión yo me sentía bien, siento que ella estaba cómoda:

“Que guay. Me siento feliz y libre”

Construir la sala era parte de la sesión. Juntas íbamos a buscar el material: las colchonetas se encontraban en una sala que estaban en el mismo pasillo. Para barrer íbamos a buscar la escoba al “office” donde el personal de la institución hacía pausa. Había nevera microondas, tazas, vasos.

Para las hojas y colores había que subir a la sala de expresión artística. Juntas desplazábamos mesas y sillas y cubríamos el suelo con las colchonetas que tenían forma de puzle.

Construíamos el puzle juntas y en ese momento de con división hablábamos muy poco.

De lo conversado al inicio, buscaba un tema propicio para empezar el Check- in.

A. en el check- in no tenía gran capacidad en relatar con precisión su estado interno.

Cuando caíamos en el tema familiar sentía que A. no quería relatarme más de su familia y de sus circunstancias actuales. Sentía que debía ser muy flexible en mi abordaje y no insistía. Había muchos silencios, miradas al suelo, sonrisas. Durante las sesiones a menudo sentía que A. no estaba conectada con el aquí y ahora. Se distraía muy fácilmente. Me hablaba. Comentaba. Me preguntaba “y ¿qué hacemos?”.

Entonces era cuando le proponía hacer espejo sin hablar. Yo copio sus movimientos ella los míos. Los juntamos. Montamos una pequeña secuencia de movimiento. La repetimos juntas. La repetimos desplazándonos por la sala según la secuencia de los movimientos. Añadía sugerencias como mezclar los movimientos según su preferencia y que al final se quedara con el que más le gustara. La invito a buscar un lugar cómodo, a darse vueltas, a alargarse y a doblarse. Le propongo hacer pequeños movimientos usando todas las partes del cuerpo. Nos sentamos y observamos cómo podemos mantener la cabeza recta. Caminamos a 4 apoyos y como los bebés empezamos a gatear. En suelo una vez utilice material. Unas cuerdas coger. Le comenté que podíamos decidir apartarlas o cogerlas. De esa sesión tengo buenos recuerdos. Empezamos cada una a hacer acciones de apartar y lanzar atrás las cuerdas para pasar. Empezó un juego de lanzarnos la cuerda. La cuerda se hacía siempre más con nudos y se convertía en una bola que cuando salía al aire se abría

y parecía una medusa. Yo empecé a darle formas en el suelo a las cuerdas y a caminar sobre ellas muy despacio y con atención rellenando con los pies todo el recorrido. Ella me seguía la pauta comentando que se necesitaba mucha paciencia para hacerlo con equilibrio y sin salirse. De repente nos encontramos las dos jugando con la misma cuerda, pero separadas, lejanas. En seguida será la misma cuerda que nos hace acercar. Entramos en un juego de fuerza balanceando hacia delante y hacia atrás sentadas en el suelo tirando de la cuerda. ¡Ella tenía mucha fuerza en los brazos! Juntas desarmamos los nudos. Ese momento lo encontré muy bonito. Me imagino que cada nudo representaba un problema de su alma, dividiéndola en varias partes. El alma seguía siendo una, pero se dividía por estos nudos, que representaban las diversas dificultades a la que se enfrentaba y no había resuelto. Hay nudos que son muy difíciles de disolver y parece que no hay soluciones: se lanzan en la desesperación y la impotencia, con la sensación de no avanzar más.

Esos nudos no son imposibles para deshacer. Para esto se requiere paciencia.

A. Quería seguir bailando. Apagué la luz y dejé que bailara. La dos bailábamos lejanas y yo buscaba su mirada. Poco a poco bajé el volumen de la música y le avisé de que iba a encender la luz. En el cierre le pongo el dibujo delante y de inmediato sin que yo dijera algo, ella coge el lápiz amarillo y pinta un sol detrás de las nubes. Hablamos sobre la experiencia. Le pregunto si había algo que la incomodara o no le gustara y me dice que no. Entre coger las cuerdas y apartarlas le gusto más apartarlas. Lo que ha preferido fue imaginarse de ser él bebe y el momento en que bailamos con la luz apagada.

Se equivocó poniendo la fecha al dibujo. Puso su fecha de nacimiento. Me conmueve escucharle hablar del amor y la felicidad y por primera vez esa sesión me resultó muy significativa. Nos reímos. Empezamos a recoger y en aquel momento fuimos interrumpida por la educadora que tenía que entrar para preparar las mesas para la comida.

Permití el espacio lúdico, el juego, que ambos pertenecen al área transicional, adonde lo simbólico tiene lugar. Sin embargo un propósito de la DMT es la creación de un espacio de transición, de juego con el paciente, o sea de un ambiente que pueda favorecer la expresión de algo de la realidad interior que alimentara el proceso creativo de A. Es importante considerar al cuerpo como un espacio vital dentro del cual se genera la identidad de un individuo. Identidad que se define en la relación con el ambiente, desde su llegada al mundo y probablemente en la etapa pre-maternal.

El espacio de transición, como lo describe Donald Winnicott, citado por Fischman, (2008), es un área desarrollada entre uno mismo y el otro, mundos interno y externo, madre e hijo que permiten la creatividad primaria, es decir, la sensación de auto existencia. Es un espacio espacial potencial que no es importante hacer qué, es un lugar para la relajación, la libertad, donde surge la espontaneidad. A través de las interacciones de movimiento, la DMT crea espacio de transición entre la danza movimiento terapeuta y los pacientes a través del cual se desarrolla y comparte un mundo interior. Dar la bienvenida a las cualidades de movimiento del paciente se convierte en la clave para

llegar a la espontaneidad del movimiento. La DMT opera procesando, a nivel del cuerpo, experiencias del pasado que podrían haber sido un malentendido intersubjetivo profundo. De esta manera, se ocupa de los aspectos del yo que fueron descuidados y, por lo tanto, heridos. Para Winnicott entonces el espacio transicional o potencial (cuando se refiere explícitamente a la relación del bebé y la figura materna) es el espacio que permite la confianza en las propias capacidades y en que el otro te socorrerá cuando le necesites. Esta es la base para el comienzo de la experiencia, pertenecer a un espacio transicional (un aérea entremedio la realidad externa compartida y la interna) (pp.84-93)

En relación con el dibujo era muy importante para mí que Estrella representara algo en papel al final de la sesión. Me daba cuenta de que ese momento era importante para ella y así quedó establecido durante todo el proceso. Su gran producción y expresividad daría material como para todo otro estudio relacionado con una interpretación más profunda del mismo y con la asistencia de un arte terapeuta. No tendría espacio aquí para desarrollar esto, pero me parece ineludible incluir las imágenes, considerándolas como una parte importante del trabajo en DMT con Estrella. En mi experiencia con Estrella los dibujos sirvieron para, además de experimentar un momento de mayor quietud y atención también para representar las emociones luego del juego y el movimiento en cada sesión.

Me quedé muy preocupada cuando un día Estrella faltó a la sesión cuando me avisaron que se había escapado con su novio, y se desconocía dónde estaban.

Payne (2005) dice que la DMT “también puede ser un apoyo en la transición de la niñez a la madurez al explorar cuestiones psicosexuales relacionadas con la imagen corporal a través procesos de movimiento” (p.140). Estrella me relató su versión de su fuga con su novio. Me contó que había tenido relación sexual con él y que se durmieron en el parque y él le dio su abrigo para que no pasara frío.

La estructura anímica de los pacientes borderline se caracteriza por el hecho de que se está llenando continuamente de otras personas. Tiene constantemente la necesidad de llenar la propia personalidad con aquello que los otros explícita o implícitamente esperan del individuo. Pues sentirse amado es para la personalidad bordeline una necesaria confirmación de su propia existencia. No ser amado va a ser equiparado a ser malo. La propia existencia será percibida como un peligro. Carentes de una identidad propia positiva, las personas afectadas van a procurar defenderse del amenazador vacío interior, llenándolo de una “identidad prestada”. Aparece entonces una continua oscilación entre la tendencia a satisfacer de forma parcial y conflictiva los sentimientos con impulsos sexuales, ideales y objetivos (Dekker, 2011).

Para A. la sesión de DMT significaba: Diversión. tranquilidad libertad.

“Me gusta la sensación de moverme(libertad) porque es diferente a la vida cotidiana o estar sentado (aburrimiento)”. Los movimientos que más prefiero son moviendo piernas y brazos. Me gusta hacer la sesión con la luz apagada.”

Su novio la engaño con otra chica del centro y A. me muestra Mentira, enfado en los ojos que lloran en su dibujo. Un corazón roto, mentira y perdón. Enfado en sus manos. “tenía gana de pegarle, tengo mareo y estoy cansada en la cabeza”. Después de la relajación,

tranquila, cansada y triste. Las emociones que A. identificaba eran: Mareos y casando en la cabeza, enfado y mentira en los ojos, mentira y perdón en el corazón, enfado en las manos con gana de pegar, perdón en los labios. Al final de la relajación siempre se quedaba con las manos en el pecho. *“Le perdono porque si no él se pone triste, Me siento tranquila cansada y triste”*. Recuerdo que cuando salimos de la sesión y fuera al pasillo me abraza. Recuerdo además irme a casa con un dolor de cabeza potente. A mediados del proceso hubo una sesión rica de imágenes. Ritmos. Sacar enfado, juego simbólico. Pelos sueltos. Aquel día A. me ve y me dice “que elegante estas”. Me cuenta que esta mejor pero *bueno*, tambien mal. Con D. lo solucionó fueron al rio, dormirán juntos. *“Me hace sentir bien. Me siento bien con él”*. Identificamos emociones en el cuerpo: “Me duele la cabeza por el estrés, y muchos pensamientos y los ojos de llorar por no saber qué hacer”. Poniéndola en contacto con su cuerpo con mansaje en las partes que nos afectan más en ese momento: cabeza y ojos y barriga para ella, frente, ojos y espalda para mí. Nos imaginamos de ir al rio y caminamos por la sala muy despacio. Le puse música tribal. Éramos partes de una tribu. Montamos el rio con las cuerdas, los lazos que no conseguimos deshacer se convierten en patos. Empezamos a mirar el rio y a movernos libre. Yo le copiaba a ella. Estábamos una al lado de la otra. Empezamos a tirarnos agua encontrando un ritmo. A veces tenía contacto con su mano. La sentía *aquí y ahora*. Con el pelo suelto nos tiramos al rio. Me comentara después que en ese momento pudo olvidarse de todo. Encontramos un diamante lo escondemos debajo del agua.

Desde mi diario con respecto a esa sesión:

“Siento su deseo de ser amada y siento mucha falta de amor”

Como ya mencioné ‘era muy importante para mí que A. representará algo en papel al final de la sesión. Me daba cuenta de que ese momento era importante para ella y así quedó establecido durante todo el proceso. Su gran producción y expresividad daría material como para todo otro estudio relacionado con una interpretación más profunda del mismo y con la asistencia de un arte terapeuta. Quedé siempre sorprendida de la dramaticidad de las imágenes que dibujaba. No tendría espacio aquí para desarrollar esto, pero me parece ineludible incluir las imágenes, considerándolas como una parte importante del trabajo en DMT con Estrella. En mi experiencia con Estrella Los dibujos sirvieron para, además de experimentar un momento de mayor quietud y atención también para representar las emociones luego del juego y el movimiento en cada sesión.

Me ha resultado difícil poder escoger los momentos más relevantes del proceso porque creo que han quedado aspectos importantes sin mencionar que también pudieron contribuir a establecer más confianza en el vínculo. Me quedo con la pregunta acerca de la duración de la terapia en un caso así. Creo que de parte del paciente hay una necesidad real de más tiempo, constatando que ha aprovechado intensamente los encuentros y que éstos le han traído momentos positivos. Fueron posibles buenos momentos de comunicación en movimiento en el cual A. Se pudo sentir aceptada y escuchada en su manera de expresarse con su cuerpo.

3 aspectos de la intervención tuvieron importancia:

- *El setting*, como contenedor que favorecía una estructura y unos límites
- *La relación que se estableció a través de la técnica de “mirroring”*. Cabe recalcar que esa técnica no es imitación formal, ma una devolución empática del “contenido” expresado en movimiento. Lo que suponía a A. sentirse aceptada y de haberle devuelto el derecho a existir a su manera por lo menos durante la sesión de DMT. A. conservó rigidez en el tronco y lentitud en el movimiento espontaneo, pero demostraba una buena posibilidad de movimiento y una sorprendente flexibilidad. Su rigidez tenía entonces un significado expresivo. Otra característica es la falta de iniciativa al movimiento, mientras estaba atenta y precisa en la ejecución de mi movimiento. Es como si necesitara del “otro” para existir en el movimiento o tal vez simplemente existir.
- *El proceso creativo: considerado* elemento de sanación y transformación. El trabajo de DMT, que por una parte cuestiona directamente la imagen corporal y la expresión inmediata de la vida emocional, y por otra parte recurre a las herramientas del proceso creativo, interviene sobre el origen misma de las organizaciones de personalidad y contemporáneamente activa la dinámica de la transformación.

Conclusiones

Aun cuando la DMT tuvo resultados positivos en el abordaje terapéutico con Estrella es importante tomar en cuenta las limitaciones de la intervención realizada y algunas recomendaciones que se desprenden de él para trabajos similares posteriores. Una limitación importante para el proceso terapéutico en análisis fue la existencia de un clímax en las posibilidades de apertura comunicacional de la paciente, después del cuál apareció resistencias. Debido a que dichas resistencias surgieron en la última etapa del tratamiento, resultaba muy arriesgado intentar vencerlas. Traspasar el límite de apertura se presenta como un reto para posteriores dmt sobre este tipo de terapia, especialmente por la posibilidad del retroceso y un nuevo repliegue en la situación segura (autolesión).

El efecto de las variables extrañas no debe obviarse en ningún momento. Entre ellas deben contarse la diversidad de tratamientos a los que están sometidos los pacientes con lo cual intervenimos, los acontecimientos de su vida cotidiana durante el proceso, el curso natural de su trastorno y la posible influencia de factores inherentes a la terapia, como la activación motora y el efecto del trabajo en grupo en la institución. Estas variables resultaron imposibles de controlar y resultaría de mucha utilidad que posteriores estudios de casos permitieran conocer el efecto de la DMT controlando al máximo estas variables.

Con Estrella fue necesaria una empatía con una estructura muy clara que no pudo ser violada para no correr el riesgo de perder la presencia terapéutica. El paciente en cada momento necesitaba sentir que estaba siendo comprendido y escuchado.

Fue necesario flexibilizar al máximo las sesiones adaptándome al estado de ánimo y posibilidades del paciente en el momento.

Ahora bien, mientras el sentimiento de vacío y los pensamientos de suicidio se apoderan del psiquismo del individuo lo mantiene sumergido en los conflictos básicos del trastorno. Conforme va desapareciendo el sentido de vacío, las barreras se desmoronan y es más fácil acceder al centro del conflicto utilizando el cuerpo como medio principal. Es en este momento que la DMT puede ser más útil al paciente.

Cada paciente debe recibir atención individualizada de acuerdo con sus necesidades y a la hora de analizar los logros y limitaciones de la intervención cada caso debe ser explorado en forma individual.

Una recomendación importante está relacionada con el espacio físico de trabajo, otra limitación en mi caso. Este debe ser un espacio alternativo y neutral donde los pacientes puedan trabajar sin sentirse estereotipados como enfermos mentales, pues en ocasiones estos sentimientos negativos pueden traspasarse al proceso terapéutico.

Por otra parte, los procesos de cierre deben ser cuidadosamente planificados y llevados a cabo. El espacio que abre la DMT es un espacio de apertura emocional. Un cierre abrupto

o mal manejado podría significar el repliegue del sujeto y la pérdida de los avances logrados, situación que conllevaría el fracaso de la terapia. Desde un inicio debe establecerse claramente el propósito del proceso, ya sea de tipo investigativo o terapéutico, los límites y las características de éste. En ningún momento debe permitirse la mala interpretación de la relación o el espacio terapéutico. Límites claros resultarán en concepciones claras sobre lo que realmente es el proceso y a lo que se aspira con él.

El ser vulnerable en paciente con TLP borderline, implica ser consciente por parte del terapeuta en un grado elevado de las necesidades en el ámbito de las relaciones y estar abierto, sin defensas, a la respuesta del paciente ante esas necesidades. Indagar sobre la vulnerabilidad (tanto fuera como dentro de la relación terapéutica) revela las necesidades relacionales y los efectos dentro del paciente, tanto de la satisfacción como de la insatisfacción de dichas necesidades. El foco del vínculo terapéutico puede entonces estructurar el ciclo de los niveles de experiencia fenomenológicos, transferenciales o defensivos. El proceso no es lineal, sino que se mueve en sintonía con la progresiva conciencia de la paciente interna y de sí mismo dentro de una relación.

Sobre la base de la experiencia realizada y de las teorías de los autores visionada, lo deseable para tratar a los pacientes con TLP, sería un espacio de DMT de un año. Ello es necesario para ese trastorno que tiene su origen en trastorno de desarrollo infantil, porque el problema se sitúa a niveles muy profundos, difíciles de abordar terapéuticamente.

De ninguna manera es posible finalizar sin mencionar la enorme puerta que se abre al trabajar con los pacientes Borderline a través del cuerpo. Hay que reconocer que no todo puede ser traducido en palabras y no todas las experiencias pueden ser traducidas en experiencias verbales directas y hay que alejarse del sentido común que la idea que por danza movimiento terapia se entienda exclusivamente el hacer danzando, mientras que se aprovecha todo lo que es lectura, recepción de la comunicación a través del movimiento, en todas las manifestaciones que nos da el paciente. Fue imprescindible prestar atención a la transferencia y contratransferencia en términos de establecer realidades compartidas en la relación.

Sin intenciones de establecer la intervención terapéutica mediante la DMT como la solución a los conflictos internos, sus resultados evidencian una luz que debe ser aún más explorada para conocer sus alcances reales.

La búsqueda de métodos alternativos de tratamiento para aquellos que no tienen una vida mental saludable debe ser el norte de posteriores estudios que partan de los resultados encontrados en ésta.

Es esencial que las dmts entiendan la necesidad única de cada cliente con respecto a obtener de otra persona estabilización, validación y reparación; alguien que aborde alguna de las funciones relacionales que el cliente intenta manejar a solas. Una intervención orientada a una relación terapéutica requiere que el terapeuta esté en sintonía con estas

necesidades relacionales y esté implicado, a través de una validación empática de los sentimientos y necesidades, proporcionando seguridad y apoyo.

En presencia de un dmt empático, implicado y consciente que puede responder a esas necesidades relacionales, el paciente tendrá un sentido más claro y fuerte de sí mismo y de él implicado en una relación. El bienestar psicológico se completa mediante un contacto interpersonal e intrapsíquico pleno.

El objetivo de la intervención terapéutica en caso de trastorno límite borderline a través la dmt es que el paciente y el terapeuta descubran y distingan juntos las funciones tanto de los procesos creativos cuanto de los procesos intrapsíquicos. La empatía y el vínculo terapéutico permiten al paciente efectuar de forma efectiva la transferencia de estas funciones intrapsíquicas a la relación con el dmt y de acuerdo con Winnicott con respecto al rol del proceso creativo en el desarrollo. Eso quiere decir que vivir con creatividad no significa tener que “producir” creativamente, sino que significa ser vivos y sentirse capaz de dejar siempre que algo nuevo entra, de encontrar nuevas modalidades de definirse...esto creo sea el alma del proceso creativo.

De todas formas, es el terapeuta quien debe individuar el área transicional en la cual es posible un encuentro, en el cual el mundo del paciente pueda ser comprendido y adonde el terapeuta puede llegar. [...]

Los resultados de varios estudios ilustran que el TLP responde bien a las psicoterapias dinámicas y que las artes terapias son una aproximación dinámica válida para los programas integrativos destinados a esa población.

Al analizar los casos ya existentes en el campo de la intervención clínica de DMT con pacientes TLP borderline cabe resaltar algunos elementos importantes. Uno de ellos es la escasez de investigaciones que evalúen este tipo de intervención. Se evidencia la enorme dificultad de demostrar mediante experimentos e investigaciones, cuantitativas o cualitativas, la existencia de los elementos básicos de las teorías que sustentan esta práctica. Sin embargo, una terapia es un medio para el cambio y si el cambio no se produce (a corto, mediano o largo plazo) la terapia no cumplió su cometido.

Quien haya sufrido algún tipo de situación traumática sabe de la experiencia de disociación que implica abandonar el cuerpo para evitar sentir dolor, negar lo vivenciado. Se produce en tal caso una desconexión consigo mismo. En el intento de cortar el flujo de información que proviene de los canales perceptivos se pierde la conexión con el cuerpo. Para bloquear el dolor, se termina no sintiendo nada. El dolor, la ira, el miedo y tantos otros sentimientos comúnmente considerados de valencia negativa, así como otros considerados peligrosos, como el mismo placer, son segregados por culturas familiares y comunales. Es así como se va limitando la expresión emocional a un mínimo espectro aceptado. Con la DMT se puede revitalizar el cuerpo, reestablecer la conexión sensorial en activa, recuperar la posibilidad de acceder a la riqueza emocional que implica el desenvolvimiento de la vida.

La DMT intenta acceder a los conflictos intrapsíquicos únicamente a través del cuerpo y no de la palabra para modificar el repertorio de movimientos del sujeto y por tanto su

conflicto interno. En el caso de la DMT la palabra es un complemento terapéutico, no un instrumento protagónico. La dmt puede crear un espacio en la mente para las emociones. Los resultados de varios estudios ilustran que el TLP responde bien a las psicoterapias dinámicas y que las artes terapias DMT es una aproximación dinámica válida para los programas integrativos destinados a adolescentes con TLP.

BIBLIOGRAFIA

- Adorasio, A. & Garcia, M.E. (2005). *Danza Movimento Terapia, modelli e pratiche nell'esperienza italiana*. Roma: Edizioni Magi.
- American Dance Therapy Association [ADTA] (2005). *American Dance Therapy Association Annual Report*. Columbia MD: AUTHOR.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- Andreoli, A., (2013). Nuevas vías del tratamiento de las crisis suicidas en pacientes límites. In Guimon, J., Maruottolo, C. *Psicoterapias Dinámicas en el trastorno límite de personalidad* (pp. 39-63). Madrid: Editorial Eneida.
- Balint, M, (1979). *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós.

- Beck, D., (2011). El Desarrollo del andar, hablar y pensar y el origen del trastorno límite de personalidad. In Beck, D., Dekkers, H., Langerhorst, U., *Bordeline trastorno límite de la personalidad* (pp. 21-51). Madrid: Rudolf Steiner.
- Beck, D., Dekkers, H., Langerhorst, U. (2011). *Bordeline trastorno límite de la personalidad*. Madrid: Rudolf Steiner.
- Behrends, A., Müller, S., Dziobek, I., (2012). *Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance*. The Arts in Psychotherapy 39 (2012) 107–116.
- Belfiore, M., La Monica, M. (1989) Entrevista ad Arthur Robbins. In Belfiore, M., Colli, L.M. (1998). *Tra il corpo e l 'io. L'arte e la danza Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico. Quaderni di Art Therapy Italiana* (pp.3-15). Bologna: Pitagora Editrice
- Belfiore, M., Colli, L.M. (1998). *Tra il corpo e l 'io. L'arte e la danza Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico. Quaderni di Art Therapy Italiana*. Bologna: Pitagora Editrice
- Benenzon, R. (2000). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. España: Paidós.
- Berrol, C. (2000). *The spectrum of research options in dance/movement therapy*. American Journal of Dance Therapy, 22(1), 29-46.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (pp. 128-152). Madrid: Ediciones Morata.
- Bowlby, J (1988). *Una base segura – Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Editorial Paidós: Barcelona.

- Chaiklin, H. (1975). *Marian Chace: Her papers*. American Dance Therapy Association.
- Measurable and Intangible Aspects of Dance Sessions. (pp.98-103).
- Dance in Growth or Treatment Settings. (pp.111-114).
- The Power of Movement with Others. (pp.133-143).
- Chaiklin, S. (2008). Hemos danzado desde que pusimos nuestros pies sobre la tierra. In H. Wengrower & Chaiklin, S. (coords.) *La vida es danza: El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 27-37). Barcelona: Gedisa.
- Chodorow, J. (1991). *Danzaterapia e psicologia del profondo. L'uso psicoterapeutico del movimento*. Como: Red.
- Clarkin, F. Ph.D. Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D. Otto F. Kernberg, M.D. *Psychotherapy for borderline personality Focusing on Object Relations* John.
- Colace, E., Robotti, C. A., (2013). Integrazione della Danza Movimento Terapia nel percorso terapeutico dei disturbi di personalità: "case report". In *IUSV Education Rivista Interdisciplinare dell'Educazione* (pp.131-147). Mestre (Ve): Iusve.
- Dekkers, H. (2011). Hombres fronterizos entre la tierra y el Cielo. Bordeline: Un trastorno de la encarnación del alma en su camino hacia la tierra. In Beck, D., Dekkers. H., Langerhorst, U. (2011). *Bordeline trastorno límite de la personalidad* (pp. 95-157). Madrid: Rudolf Steiner.
- Di Quirico, A. (2012) *Lasciar parlare il corpo. Linguaggi e percorsi clinici della danza movimento terapia*. Art therapy Italiana, Istituto di ortofonologia. Roma: Magi.

- Dimeff, L., Lineham, M.M., (2001). *Dialectical behavior therapy in a nutshell*. The California Psychologist, 34, 10-13.
- Della Cagnoletta M., (1998). Le forme dell'esperienza traumatica. In Belfiore, M., Colli, L.M. *Tra il corpo e l'io. L'arte e la danza Movimento Terapia ad orientamento psicodinamico. Quaderni di Art Therapy Italiana* (pp.45-50). Bologna: Pitagora Editrice
- De la Torre, E. (2012). Reflexiones sobre el devenir terapeuta desde las aportaciones de Donald Woods Winnicott. *Clínica E Investigación Relacional*, 6(2), 302–311. Retrieved from http://www.agorarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N2_2012/12_De-la-Torre_Reflexiones-devenir-terapeuta-DWW_CeIR_V6N2.pdf
- Dosamantes, A., E., (1980). Contacting bodily-felt experiencing in psychotherapy. In Shorr, J.E., Sobel, P., Robin, J.A., Connella (Eds) *Imagery: Its many dimension and applications* (pp 223-250). New York: Plenum.
- Escobar, T. (1998). Conferencia en el Centro Cultural de la Universidad Católica de Perú. Recuperado el 3 de septiembre de 1998, de <http://www.terapiasdearte.perucultural.org.pe>.
- Fischman, D. (2005). *Danza Movimiento Terapia. Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos*. Trabajo presentado en el I Congreso de Artes del Movimiento, IUNA, Buenos Aires, Argentina.
- Fischman, D. (2005b). La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia (Tesis de doctorado). Universidad de Palermo, Buenos Aires. Recuperado de www.scribd.com/doc/52363713/tesis-doctorado-dra-diana-fischman

- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. In Wengrower, H. & Chaiklin, S. (coords.) *La vida es danza: El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 81-96). Barcelona: Gedisa.
- Fonagy, P., Target M., Steele, H. and Steele. M. Manual para evaluar la Función Reflexiva In REFLECTIVE-FUNCTIONING MANUAL Version 5 FOR APPLICATION TO ADULT ATTACHMENT INTERVIEWS
- Fonagy, P. (1999). *Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría*. Revista de psicoanálisis. Aperturas psicoanalíticas, N.3.
- Fonagy, P. Apegos patológicos y acción terapéutica. Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, en la reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de mayo de 1999.Publicado en la revista n°004.
- Fonagy, P. (2009). *Attaccamento e funzione riflessiva* (Psicoanalisi e ricerca).Cortina: Raffaello Editore.
- Frank, E., Yeomans, J., Clarkin, F., Kernberg, O.F. Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder.
- Garcia, M.E. (2005). Essere uno, primo atto terapeutico con un paziente psichiatrico. In Adorisio, A. & Garcia, M.E. (2005). *Danza Movimento Terapia, modelli e pratiche nell'esperienza italiana* (pp. 93-106). Roma: Edizioni Magi.
- Garcia, M.E. (2007). Il ritmo dei processi mentali e la presenza psicocorporea del terapeuta. In Centro Musicoterapia Benenzon (Eds). *Musica tra neuroscienze arte e terapia*. Torino: Musica Pratica.

- Garcia, M.E., Plevin, M., Macagno, P. (2006). *Movimento Creativo e Danza*. Roma: Gremese.
- Glocker, M. (2011). Introducción. In *Bordeline trastorno límite de la personalidad*.
- Goodill, S.W. (2011). An introduction to medical dance/movement therapy. Health care in motion. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Goodwoman, I. L. (1993). *The arts in mental health program*. The Journal, 4(4), 43-44.
- Guimón, J. (2013). Principales aproximaciones dinámicas en los trastornos límite de la personalidad. In Guimón, J., Maruottolo, C. *Psicoterapias Dinámicas en el trastorno límite de personalidad* (pp.31-38). Madrid: Editorial Eneida.
- Guimón, J., Maruottolo, C. (2013). *Psicoterapias Dinámicas en el trastorno límite de personalidad*. Madrid: Editorial Eneida.
- Guimón, J., Maruottolo, C., Mascaró, N., (2013). La psicoterapia grupal dinámica intensiva y breve. In Guimón, J., Maruottolo, C. *Psicoterapias Dinámicas en el trastorno límite de personalidad* (pp.31-38). Madrid: Editorial Eneida.
- Greenberg, L.S. & Paivio, S.C. (1997). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.
- Hendricks, K. (1986). *Dance Therapy. The shape and content*. Joperd, 57(6), 72-74.
- Hervey, L. W. (2002). *Artistic inquiry in dance/movement therapy*. Illinois:Springfield, Charles C. Thomas Pub.
- Jacobson, E. (1970). *Modern treatment of tense patients*. New York: Thomas.
- Klasson, R. D. (2014). *Dance/Movement Therapists Using Motivational Interviewing: A Qualitative Study*. American Journal of Dance Therapy. Volume 36, Issue 2, pp 176–188.

- Laban, R. (1991). *La Danza Educativa Moderna*. Mexico: Paidós.
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Fundamentos.
- Langeshorst, U., (2011). Euritmia curativa con pacientes Bodeline. In Beck, D., Dekkers, H., Langerhorst, U. *Bodeline trastorno límite de la personalidad* (pp. 53-95). Madrid: Rudolf Steiner.
- Lanza Castelli, G. Aperturas psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis nº031. 9/3/9 Mentalización y expresión de los afectos: un aporte a la propuesta de Peter Fonagy.
- Lefebvre, D., Piccioli Weatherhogg, A. (2013). *Ritratto dell'artista da giovane. Arte terapia e danza movimento terapia con gli adolescenti*. Torino: Cosmopolis.
- Leites, A. (2012). Contratransferencia: un acercamiento caracterológico; Los modificadores: un enfoque adicional la caracterología. Editorial Eleftheria SI
- Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy – A Healing Art*. Reston Va: American Alliance for Health, Physical Education and Recreation and Dance.
- Levy, F. J. (1992). *Dance movement therapy: A healing art* (2nd Ed.). Virginia: National Dance Association American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.
- Levy, F. (Ed.) (1995). *Dance and other Expressive Art Therapies. When Words are not enough*. London: Routledge.
- Lewis, P. (1984). The somatic countertransference. The inner pas de deux. In Lewis, P. (Ed.) (1984) *Theoretical Approaches in Dance-movement therapy*. Dubuque: Kendall – Hunt.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford press.
- Main, M., and Solomon, J. (1990). Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the Preschool Years*. M. T. Greenberg, D. Cicchetti, and E. M. Cummings. Chicago:University of Chicago Press - Fuente: <http://family.jrank.org/>
- Main, M (2000) – *Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto: Atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego* – Revista de Psicoanálisis – Julio 2001 – N.º 8 - <http://www.aperturas.org/8main.html>
- Manford, B. (2014). *Insecure attachment and borderline personality disorder: Working with dissociation and the 'capacity to think'*. Body, Movement and Dance in Psychotherapy, Vol. 9, No. 2, 93–105.
- Martínez-Falero del Pozo, M. (2011) Introducción. In Beck, D., Dekkers, H., Langerhorst, U. *Bordeline trastorno límite de la personalidad*, (pp 11-13) Madrid: Rudolf Steiner.
- Nelson, L. (2001). *Motoric & rhythmic bases of communication*. (pp. 45-50) Weston, Florida, Interactive Metronome.

- Payne, H., (2005). *Encerrados y excluidos: Danza movimiento terapia con niños y adolescentes*. In Panhofer, H. *El cuerpo en psicoterapia. La teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp.131-188). Barcelona: Gedisa.
- Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Pallaro, P. (1993). *Culture, self, and body-self: Dance/movement therapy across cultures*. In Bejjani, F. J. (Ed.). *Current research in arts medicine* (pp. 287-291). Chicago: a cappella books.
- Pallaro, P., LCMFT, ADTR, Fischlein-Rupp, A., ADTR, BTM (2002) *Dance/Movement Therapy in a Psychiatric Rehabilitative Day Treatment Setting*. The USA body psychotherapy journal Volume 1 Number 2. (pp.18-30).
- Pieraccini, P. (2012). *Il corpo in movimento come luogo generativo di trasformazione. Un approccio al paziente Bordeline*. In Di Quirico, A. *Lasciar parlare il corpo. Linguaggi e percorsi clinici della danza movimento terapia* (pp.201-210) Art therapy Italiana, Istituto di ortofonologia. Roma: Magi.
- Provitina Selvaggio, N. O. (2005). *La teoría de desarrollo de Winnicott y los espacios transicionales en las organizaciones*. Universidad de Belgrano.
 Facultad de Humanidades. Retrieved from <http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/240>
- Quesada, I. & Quesada, N. (2004). *Desarrollo y evaluación de un programa de danza y/o movimiento creativo: una estrategia alternativa para fomentar el bienestar psicológico*

de adolescentes con discapacidad visual. Tesis de Licenciatura en Psicología.
Universidad de Costa Rica.

- Rodríguez Cigaran, S. (2009). *Danza Movimiento Terapia: cuerpo, psique y terapia*.
Avances en Salud Mental Relacional Revista Internacional On-Line, 8 (2), 1-20.
Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0802/0802_Sarah_Rodriguez.pdf
- Rodríguez, M. R. (2011). *Uniendo arte y ciencia a través de la Danza Movimiento Terapia*. *Danzarte*, 7 (1), 4-11. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957>
- Samaritter, R. (2009). *The use of metaphors in dance movement therapy, Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*.4:1, 33-43.
- Sainz, F. (Comp) (1997). *D.W. Winnicott (1986-1971). Conferencias conmemorativas del centenario del seu naixement*. Barcelona: Fundacion Vidal i Barraquer. Monografies n.4.
- Sainz, F. (2002) *Winnicott un psicoanalista intersubjectivo*. *Dic*,2, 4:256-272
- Sainz F. (2008) *Winnicott un buen companero de viaje* en Liberman, A., Abello, A., *Winnicott hoy, su presencia en la clinica actual*. Madrid. Psimatica: 345-360.
- Sainz, F., Segarra, V. (2012). *La experiencia terapeutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribucion de Winnicott al psicoanalisis Relacional*. *Clinica e Investigacion Relacional*, 6 (3): 570-586. (ISSN 1988-2939)
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.
- Stern, D. (1992). *La primera relacion madre-hijo*. Madrid: Ed. Morata.

- Stern, D. (1997). *La constelación maternal, un enfoque unificado de la psicoterapia con padres y hijos*. Barcelona Paidós.
- Stern, D. (1999). *Diario de un bebé*. Barcelona: Ed Paidós.
- Schmais, C. & Whitte, E. (1986). *Introduction to dance therapy*. American Journal of Dance Therapy, 9, 23-30.
- Stanton Jones, K. (1992). *Dance movement therapy in psychiatry*. London: Routledge.
- Tantom, F. (2001). *Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 95, 13982 - 13987.
- Tortora, S. (2004). *Our moving bodies tell stories, which speak of our experiences*. Zero to Three, 24(5), 4-12.
- Van den Broek, E., De Vos, M. K, Bernstein D. P., (2011), *Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study*, The Arts in Psychotherapy 38 (2011) 325–332.
- Vernengo, P. *Apego*. Psicoanálisis ayer y hoy, N.4.
- Zwerling, I. (1989). *The creative arts therapies as real therapies*. American Journal of Dance Therapy, 11(1), 19-26.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D.D. (1967/1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. España: Herder.
- Wengrower, H. y Chaiklin, S. (2008). *La vida es danza*. España: Gedisa.
- Wengrower, H. (2008). *El proceso creativo y la actividad artística por medio de la danza y el movimiento*. In Wengrower, H & Chaiklin, S. (coords.). *La vida es*

danza: El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia (pp. 39-57). Barcelona:

Gedisa.

- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.