

cuerpo en psicoterapia

magnífico libro! Heidrun Panhofer y sus colaboradores hacen una
ción excepcional a la literatura mundial de la Danza Movimiento
la. Así, destacados autores de España y otros países exploran cuestio-
nenciales para su futuro desarrollo y sus aplicaciones clínicas. Desde la
activa de la DMT, la conexión entre cuerpo-mente implica mover y
movido por la función integradora y sanadora de la imaginación
l. ¡Una obra a tener en cuenta!>

a. Joan Chodorow, autora de Dance Therapy and Depth Psychology
ex presidenta de la Asociación Americana de Danza Terapia (ADTA).

nza Movimiento Terapia (DMT) es una técnica psicoterapéutica basada
relación cuerpo-mente que trata de profundizar en la conexión entre
n y emoción. Nacida de la colaboración entre psiquiatras y profesionales
anza moderna en la década de 1940 en Estados Unidos, se fundamenta
nvestigación sobre la comunicación no verbal y los diferentes sistemas
ervación y análisis del movimiento, así como en la psicología del desa-
humano y las diferentes escuelas psicoterapéuticas.

o a la musicoterapia, el arte y el dramaterapia, la DMT constituye una
artes creativas de la psicoterapia cada vez más empleada en clínicas psí-
cas, centros de día de salud mental, residencias para la tercera edad,
s para discapacitados o personas que padecen trastornos alimentarios.
bro, el primero en DMT en lengua castellana, será de enorme utilidad pa-
profesionales y estudiantes de DMT y de las otras artes creativas en psi-
pia, así como para médicos, psiquiatras, psicoterapeutas, psicólogos clí-
pedagogos y todos aquellos lectores y lectoras interesados en el movi-
o creativo y expresivo.

obra investiga el nacimiento, la definición y el desarrollo de la DMT a
de la experiencia de diversos profesionales de reconocido prestigio pro-
es de Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania, Austria, Portugal y
a, recogiendo ejemplos del empleo clínico de la DMT en una gran varie-
poblaciones: desde niños que han sufrido pérdidas
o y adolescentes agresivos y delincuentes, hasta per-
que han sufrido traumas como el abuso sexual, pa-
s con fibromialgia y personas de la tercera edad.

ISBN 84-9784-083-6



9 788497 840835

disa

El cuerpo en psicoterapia

Heidrun Panhofer (comp.)

WM420
P193c

gedisa
editorial

Heidrun Panhofer compiladora

El cuerpo en psicoterapia

Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia



Otros títulos de interés

El amor que nos cura

Boris Cyrulnik

Los buenos tratos a la infancia

Parentalidad, apego y resiliencia

Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan

Los patitos feos

*La resiliencia: una infancia infeliz
no determina la vida*

Boris Cyrulnik

El murmullo de los fantasmas

*Volver a la vida después
de un trauma*

Boris Cyrulnik

El encantamiento del mundo

Boris Cyrulnik

La felicidad es posible

*Despertar en niños maltratados la
confianza en sí mismos:
construir la resiliencia*

Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte

La resiliencia: resistir y rehacerse

Michel Manciaux (compilador)

El realismo de la esperanza

*Testimonios de experiencias
profesionales en torno a
la resiliencia*

Boris Cyrulnik y otros

= El cuerpo en psicoterapia =

*Teoría y práctica de la
Danza Movimiento Terapia* =

Heidrun Panhofer

)
Compiladora

(gedisa)
editorial

072511

Traducción: Prólogo y cap. 6 (Francisco Campillo); cap. 1 (Maria Farré) y cap. 4 (Teresa Boas)

Diseño de cubierta: Alma Larroca

WMD 20
P193c

Primera edición: marzo del 2005, Barcelona

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Editorial Gedisa, S.A.
Paseo Bonanova, 9 1º-1º
08022 Barcelona (España)
Tel. 93 253 09 04
Fax 93 253 09 05
Correo electrónico: gedisa@gedisa.com
<http://www.gedisa.com>

ISBN: 84-9784-083-6
Depósito legal: B. 16995-2005

Impreso por: Romanyà Valls
Verdaguer, 1 - 08786 (Capellades)

Impreso en España
Printed in Spain

Queda prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma.

Vivera técnica - F500 - B 26,61 - 14/11/07
Or. 2119
As. 2936

0140888
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA
DEL SALVADOR

5288

Índice

Agradecimientos	9
Los autores	11
Prólogo. Vuestro comienzo, una realidad	
<i>Dianne Dulicai</i>	15

PARTE I

INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA DE LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

1. Relación entre la danza educativa y la Danza Movimiento Terapia	
<i>Gerd Hölter y Heidrun Panhofer</i>	25
2. La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España	
<i>Heidrun Panhofer y Sarah Rodríguez Cigaran</i>	49

PARTE II

**APLICACIONES CLÍNICAS DE
LA DANZA MOVIMIENTO
TERAPIA EN DISTINTAS
POBLACIONES**

3. «Come back, come back!»: Apegos rotos y sus implicaciones clínicas en Danza Movimiento Terapia

Heidrun Panhofer

1. Nebojsa

Antes de la guerra de los Balcanes había trabajado en Zagreb, Croacia, como trabajadora voluntaria en una casa para niños abandonados. Recuerdo que cada semana llegaban bebés recién nacidos, muchos de los cuales habían sido encontrados en la calle, en parques o iglesias. Otros provenían de los hospitales, donde las madres los habían abandonado de forma anónima. Un tercer grupo llegó acompañado por sus madres: chicas solteras que no contaban con el apoyo de sus parejas, ni de sus propias familias; madres que huyeron de un abuso físico o sexual, buscando un hogar seguro por tiempo indefinido.

Yo era una joven estudiante, tenía buena voluntad y fuertes pulmones para fumar incontables cigarrillos con ellas, observándolas y escuchándolas con mis conocimientos limitados del croata. Si bien mi pobre vocabulario era suficiente para comunicarme con ellas, fueron nuestras posturas y gestos, y los numerosos cigarrillos, los que más posibilitaron nuestro entendimiento.

Para comunicarme con los niños no hacían falta nociones lingüísticas; bastaba cualquier idioma que se viniera a la mente para contactar con ellos. Se encontraban en dos salas pequeñas, una cama junto a la otra. Muchos de ellos tenían sólo varios días, otras varios meses ya. Recuerdo a bebés que estaban en sus camas, con la mirada fija en el te-

cho, que no contestaron ni con una breve sonrisa, pesados sus cuerpos y floja su respiración. Les recuerdo con una sensación de escalofrío.

Allí te conocí, Nebojsa. Eras entonces un niño de seis meses que esperabas la sentencia jurídica que decidiría adónde irías: tu madre había acusado a su propio padre de abuso sexual, y a causa de este incesito no quiso quedarse contigo. Mientras tanto, estabas en nuestra casa de acogida, donde yo fui a visitarte cada día de ese verano. Al principio no me diferenciabas de las otras personas que vinieron a cuidarte, a darte comida o a cambiarte los pañales.

Las semanas pasaron y empezaste a responder a mi sonrisa, a girar tu cabeza cuando entraba o a balbucear alguna palabra de bienvenida. ¿Recuerdas? A menudo íbamos al parque o a la parte alta, la *gore grad* de la ciudad. Estabas sentado sobre mis piernas, acurrucado en mis brazos, con el viento rozándote la cara, gritando de alegría. Jugábamos en el prado: «*Jedan, dva, tri – hoppa!*», o nos sentábamos en un café para tomar un *cava s mljekom*. La gente comentaba algo sobre *ljepo detski* y se refirieron a mí como «*tu mamicu*», comentarios que contesté con mis sonrisas y algunas explicaciones breves.

De vez en cuando viajábamos juntos en tranvía, uno de los vestigios de la Yugoslavia de Tito, apretados entre los cuerpos de los soldados jóvenes, las cestas de las mujeres con sus pañuelos oscuros, las sonrisas de abuelos desdentados y el olor a tabaco negro, pimientos y sudor. Allí te veía contento, Nebojsa, sobre mi regazo y abierto a todo lo que te rodeaba.

No entendía por qué rompías a llorar cuando volvíamos a la casa de acogida; me apenaban tus llantos y gritos cuando te dejaba en tu cuna. Me despedía rápido y corría por el corredor hacia fuera para no tener que escucharte. Corría hasta la estación para montar en un tranvía, apretada entre las cestas, los humos y las sonrisas.

Años más tarde, en un seminario sobre psicología del desarrollo en mi universidad de Londres, me topé con el trabajo de Mary Ainsworth. Mi mente y mis emociones volvieron a Zagreb cuando leí su clasificación sobre el apego. De repente me acordé de muchos de los tipos de comportamiento que había conocido. En las observaciones de Ainsworth se apunta a las reacciones de los bebés cuando están separados de sus madres, y allí reconocí no sólo a Nebojsa, sino también a muchos de los pacientes que traté luego en DMT.

Continué trabajando con huérfanos o personas que habían sufrido una separación o pérdida de su figura de apego y empecé a investigar

con más profundidad. ¿Qué es un apego? ¿Cómo se establece? ¿Qué pasa cuando se rompe? ¿Cómo se trabaja en un *setting* terapéutico? En este capítulo se expondrán las ideas básicas de la teoría del apego y se presentarán varias implicaciones clínicas, ilustrándolas con algunos casos clínicos.

2. La teoría del apego

La teoría del apego es una de las más importantes formuladas por el psicoanálisis y la psicología del desarrollo desde Sigmund Freud. Se basa en el trabajo que hicieron John Bowlby (1907–1990) y Mary Ainsworth (1913).

Sus principios enraízan en los años treinta y cuarenta: tiempos de guerra y posguerra en casi todos los países europeos. A causa de la agresión militar, la pobreza, la malnutrición y el peligro eran muy comunes. Varios millones de personas tuvieron que desplazarse y huir, familias enteras se separaron o se perdieron por causa de los conflictos de la guerra.

En esos años se consideró más importante sobrevivir y satisfacer las necesidades alimenticias: durante la Guerra Civil cerca de 30.000 niños salieron de España, niños con edades comprendidas entre 2 y 15 años fueron enviados por sus padres para huir de las bombas o del hambre (Serrano y Markovkin, 2001). Durante la Segunda Guerra Mundial se repitió lo mismo en las principales ciudades europeas: los padres se separaron de sus hijos y les mandaron a otras regiones o al campo, donde podían alimentarse y donde no tenían que temer a los bombardeos.

Hasta los años sesenta se aplicaron prácticas muy parecidas en hospitales: por razones de higiene y suficiencia, los pacientes niños se trataron en instituciones semicerradas con horas de visita muy restringidas para sus familiares. Se daba más importancia a aspectos económicos, higiénicos y de seguridad física y el apego entre el niño y sus cuidadores se consideró mucho menos valioso. Aún hoy continúa la triste realidad de muchas familias de *Gastarbeiter* (trabajadores extranjeros que residen durante una temporada en el país, en muchos casos sin sus familias) en numerosos países: por razones económicas algún miembro de la familia, en general el padre, pero en muchos casos padre y madre, dejan a sus hijos con familiares para irse a trabajar a otros países.

La teoría del apego revolucionó nuestra manera de entender la conexión existente entre el niño y su madre, y la destrucción de la misma a causa de la separación, privación o duelo. Bowlby, de orientación psicoanalítica, empezó en los años treinta a investigar la relación entre la pérdida o la privación maternal y el desarrollo personal. Sus ideas se basaron tanto en la teoría psicoanalítica como en conceptos de la etología y de la psicología del desarrollo.

2.1. Fundamentos de la teoría del apego

Durante sus estudios de medicina en la Cambridge University, Bowlby trabajó con niños con dificultades de comportamiento. En los años treinta se dedicó a la investigación con 44 jóvenes delincuentes. Comparó este grupo con un grupo de control y encontró que las largas separaciones o privaciones maternas eran mucho más frecuentes en los delincuentes.

En 1935, Konrad Lorenz, biólogo austriaco y «padre de la etología moderna», publicó un artículo sobre el comportamiento de las ocas titulado «Der Kumpan in der Welt des Vogels» [El compañero en el mundo del pájaro]. En él escribe cómo las ocas recién nacidas se apegan a la primera cosa que ven, un comportamiento que él llama *imprinting* (dejar huella, marcar).

Pocos años más tarde, aparecen dos películas muy conmovedoras: en 1947, la del psicoanalista norteamericano René Spitz *Grief: A peril in infancy* [Duelo: un peligro en la infancia], en la que prueba que los niños que crecen en hogares sin cariño y afecto, en la mayoría de los casos, mueren antes de llegar a adultos.

En 1953 James Robertson, que había trabajado en la casa para niños sin hogar de Anna Freud en Londres (Hampstead), documenta en su película *A two year old goes to hospital* [Un niño de dos años va al hospital] sus impresiones y las consecuencias dolorosas de este acontecimiento en el niño.

Las primeras formulaciones de la teoría del apego de John Bowlby se basan en la psicología del desarrollo, en los últimos artículos de Jean-Pierre Piaget («El nacimiento de la inteligencia en el niño», de 1951, y «La construcción de lo real en el niño», de 1954) y en los conceptos de la etología.

2.2. Las primeras formulaciones de la teoría del apego

Fueron presentadas por Bowlby a la British Psychoanalytic Society en Londres, en 1958, 1959 y 1960. En su primera publicación —«The Nature of the Child's Tie to His Mother» [El carácter del lazo entre un niño y su madre]—, Bowlby rechaza que la primera conexión entre el niño y la madre sea libidinosa, así como que sirva en primer lugar para la satisfacción y, solamente en un segundo lugar, para el apego. Por ello, afirma que el comportamiento de un niño de 12 meses consiste en respuestas instintivas que tienen la función de apegar al lactante a la madre y a la madre al lactante.

«El apego se define como un lazo afectivo entre dos individuos que perdura en el espacio y el tiempo y sirve para juntarlos emocionalmente» (Kennell, Voos y Klais, 1976).

Los niños buscan relacionarse desde el principio, un comportamiento que Bowlby describe como *attachment behaviour* (comportamiento de apego). Puede ser cualquier forma de comportamiento de una persona para mantener la proximidad hacia un individuo, comportamiento que se concibe como el más efectivo para enfrentarse con el mundo» (Bowlby, 1988: 26): alimentar, llorar, abrazar, mirarse, sonreír...

La segunda publicación —«Separation Anxiety» [La ansiedad de la separación]— se basa en la película de James Robertson (1953) y en el trabajo revolucionario de Harlow y Zimmermann sobre la privación maternal en monos *rhesus*. La teoría tradicional, reclama Bowlby, no explica ni el apego intenso de un niño hacia su figura maternal ni las respuestas dramáticas a dicha separación. Robertson y Bowlby habían identificado tres fases de respuestas hacia la separación: la protesta (relacionada con la ansiedad de la separación), la desesperación (relacionada con la pena y el duelo) y el desapego/negación.

La tercera publicación de Bowlby —«Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood» [Pena y duelo en la infancia y la niñez temprana]— ha sido la más polémica: Bowlby cuestionó a Anna Freud y a su teoría de que los niños que han sufrido una pérdida no son capaces de vivir un proceso de duelo porque no tienen un ego suficientemente desarrollado.

Tampoco estuvo de acuerdo con Melanie Klein, quien consideraba que la pérdida más importante de la infancia es la pérdida del pecho

durante la fase de destete. A pesar de estos desacuerdos y de las discusiones que provocaron dentro de la British Psychoanalytic Society, Bowlby permaneció siendo miembro de la misma hasta el final de su vida, aunque no la utilizó más como fórum para discutir sus ideas (Bretherton, 1992).

2.3. *La base segura*

Mary Ainsworth terminó su licenciatura en psicología en la Universidad de Toronto, justo antes de la Segunda Guerra Mundial. El interés de Ainsworth proviene de la *security theory* (teoría de la seguridad) de Eduard Blatz. En un ambiente muy antifreudiano en Estados Unidos, Blatz había reformulado y cuestionado las ideas de Freud.

Seguridad, como sugiere su raíz latina «sine cura», significa «sin cuidado» o «sin ansiedad». Blatz describía cómo las sensaciones táctiles, quinestésicas y visuales de las primeras semanas permiten al lactante familiarizarse con la madre. En esta fase, el lactante es completamente dependiente y se fusiona con la figura materna. Tiene gran curiosidad por aprender y explorar, pero esta exploración causa ansiedad. Cuando el lactante tiene miedo, cuenta con la posibilidad de poder regresar a su *secure base* (base segura),¹ la figura paterna, para recibir consuelo y apoyo (Blatz, 1966; Bowlby, 1959).

Entre los seis y los nueve meses, el niño ya puede distinguir a los diferentes miembros de la familia. A esa edad muestra ansiedad cuando un extraño se acerca. Además, juega un papel más activo para tener a la madre cerca. Ella tiene que responder a esas comunicaciones no verbales del niño con empatía mediante movimientos, caricias, expresiones faciales o tonalidades distintas de la voz. De este modo, la madre aprende a percibir y a leer quinestésicamente el estado emocional del niño. Reaccionando y respondiendo con su propio cuerpo y su voz, imita las expresiones emocionales del niño.

Todavía nos queda mucho para entender cómo la primera interacción entre el lactante y la madre influye en su futuro carácter, pero sin duda existe una conexión entre los dos. «A través del proceso de ape-

1. Bretherton (1992) critica que aunque se ha hecho un gran progreso para examinar la relación entre el niño y la madre, todavía queda mucho trabajo por hacer en cuanto a la relación con el padre, los padres de acogida temporal o los hermanos.

go el niño interioriza que es un individuo valioso, interesante, adorable y que puede actuar de manera competente y responsable en las relaciones con los demás y con el mundo» (Jewett, 1982).

Las cualidades de una relación están relacionadas con el desarrollo de confianza del niño: el niño confiado tiende más y más a la autonomía y puede tolerar breves períodos de separación. «El niño ha establecido una imagen interna de su figura de apego que mantiene aun cuando él o ella no están. Eso es un proceso gradual: en los primeros meses, el contacto visual será suficiente para re-asegurar; más tarde, se pueden tolerar separaciones más largas, y el niño estará convencido de que esa persona volverá» (Barett y Trevitt, 1991).

El niño se siente seguro y aceptado para desarrollar la fuerza interna, la capacidad de simbolizar y el sentido de su identidad. La experiencia de una relación «suficientemente buena» —«a good enough relationship» (Winnicott, 1971)— con una figura de apego es vital para ayudar al niño a fiarse de sí mismo y a ampliar su sentido del «self» en vez de socavarlo. El sentido de un «self» seguro y autónomo surge de relaciones seguras entre los padres y el bebé (Emde y Buchsbaum, 1990; Fonagy *et al.*, 1995a; Lieberman y Pawl, 1990). Esta seguridad ayuda también a enfrentarse con el estrés y la frustración, a manejar ansiedades y miedos, a desarrollar futuras relaciones y a reducir la envidia (Greenhalgh, 1992).

2.4. *Ainsworth y su clasificación del apego*

En 1950 Ainsworth fue a Londres para colaborar con John Bowlby en la Tavistock Clinic. Poco después empezó con su investigación en Kampala (Uganda). Ainsworth observaba el comportamiento entre las madres y sus bebés e investigaba su relación y sus reacciones frente a la separación.

Encontró tres patrones distintos de bebés que hacen referencia a sus reacciones cuando éstos se separaban de sus madres. Los clasificó en tres grupos distintos (véase la tabla de la página siguiente).

Los descubrimientos de Ainsworth (1967) sobre el origen de las diferencias individuales de patrones de apego han causado un considerable impacto en la investigación contemporánea. Nos permite reconocer que la presencia de una figura de apego que esté disponible, sensible e interesada es más importante para el desarrollo de la perso-

«Securely attached» Apego seguro	«Insecurely/Anxiously attached» Apego inseguro/ ansioso	«Non-attached» Sin apego (apegos retrasados)
El niño explora el espacio, sigue acudiendo a su madre, mantiene contacto visual (<i>secure base</i>). Protesta al ser separado de su madre, y cuando ésta regresa, la saluda alegremente. Muchas veces levanta los brazos para ser abrazado; moldea con su cuerpo.	<i>Ambivalente</i> : «clingy» desde el principio, ansioso, el niño tiene miedo de explorar el espacio. Lo define como muy ansioso cuando es separado; además, sigue protestando al regresar la madre. <i>Avoidant (evitante)</i> : da la impresión de independencia, explora espacios nuevos sin regresar a la madre. No aparece afectado cuando la madre se va. Cuando regresa la madre, el niño la ignora o la evita.	Niños que habían sido dejados solos por sus madres durante largos períodos. Más tarde, Ainsworth reformuló su teoría y lo llamó el grupo de los apegos retrasados.
El 60% de la clase media en Estados Unidos pertenece a este grupo.		

nalidad que los temas convencionales como dar de comer y destetar (Hopkins, 1987).

Hoy, como a finales de los años ochenta y noventa, la investigación sobre la teoría del apego se ocupa de los diversos estilos de apego y de su correlación con la adultez y con los trastornos psiquiátricos. Para evaluar la estabilidad del apego se utiliza el Adult Attachment Interview (AAI), una entrevista semiestructurada conducida en la línea de una evaluación psicoterapéutica. Con esta herramienta clínica se obtienen relatos de relaciones de apego de la infancia, sus características en las relaciones tempranas, las experiencias de separaciones, enfermedades, castigo, pérdida o abuso.

Bowlby propuso que los *internal working models* del «self» y de los demás proporcionan los prototipos para todas las relaciones posteriores. Tres estudios longitudinales que utilizaron el AAI (Hamilton, 1994; Main, 1997; Waters, Merrick, Albersheim, Treboux y Crowell, 1995) indicaron que existe una correspondencia de un 68%-75% entre las clasificaciones en la infancia y la adultez. Los modelos de apego son relativamente estables durante la vida (Collins y Read, 1994). De igual forma se demostró que los niños con una historia de apego segu-

ro se consideran más fiables, resistentes y sociables (Sroufe, 1983; Waters, Wippman y Sroufe, 1979), son más empáticos hacia el estrés (Kestenbaum, Farber, y Sroufe, 1989) y mantienen relaciones más profundas, como los adultos (Sroufe, 1983; Sroufe, Egeland y Kreutzer, 1990).

En Londres, Peter Fonagy y su grupo de la Tavistock Clinic investigaron sobre la relación entre apegos inseguros y poblaciones específicas psiquiátricas. Llegaron a señalar una relación entre ciertos tipos de apego y diversos trastornos específicos. Los resultados indicaron que los pacientes psiquiátricos tienen más posibilidades de estar clasificados como preocupados o irresueltos con respecto a la pérdida o el abuso. Conexiones entre traumas graves y una falta de resolución se pueden encontrar en la depresión, los trastornos de alimentación y el trastorno «borderline» (Fonagy *et al*, 1995a, Fonagy *et al*, 1995b; Fonagy *et al*, 1996).

En Estados Unidos, las psicoterapeutas en DM Bette Blau (Long Island en Nueva York), Debra Reicher (Van Nuys Hospital en California), Rachel Gonick y Majorie Gold, en Baltimore, investigaron la teoría del apego y sus posibles implicaciones clínicas para las terapias creativas.

3. Vínculos rotos

No puedo olvidar
Que no tengo alas,
Que no tengo mar,
Vereda ni nada
Con que irte a besar.

(Miguel Hernández)

El término de *broken attachment* (vínculo roto) lo encontré por primera vez en el trabajo de Rachel Gonick y Majorie Gold (1992). Indica que un tipo de apego se había creado, sea seguro o inseguro: un lazo afectivo se había establecido entre el niño y la madre. La ruptura de este lazo puede ser causada por separación de la persona de apego o por la pérdida de éste.

Las separaciones pueden deberse a enfermedades físicas o mentales de la madre, divorcio, cambios laborales o ingreso en prisión. Pue-

den también provenir de actos legales por causa de inmadurez paternal, abuso físico o sexual, privación o rechazo. La separación puede durar una cierta época imprevisible o una temporada determinada. La pérdida, al contrario, es la forma irreversible y permanente de la separación. Puede ocurrir gradualmente, causada por un trauma y/o cambios rápidos.

En ambos casos la *attachment figure* (la persona de apego) no está o nunca más estará disponible. El niño no podrá acudir a ella. No podrá confiar y apoyarse más en su base segura. Los niños que han sufrido la ruptura de un apego son en su mayoría huérfanos que viven en hogares de acogida temporales o proceden de hogares rotos.

3.1. Separación

Robertson (1953), en su conmovedora película, ya había documentado las consecuencias psicosociales que puede causar la separación de un niño de su madre. Él y Bowlby describieron tres fases en la respuesta de un niño a la separación:

1. Protesta: en esta fase, los niños lloran y gritan por sus padres. Parece imposible consolarlos y tranquilizarlos.
2. Retirada: los niños caen en un estado de apatía; mantienen la mirada fija en el espacio, y en muchos casos se aíslan de amigos y familiares.
3. Negación/desapego: parece que los niños mejoran, pero su comportamiento está muy autoconcentrado y mantienen relaciones superficiales.

3.2. Pérdida

Puede ocurrir gradualmente, causada por un trauma y/o cambios rápidos. Bowlby describió cuatro fases de duelo en los niños:

1. *Numbing* (entumecer): me acuerdo de un niño de seis años que marchaba detrás del ataúd de su abuelo, una de sus figuras de apego más importantes. Levantaba los pies como un pequeño soldado, concentrado en seguir el ritmo de la música y en comportarse «bien». No manifestó ninguna emoción aparente el día del en-

tierro. Esta primera fase del duelo se puede comparar con el proceso fisiológico de cuando nos hacemos físicamente daño: primero vemos lo que ha pasado, pero somos incapaces de gritar o lamentar; el cuerpo se entumece durante un breve espacio de tiempo.

2. *Search* (búsqueda): en esta fase los niños abren puertas y armarios, examinan cajas y escondrijos, preguntan por la persona que han perdido, llaman por teléfono y corren por las calles; es un tiempo de gran inquietud e incredulidad, una búsqueda desesperada de alguien que ya no está.
3. *Despair* (desamparo): aquí los niños se rinden, capitulan, dejan de luchar y de no creer. Es una fase de desesperación y gran tristeza. El niño de cinco años que describiré después recreó esta fase durante el tratamiento (véase 4.1). Me cantó una canción, con una voz muy triste, y cambió las palabras para expresar lo que necesitaba: «*Birds, wind, come back, come back!*» (¡Pájaros, viento, vuelve, vuelve!).
4. *Reorganization* (reorganización): durante este tiempo tiene lugar la reconstrucción de una base segura interna. Los niños establecen nuevas relaciones, aprenden a confiar otra vez y se sienten más seguros.

3.3. Factores importantes en la reacción de un niño ante la separación o la pérdida

Las historias de separaciones y pérdidas nunca son iguales: cada niño es único y especial. Es muy probable que los niños que han sufrido pérdidas graves puedan manifestar dificultades de comportamiento en su infancia o tender al abuso de drogas, la delincuencia o patrones insatisfactorios al relacionarse. Bowlby, por ejemplo, descubrió en los años treinta que la delincuencia es mucho más frecuente en niños que han sufrido largas separaciones o privaciones (Bowlby, 1944). No obstante, las vidas de muchos otros niños que han sufrido pérdidas importantes se desarrollan de una manera muy satisfactoria: terminan su formación sin ninguna dificultad, encuentran parejas adecuadas y viven vidas felices y exitosas. Cada niño se ve influenciado por una serie de factores personales. Algunos de estos factores pueden ser la importancia y el carácter del apego, el desarrollo cognitivo y emocional del niño y/o las experiencias de pérdidas/separaciones anteriores y sus circunstancias.

3.3.1. La importancia y el carácter del apego

¿Es peor perder un «buen padre» que perder un padre abusivo? ¿Puede uno sufrir por la pérdida de una madre alcohólica cuando nunca ha tenido otra? ¿Se pierde menos si se rompe un apego inseguro o ansioso? En una investigación centrada en niños que han sido separados de sus padres por causa de abuso y abandono, Eagle (1993) afirma que sería bastante fácil asumir que esos niños tienen muy poco que perder y que se recuperarán más fácilmente, olvidando sus «malas» relaciones. Sin embargo, existe ahora mucha evidencia empírica que indica que esta presunción no es válida. Niños que han sufrido abuso y abandono muestran un apego muy fuerte hacia sus cuidadores aunque, en la mayoría de los casos, se trata de un apego inseguro o ansioso (Ainsworth, 1980; Bowlby, 1973; Crittenden y Ainsworth, 1989; Egeland y Soufre, 1981; Schneider-Rosen *et al.*, 1985). Esos apegos persistirán a pesar de la separación (Eagle, 1993: 319).

Lohnes y Kalter (1994) señalan la importancia del carácter de la imagen interna del niño hacia su figura de apego. Alguien con una apariencia «negativa» o «mala» para alguien de fuera puede significarlo «todo» en el mundo interior del niño. A veces la fuerza de un apego hacia su cuidador/a no es evidente hasta que ocurre una separación.

3.3.2. El desarrollo cognitivo y emocional del niño

El padre de una niña de 18 meses me cuenta molesto: «Paso mucho tiempo con mi pequeña, juego con ella, le doy de comer, la acuesto en la cama, vamos de excursión, ¡y todavía me llama mami! ¿Cómo puede ser que no me reconozca?».

Si la niña no tiene un nombre específico para su padre, ¿será capaz de recordarle cuando no esté? ¿Lo podría remplazar con cualquier otra persona que pase tiempo con la pequeña, que la cuide y le dé de comer? En su *The origins of intelligence in children* (1952), Piaget nombra a este fenómeno la «constancia del objeto». Es decir, el objeto, en este caso el padre, recibe un nombre constante y único: «papá». Por esto, al llegar a esta constancia, los niños de corta edad juegan con tanto placer al juego de desaparecer y reaparecer: «¿Dónde está papá? ¡Cucú! ¡Aquí está!».

¿En qué medida el niño es capaz de recordar este objeto cuando desaparece durante un tiempo? ¿Y cómo le recuerda si todavía no tiene nombre específico? Tendría que ser un tipo de memoria extraverbal que grabe condiciones específicas y experiencias afectivas como la memoria kinestésica, la memoria del cuerpo. ¿Hasta qué punto puede sentir tristeza en un caso de pérdida?

Una característica del movimiento en general y de los cuerpos en particular es que tenemos lo que se llama la «memoria kinestésica». Los acontecimientos y sucesos de la vida se conservan y se incorporan en «los archivos del cuerpo» (Petzhold, 1981), en la mímica y los gestos, en los rasgos de amargura, en una postura resignada, en un encogerse de hombros. Todos reconocemos gestos y posturas nuestros que hemos adquirido de nuestros padres. Los utilizamos, conciente o inconscientemente, en su presencia o ausencia, conservándolos años después de su muerte.

De la misma manera, la musculatura de una persona que haya sufrido golpes o agresiones en su infancia se acordará de ese abuso, incluso inconscientemente. Todas las vivencias están representadas en el cuerpo; por eso se puede acceder a ellas a través de él (Penfield, 1992).

La investigación experimental descrita por D. Stern (1985) constata que un niño de seis o siete meses puede recordar condiciones específicas y experiencias afectivas conectadas con su persona de apego. Esos resultados sugieren que puede experimentar el proceso de duelo por causa de separación y pérdida.

Entre los 18 meses y los siete años el niño procesa sus experiencias con el «pensamiento mágico». Están convencidos de que sus propios deseos, ideas y pensamientos son los responsables de cualquier cosa que les sucede. Hay muchos niños que luchan con sus sentimientos de culpabilidad porque piensan que lo que ha pasado es por su culpa. Por ejemplo, pueden pensar que ellos han sido responsables de la muerte de alguien porque habrían pensado algo negativo sobre esa persona. No pueden distinguir lo que es realidad y fantasía:

La madre de una niña de siete años cuenta que su hija era incapaz de creerse la muerte de su propio padre. Cuando éste estaba de cuerpo presente en la iglesia le agarró sacudiéndole y gritó: «¡Levántate! ¡Deja de jugar al muerto!».

3.3.3. Experiencias de pérdidas/separaciones anteriores y sus circunstancias

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

Bowlby (1969) subraya que una serie continuada de disgustos por pérdidas y separaciones irresueltas puede llevar al niño a un desapego total. Se volverá egocéntrico y desviará su atención hacia los objetos o la comida. Después de la separación o pérdida de los padres, los niños pueden sufrir muchas más pérdidas: por ejemplo, puede que tengan que mudarse de casa, ir a una escuela diferente o a una nueva comunidad, así como otras circunstancias que romperán los apegos con los amigos u otros miembros de la familia. Los factores sociales pueden contribuir a la manera en que un niño vive la separación/pérdida, el grado y acceso a apoyos sociales y las circunstancias subsiguientes de la vida (Lohnes y Kalter, 1994).

Elisa, una mujer guapa y atractiva de 28 años, viene a mi consulta; es una ejecutiva de una empresa importante. «¡No sé que hacer!», me dice, y sus ojos se llenan de lágrimas poco después de que se haya sentado: «¡Empiezo a llorar en cualquier momento de mi vida, tengo que salir del trabajo varias veces y lloro en el baño, y no sé por qué me ocurre todo esto!». Está sentada encima de un banco al lado de la entrada, su cabeza colgada como si fuera muy pesada, su torso hundido con el pecho huyendo hacia atrás, escondiéndose entre sus hombros que cuelgan sin fuerza. Tiene las manos plegadas en su seno, y de vez en cuando las utiliza para gesticular, balanceándolas de un lado a otro, sin peso ni dirección, como para ahuyentar insectos.

Durante las primeras sesiones investigamos los orígenes de su crisis personal. Aparentemente, todo comenzó al fracasar en los estudios hacía algunos años. La vergüenza, la impotencia y la decepción que sintió cuando la expulsaron del programa parecían ser los detonantes de su depresión. Sin embargo, pudo entrar en otro curso, terminarlo con éxito y encontrar un puesto de trabajo satisfactorio. Quizás, entonces, la impotencia, la decepción y la tristeza vinieran de más atrás, y enseguida me habló de la pérdida de su madre. Había muerto después de medio año de lucha contra el cáncer, medio año durante el cual Elisa, su hermana y su padre vieron cómo la madre alegre y vivaracha se iba convirtiendo poco a poco en un monstruo desesperado que huía de sí misma por medio del alcohol, los ataques de rabia y la desesperación. Justo después de la muerte de la madre, el padre de Elisa conoció a otra mujer, casándose con ella sólo algunos meses después del funeral. Además, la hermana de Elisa se mudó con su pareja, casándose en ese mismo espacio de tiempo.

Elisa se quedó sola en la casa de la familia. Incluso cuando estaba estudiando en otra ciudad volvía cada fin de semana para cuidar la casa y, con ello, la memoria de su madre, de la que su padre y su hermana querían huir y escapar a toda prisa. Elisa intentaba conservarla con todas sus fuerzas. No sólo preservó la casa y el recuerdo de la madre, sino que congeló también su duelo. Poco después perdió a su pareja y, años más tarde, también la posibilidad y la ilusión de superar con éxito un curso prestigioso, por lo que contactó de nuevo con los sentimientos de impotencia, tristeza y vergüenza que había sentido tras la muerte de su madre.

Había incorporado sus emociones a su postura: su torso hundido, su cabeza colgada y su pecho encerrado englobaron toda su pena. Expresaba su impotencia con sus manos plegadas en el seno y la postura de los hombros colgados como si pesaran mucho. Durante nuestro trabajo tomábamos también conciencia de unos gestos que añadía cuando hablaba: gesticulaba con sus manos, balanceándolas de un lado a otro, sin peso ni dirección como describíamos anteriormente. Luego las dejaba caer con frecuencia en su seno. Un día le pedí que ampliara ese movimiento, exagerándolo un poco; se dió cuenta del impacto y de la intensidad con la cual solía gesticular, cualidades que expresaron la rabia que experimentaba: rabia al haberse sentido abandonada por todos los otros miembros de la familia, rabia hacia la madre por haberse entregado al alcohol, rabia contra sí misma al haber acumulado todos sus duelos durante los siguientes años.

El caso de Elisa nos sirve para ejemplificar la importancia de las circunstancias de las pérdidas y las separaciones anteriores. Durante los

dos años que trabajamos juntas se murió también una de sus mejores amigas, su abuelo y su abuela, y con cada nueva pérdida se acordó de sus pérdidas anteriores, regresando y reviviendo dolores anteriores. El tratamiento de Elisa consistió primariamente en la elaboración de esos duelos, un complejo proceso interior mediante el cual ella podía llegar a aceptar la realidad de la muerte de su madre y, a partir de ahí, organizarse interna y externamente de nuevo.

Durante este proceso, Elisa tuvo que enfrentarse —consciente e inconscientemente— a la costosa tarea de sentir, pensar, repensar y revivir sus sentimientos y emociones respecto a su madre. Muchos de ellos han sido no verbales, por ejemplo describir la sensación de estar sentada en el seno de la madre y acariciar las mangas forradas de una chaqueta que aquella solía ponerse cuando Elisa era niña; el aliento apestoso de alcohol cuando la madre estaba ya en el último estadio de su cáncer, etcétera. Durante una parte del tratamiento trató de imaginar las vivencias que la madre experimentó, la relación mantenida con ella cuando todavía estaba viva y la relación interna que se generó después de la muerte.

Terminamos nuestro trabajo porque Elisa misma decidió, después de un largo período de contemplación y consideración, acompañar a su marido a su puesto en el extranjero, una decisión que ha sido un paso importante para la separación e individualización de Elisa.

4. Implicaciones clínicas

El dolor de una persona que ha sufrido una pérdida puede paliarse con un tratamiento psicoterapéutico durante las diferentes fases de la pérdida o la separación:

- Antes y durante la separación/pérdida como apoyo y acompañamiento mientras dura ese difícil proceso.
- Después de la separación/pérdida, para superar y apoyar el proceso de duelo.
- Meses o años más tarde si persiste cierta problemática, con el objeto de trabajar en la búsqueda de los aspectos reprimidos o sublimados que puedan arraigar en la separación/pérdida.

Las metas de un tratamiento dependen de las necesidades de la persona. Pueden incluir objetivos como el restablecimiento de una base segura y de un *containment* (un contenedor, un lugar seguro y protegido) para explorar varias maneras de expresar y comunicar los pensamientos, necesidades y emociones surgidos por la pérdida/separación: puede ser una mirada atrás, unos descubrimientos inesperados, la integración de una gran variedad de sentimientos (tristeza, rabia, culpa, etcétera), un proceso de dejar ir y de moverse hacia delante.

4.1. Restablecer una base segura

Seguramente se podrían discutir las diferentes técnicas que se emplean para restablecer una base segura. En este contexto presentaré dos técnicas no verbales que la DMT utiliza: el *mirroring* y la empatía quinesésica.

4.1.1. *Affect attunement* y *mirroring* («hacer de espejo»)

El *affect attunement* (sintonizar, afinar), según D. Stern (1985), permite a la madre dar exactamente lo que el niño necesita: reaccionando y respondiendo con su propio cuerpo y su voz imita las expresiones emocionales del niño. Puede que utilice la misma modalidad: por ejemplo, imitar el parloteo del niño con su propia voz. Puede que utilice otra modalidad, como responder a un ruido con un movimiento, columpiándolo o acariciándolo de modo que reproduzca el mismo ruido, una acción que Stern denomina *crossmodal matching* (estar sintonizado con modalidades cruzadas). Así el niño recibe un sentido profundo de seguridad que le estimula a valorar y continuar la relación (Bowlby, 1988).

De modo parecido a la interacción de la madre y su niño, la DMT usa el *affect attunement* con una técnica que se llama *mirroring* (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 de espejo sirven para establecer la relación pre y no verbal entre terapeuta y paciente. Entre otros,² puede servir para acceder a esas fases tem-

2. El *mirroring* ayuda a que el paciente pueda desarrollar un sentido de su «self corporal». Freud mismo constató que el primer self es un self corporal (1923). El trabajo con el *body image* (imagen corporal) es uno de los focos principales en el trabajo de la DMT con poblaciones con trastornos alimentarios (bulimia o anorexia).

pranas en el desarrollo humano y para establecer la base segura que se ha perdido.

4.1.2. *Kinaesthetic empathy* (empatía quinesésica)

La empatía quinesésica es una técnica que permite aprender a percibir y leer quinesésicamente 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 recibir más informaciones sobre su percepción física y su vivencia emocional. ¿Cómo se percibe con una mirada que huye?, ¿qué ocurre si se mantiene una tensión muscular tan grande?, ¿cómo se respira con un torso cóncavo y un pecho colapsado?, ¿dónde se desarrollan dolores y tensiones? A veces esta técnica se utiliza también durante las sesiones para expresar empatía y aceptación profunda. Sin cambiar los roles o perder su función de «contención» (véase 4.2.), el terapeuta transmite el mensaje de que está con el paciente y de que entiende cómo se siente.

Kenny es un niño de seis años con quien trabajé durante un período de ocho meses; tuvimos sesiones individuales de 45 minutos cada semana. Lo encontré por primera vez en una escuela para niños con dificultades de comportamiento («emotional and behavioural difficulties») en la que estaba intrinado desde los cinco años. Inmediatamente me pareció un niño muy pequeño, mucho menor que los compañeros de su edad. Su apariencia física contrastaba con un montón de archivos sobre su «background» o historia personal: un relato triste de una familia con episodios de violencia, drogas y asesinatos. Era difícil encontrar a Kenny en esta montaña de hojas que hablaban tanto del suicidio de su papá como de las persecuciones que sufrió su familia en consecuencia. Los hermanos del papá acusaron a la mamá de Kenny por ese suicidio, la amenazaron y, después de algunos incidentes de violencia, la familia de Kenny tuvo que mudarse de casa varias veces. Parecía que la mamá no tenía tiempo para llorar la muerte y estar de luto, pero sí en cambio, para mitigar su tristeza con alcohol.

En las 23 sesiones que tuvimos juntos exploramos varias maneras de expresar y comunicar pensamientos, necesidades y emociones surgidas por la muerte de su padre. Uno de los temas principales era su necesidad de tener el control. Se manifestó en su perfil de movimiento: una gran tensión muscular

y una rigidez tremenda se veían en el uso frecuente del «effort»³ (cualidad de movimiento), del flujo conducido («bound flow»)⁴ combinado con el peso firme («strong weight»)⁵. A la vez parecía que tenía muy poca estabilidad: usaba el tiempo de repente («sudden timing»)⁶ y tenía poco «grounding».⁷

En nuestras sesiones Kenny deseaba tener el control sobre casi todo: sobre el espacio donde iban a tener lugar las sesiones, sobre los materiales que utilizábamos, sobre la duración cuando se terminaba la sesión y sobre mí, lo que yo decía, jugaba... Parecía que todo en su vida había estado fuera de control y que ahora él quería repararlo todo.

Después de varias sesiones con Kenny intenté «ponerme en su piel», adoptar su postura, su respiración, su tensión muscular, sus cualidades de movimiento para entenderle mejor. Me dí cuenta de que era muy fatigoso llevar mi cuerpo de esa manera: me costó un esfuerzo enorme mantener una tensión muscular tan grande, o seguir corriendo todo el tiempo con un contacto visual huidizo y un espacio de atención de no más de 15 segundos. Me sentí rígida, poco estable y desorientada y tenía ganas de descansar, informaciones que durante el tratamiento se comprobaron como muy propias de Kenny.

Si la confianza en que haya una base segura está rota, se activan defensas. El niño desilusionado expresa que no tiene ninguna necesidad de un vínculo. Simplificando mucho se pueden encontrar dos tendencias extremas:

3. Término que procede de la LMA (Análisis de movimiento de Laban). Rudolf Laban (1879-1958) se refiere con este término a aquellas cualidades de movimiento que clasifica en flujo, espacio, peso y tiempo.

4. «Bound flow»: en la LMA se refiere a un flujo conducido y dirigido del movimiento que se dirige hacia dentro y abajo. Esta cualidad de movimiento requiere una gran tensión muscular (se puede observar, por ejemplo, en la cara de una persona que está mordiendo un limón). El flujo del movimiento está relacionado con la respiración, el control y las emociones y es la primera cualidad de movimiento que el recién nacido domina.

5. «Strong weight»: significa el uso firme del peso como si alguien estuviera empujando un objeto grande y pesado. La cualidad de movimiento del peso está conectada con el *self* corporal, la sensibilidad, fisicalidad e intención y se manifiesta como tercero después del flujo y del espacio en el desarrollo del movimiento.

6. «Sudden timing»: se refiere al uso del tiempo de repente. Está relacionado con la intuición y la capacidad de tomar decisiones y se manifiesta como último en el desarrollo motor de los cuatro «efforts» (cualidades de movimiento).

7. «Grounding»: se refiere a la conexión con la tierra, las raíces y el equilibrio que tiene un individuo.

- «Flight» (huida): Este grupo se aísla y distancia. Los niños no ven a los adultos como protectores o personas que pueden apoyarles. Pueden desarrollar una vulnerabilidad narcisista extrema, un «sense of self» (sentido del *self*) muy frágil.
- «Fight» (lucha): Son niños cuyo mundo interno está poblado de personas hostiles y crueles que les rechazan. Quieren tener el control todo el tiempo, decaen emocionalmente con facilidad y se vuelven explosivos y agresivos. Son impulsivos, poco socializados y muy dependientes. En general tienen tendencias a empujar hacia la crueldad, la hostilidad y el rechazo a los que encuentran a su alrededor.

4.2. «Containment»: límites, seguridad y continuidad

Bion (1962, 1963) acuñó el término de «containment», que significa proveer de un lugar seguro al paciente. La consulta y el propio cuerpo del terapeuta crean tal espacio protegido, un territorio que metafóricamente se parece al seno materno: en este «holding environment» («entorno sostenido» de Winnicott, 1960), el paciente aprende a sentirse seguro y a enfrentarse con su problemática. 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.

Personas que han sufrido apegos rotos manifiestan en la mayoría de los casos una dificultad para confiar en que exista un espacio protegido para ellos. Si pertenecen al grupo «flight» (huida) tenderán a ignorar y a despreciar este espacio, por ejemplo llegando tarde a las sesiones, expresando desconfianza en la terapia, evitando sus problemas y dejándolos literalmente fuera del tratamiento... Estas personas retan y comprueban los límites del espacio, por ejemplo cambiando la hora y el día del tratamiento con frecuencia, terminando las sesiones antes o intentando prolongarlas en la sala de espera. Parece que, de forma reiterada, cuestionan este espacio protegido para asegurarse su existencia.

Las sesiones con Kenny tuvieron lugar en una bella sala al lado de su escuela. Le buscaba cada semana en su aula y cruzábamos un pequeño jardín para llegar a la sala. Kenny encontraba una nueva forma de escape casi cada semana: se iba corriendo por los pasillos, se escondía en los rincones más re-

motos del jardín o huía a tal velocidad que me era imposible seguirle; luego me esperaba frente a la puerta de la sala como si hubiese estado allí mucho tiempo. Tenía a menudo la sensación de tener que abordar una tarea imposible.

Una vez en la sala Kenny se embarcaba con facilidad en algún tipo de juego simbólico. Inventaba personajes y me contrató para representar aquellos seres que surgían de su mundo interno: chicos tontos y débiles, perdedores, fantasmas y asesinos. Con este «role reversal» (reversión de papeles) se ocupaba de sus aspectos reprimidos: los recreaba allí «fuera», donde él los podía ver y dirigir. A la vez me hizo aguantar los sentimientos de esos perdedores o chicos débiles: así no sólo me daba a entender muchos de sus propios sentimientos, sino que, a la vez, para él se hacían más tangibles allí «fuera». Les dábamos nombres y explorábamos sus sentimientos:

- ¡Y ahora eres un fantasma!
- ¡Un fantasma! ¿Qué tipo de fantasma soy, Kenny?
- ¡De terror! ¡Grita! ¡Aúlla!
- ¡Uuuuh! ¡Soy un fantasma de terror! ¡Todos tienen miedo de mí! ¡Uuuuh!
- ¡No! ¡El asesino te mata! ¡Yo soy el asesino!
- ¡Socorro! ¿Puedo huir?
- ¡Corre! ¡Te persigo, rápido!

Más de una vez, cuando estábamos en medio de algún juego de esos, Kenny, repentinamente, caía al suelo, boca arriba, los ojos cerrados, sin moverse. Yo trataba de seguir jugando: «¿Qué pasó? ¿Has muerto?», pero Kenny nunca contestaba. Le hablé en mi papel del juego simbólico; después, en mi rol como terapeuta, intenté reflejar lo que había pasado o captar algunos de sus posibles sentimientos. A veces pasaban minutos y Kenny no se movía. En mi contratransferencia me sentía como si el suelo desapareciera bajo mis pies, impotente, con un vacío interno y completamente atónita. Con esas escenificaciones Kenny parecía darme a entender cómo se siente uno si de repente alguien muere, desaparece y no responde más.

Otro tema principal era el hambre. Los niños que han sufrido una pérdida, que han sido privados emocional o físicamente, puede que tengan una necesidad enorme de objetos y alimentación (comida, dulces, regalos, materiales de arte). En el *setting* terapéutico, la demanda para proveer de tiempo, espacio, materiales de arte, juegos... parece infinita. ¿Cuánto puedo pedir? ¿Cuánto recibiré? Parece que algunos niños nunca reciben lo suficiente.

Con Kenny, la demanda de materiales y espacio era constante. Se arrastraba por todos los rincones de nuestra sala, subía por escaleras y paredes para aprovechar todas las partes de su espacio. A menudo controlaba si tenía toda mi atención: pedía que le mirase en cada momento de nuestras sesiones.

Siempre utilizaba todo el material que había: por ejemplo, si le preparaba veinte hojas de papel, coloreaba todas aunque únicamente dibujara una raya. Si no tenía tiempo para utilizar todos los materiales disponibles en la sala, por lo menos los tocaba y los sacaba todos: cada pelota, cuerda, tela, rueda, túnel de juguete, banco... Y pedía más:

—Pásame los lápices de colores. ¡Oh!, lila claro no hay. ¿Me lo puedes traer la semana que viene?

—¿Dáme la pelota! ¿Tienes otra? ¡Necesito otra!

—Tengo hambre. ¿Me das un bocadillo?

Yo me quedaba muchas veces preguntándome si era una «terapeuta suficientemente buena» y si tenía «suficientes y buenos materiales» para él. Parecía que nunca había bastante para satisfacer su hambre infinita.

4.3. La mirada atrás

Quien dice que la ausencia causa olvido merece ser olvidado.

Una respuesta hacia el duelo en niños y adultos es la necesidad de dar sentido a lo que ha pasado y de entender los «porqués» y «cómos» que llevaron hasta la pérdida o la separación. Eso proviene, de una parte, de la necesidad de devolver el orden y el significado a lo ocurrido y, por otra, de la esperanza de que si las circunstancias de la pérdida/separación no son entendidas no ocurrirán más. A veces, sin embargo, para llegar a esta conclusión, se necesitan años.

Los niños en particular necesitan visitar y retrabajar sus experiencias y sentimientos de duelo durante el tiempo que crecen y se desarrollan. A veces, con su comportamiento o con señales de una preocupación recurrente nos indican que necesitan ayuda. Los adultos, cuando pasan de una transición de la vida a otra, intentan reconectar con partes de su pasado, de comprobar memorias elusivas y de diferenciar entre fantasía y realidad: los adultos revuelven en sus memorias, en sus fotos y cuentos familiares. Visitan hogares o luga-

res de su pasado y llevan a sus esposos o a su propia familia a ver esos sitios.

Si el esfuerzo de restaurar el apego roto no tiene éxito, tarde o temprano este esfuerzo desaparece. Pero normalmente éste no es el caso. Al contrario, la evidencia muestra que quizás con intervalos más largos este esfuerzo de restablecer el lazo afectivo se renueva cada vez; y entonces el duelo y la necesidad de búsqueda se vive de nuevo. Parece que el comportamiento de apego permanece y se puede reactivar bajo varias circunstancias (Bowlby, 1980).

Vaillant (1988) sugiere que el papel de la psicoterapia es el de permitir al paciente redescubrir a los seres queridos que ha perdido. A través del proceso de duelo, los fragmentos «split off» de la persona del apego se pueden asimilar y reintegrar. Así, memorias que normalmente se quedan en el inconsciente surgen a través del «acting out» y la repetición.

4.4. Separaciones y finales de tratamiento en terapia

Los finales o separaciones temporales son fases críticas en el tratamiento, aún más con pacientes que han sufrido un vínculo roto. Las vacaciones o interrupciones pueden evocar el dolor de roturas previas o el riesgo de apegarse al terapeuta. La fase terminal puede ofrecer una posibilidad para examinar asuntos en conexión con la separación y pérdida, para conectar con experiencias previas de separación o preparar para separaciones futuras.

Si el proceso de duelo todavía no está superado se observan dos tendencias extremas antes de separaciones temporales o cierres: el paciente puede desarrollar sentimientos de idealización hacia el o la terapeuta, percibiéndolos como perfectos y manifestando una gratitud enorme. O, por el contrario, también puede ocurrir que el paciente exprese desilusión, por ejemplo evitando la despedida, enfadándose por alguna razón con el/la terapeuta o despreciando el tratamiento anterior de alguna manera. Ambos extremos evitan el proceso de duelo.

En la última sesión antes de unas breves vacaciones, Kenny expresó desilusión. No quiso venir a la sesión, mostró ambivalencia y destructividad ha-

cia mí. Parecía aburrido y no quiso jugar con ningunos de los materiales; me habló del trabajo de números que estaba haciendo en clase y decidió terminar la sesión antes de tiempo.

En un punto avanzado de la terapia, antes de otras vacaciones cortas, andó a gatas por un túnel de juguete, lo atravesó hacia el otro lado y me miró desde una distancia. Me dijo: «¿Entonces, no volverás?». Y yo contesté: «Por supuesto que volveré, Kenny. Pero tenemos dos semanas de vacaciones y habrá dos lunes que no nos veremos». Kenny esperó un momento, después contestó con una voz muy bajita: «Eso es un tiempo muy largo».

Con niños se recomienda un medio concreto que ayude a organizar y entender el tiempo mejor: debido a las capacidades cognitivas del niño se introduce un calendario de papel, de cubos coloreados o de bolas (algún objeto que facilite la organización y estructuración del tiempo disponible). De esta manera se explica y clarifica cuándo habrá separaciones breves, si se pueden anticipar, y cuándo se acabará el tratamiento.

En este contexto quiero mencionar brevemente cierta polémica con la cual los terapeutas se ven confrontados, sobre todo con pacientes que han sufrido vínculos rotos. Circunstancias familiares, geográficas, económicas u otros obstáculos imprevisibles pueden impedir la continuación recomendada de un tratamiento. Una separación anticipada puede reafirmar en el paciente desilusionado que todos los vínculos se rompen de repente. Siempre queda la pregunta de cuál es mejor: una terapia breve o ninguna terapia.

Las últimas tres sesiones con Kenny giraron alrededor de temas como el «estar juntos» y «separados». Jugó conmigo pero me dejó aparte cada vez, alejándose y jugando por separado. Cuando traté de verbalizar las emociones en conexión con el fin de la terapia, me cortó, se puso agresivo y gritó: «¡Déjame en paz!». Después se vino abajo, cayó al suelo, se acurrucó y me dijo que estaba muerto. En mi contratransferencia me sentí desesperada, impotente y muy, muy triste.

Cuando me acerqué al «Kenny muerto» explotó otra vez, saltó y gritó de repente: «¡Voy a hacer una oruga!». Cogió un lápiz rojo y, en la primera página de su carpeta, dibujó una oruga. Yo me quedé paralizada: había utilizado la oruga antes en mi trabajo con niños para discutir las dimensiones espirituales de pérdida y separación. Sirve como símbolo de cambio y transformación: es un animal feo que trabaja mucho en su primera etapa de la vida. Después vive

un tiempo de transformación. Cambia en una bella mariposa, dejando una parte de su existencia para volar de una flor a otra.

No había tiempo para preguntar a Kenny qué significaba la oruga para él, porque en cuanto terminó puso su dibujo en la primera página de su carpeta, tiró ésta en mi dirección y gritó: «¡Basta! ¡Me voy!». Parece que era más fácil dejarme a mí que sentirse otra vez abandonado por alguien que se va.

En la penúltima sesión, Kenny llegó con una tos muy grave y apareció extremadamente vulnerable y frágil. Después de un ataque de tos se sentó en el suelo y me pidió poner su cinta favorita. Se estiró boca abajo en nuestro rincón en el suelo, su cabeza encima de un cojín, sus ojos muy abiertos, escuchando la música. Yo me acurrucé a su lado y vi cómo se quedó sin defensas, frágil y vulnerable, casi la sesión entera, respirando de manera irregular y tosiendo de vez en cuando. Había anticipado muchos imprevistos durante el proceso de finalización, pero no me había esperado un comportamiento como éste. Su «no-mover» me conmovió mucho. Me quedé a su lado luchando contra mis lágrimas.

Hacia el final de la sesión hablé de los momentos que habíamos tenido y de algunos de los juegos con los que nos habíamos divertido juntos. Recordé situaciones e imágenes que habían surgido. Le conté acerca de movimientos especiales suyos que yo iba a recordar siempre, y de emociones que habíamos vivido juntos, como la tristeza que sentíamos a la hora de despedirnos. Le expliqué otra vez las razones de esta separación y expresé que yo también estaba muy triste porque no lo vería más.

En la última sesión, Kenny vino mal dispuesto; dio algunos rodeos, pero finalmente entró directamente a la sala. Decidió jugar al juego del «pilla-pilla», y yo no podía atraparle nunca. Recordó la canción que me había cantado antes, con las palabras correctas esta vez:

God made the sun, it shines on me. / God made the sun and god made me.
God made the wind, it blows on me. / God made the wind and god made me.

Paró un momento:

God made the birds, they sing for me.
God made the birds and god made me.⁸

8. «Dios creó el Sol que brilla encima de mí. Dios creó el Sol y Dios me creó a mí. Dios creó el viento que sopla encima de mí. Dios creó el viento y Dios me creó a mí. Dios creó los pájaros que cantan por mí. Dios creó los pájaros y Dios me creó a mí.»

Después jugó solo, acercándose de vez en cuando pero sin tocarme y sin mantener el contacto visual. Yo me quedé en un rincón de la sala, ya lejos, casi separada. Me quedo con la imagen de la oruga: no sé si un día se convertirá realmente en una mariposa. A lo mejor nunca lo sabré, pero la posibilidad existe.

5. Bibliografía

- Ainsworth, M. (1967), *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Ainsworth, M. y Bowlby, J. (1991), «An ethological approach to personality development», *The American Psychologist*, 46, pp. 333-341.
- Allan, J. y Bertoia, J. (1992), *Griten paths to healing, education and Jungian child counselling*, Dallas, Spring Publications, Inc.
- Avstreich, A. (1981) «The emerging self: Psychoanalytic concepts of self development and their implications for dance therapy», *American Journal of Dance Therapy*, 4(2), pp. 21-32.
- Barett, M. y Trevitt, J. (1991) *Attachment behaviour and the schoolchild: An introduction to educational therapy*, Londres, Routledge.
- Barrows, P. (1996) «Individual psychotherapy for children in foster care: Possibilities and limitations», *Clinical child psychology and psychiatry*, 1(3), pp. 385-397.
- Bateson, M. C. (1993). «Composing a life», en: Simkinson, C. y Simkinson, A. (eds.), *Sacred stories. A celebration of the power of stories to transform and heal*, Nueva York, Harper Collins.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*, Nueva York, Basic Books; trad. castellana: *Aprendiendo de la experiencia*, Barcelona, Paidós, 1980.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*, Londres, Heineman.
- Blatz, W. E. (1966). *Human Security: Some reflections*, Toronto, University of Toronto Press.
- Blau, B. y Reicher, D. (1995). «Early intervention with children at risk for attachment disorders», en: Levy, J., Fried, J. y Leventhal, F. (eds). *Dance and other expressive art therapies, when words are not enough*, Nueva York, Routledge, pp. 180-189.
- Bowlby, J. (1944). «Forty-four juvenile thieves. Their characters and their home-life», en *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19-52, 107-127.
- Bowlby, J. (1958). «The Nature of the child's tie to his mother», en *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 1-23.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*, Londres, Tavistock Institute; trad. castellana: *El vínculo afectivo*, Barcelona, Paidós, 1997.
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and Loss: Vol. 1 de Attachment*, Londres, Penguin Books; trad. castellana: *El apego y la pérdida*, Barcelona, Paidós, 1998.
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and Loss: Vol. 3: Sadness and Depression*, London, Penguin Books; Nueva York, Basic Books, 1980; trad. castellana: *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*, Barcelona, Paidós, 1983.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge; trad. castellana: *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, Barcelona, Paidós, 1996.
- Bretherton, I. (1992). «The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth», *Developmental Psychology*, Sept. 28 (5), pp. 759-775.
- Charles, G. y Matheson, J. (1990) «Children in foster care: Issues of separation and attachment», *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, otoño 2 (2), pp. 37-49.
- Chodorow, J. (1991) *Dance Therapy & Depth Psychology. The moving imagination*, Londres: Routledge.
- Coffey, A. y Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: Complementary research strategies*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Collins, N. R. y Read, S. J. (1994) «Representations of attachment: The structure and function of working models», en: K. Bartholomew y D. Perlman (eds.), *Advances in Personal Relationships*, vol 5: *Attachment Process in Adulthood*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, pp. 53-90.
- Dulicai, D. y Silberstein, S. (1984) «Expressive movement in children and mothers: Focus on individuation», *Arts in Psychotherapy*, verano, 11 (2), pp. 63-68.
- Dyke, S. (s.f.) «Endings», artículo inédito, presentado en un congreso organizado por el ILEA Schools Psychological Service, Londres.
- Eagle, R. S. (1993) «Airplanes Crash, Spaceships Stay in Orbit», *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2 (4), pp. 318-334.
- Emde, R. y Buchsbaum, H. (1990) «"Didn't you hear my mommy?" Autonomy with connectedness in moral self-emergence», en: D. Cicchetti y M. Beeghly (eds.), *The self in transition*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 35-60.

- Fahlberg, V. (1979) *Attachment and Separation*, Michigan, Department of Social Services Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Steele, H., Target, M., Steele, M. y Higgitt, A. (1995 a) «Attachment, Borderline states and the representation of emotions and cognitions in self and other», en: Cicchetti, D. y Toth, Sh. (eds.), *Emotion, cognition, and representation*, Rochester symposium on developmental psychopathology, 6, Rochester, University of Rochester Press, pp. 371-414.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T. Kennedy, R., Mattoon, G. y Target, M. (1995 b) «Attachment, the reflective self, borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development», en: Goldberg, S., Roy M. y Kerr, J. (eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*, Hillsdale, Analytic Press, Inc., pp. 233-278.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M. y Steele, H. (1996) «The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, febrero 64 (1), pp. 22-31.
- Fordham, M. (1957) *New developments in analytical psychology*, London, Routledge and Kegan Paul.
- Fraiberg, S. (1969) «Libidinal object constancy and mental representation», *Psychoanalytic Study Child*, 24, 9-47.
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. Gesammelte Werke 13, 237-289; trad. castellana: «El yo y el ello», en: *Obras completas*, vol. ..., pp....
- Gaensbauer, T., Chatoor, I., Drell, M., Siegel, D. y Zeanah, C. (1995) «Traumatic Loss in a One-Year-Old Girl», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, abril 34 (4), pp. 520-528.
- Gall, E. (1996) *Baba Yaga and Vasalisa, Myth work with challenging behaviour*, en: Pearson, J. (ed.), *Discovering the self through drama and movement: The sesame approach*, Londres, Jessica Publishers.
- Gonick, R. y Gold, M. (1992) «Fragile attachments: Expressive arts therapy with children in foster care», *The Arts in Psychotherapy*, 18, pp. 433-440.
- Grant, C. y Matheson, J. (1990) «Children in Foster Care: Issues of Separation and Attachment», en *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 2 (2), pp. 37- 49.
- Greenhalgh, P. (1994) *Emotional growth and learning*, Londres, Routledge.
- Hamilton, C. (1994) «Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence», tesis doctoral inédita, UC-Los Angeles, Los Angeles.
- Harris, P. L. (1989) *Children and emotion: The development of psychological understanding*, Oxford, Basil Blackwell.
- Hatch, F. W. y Maietta, L. (1991) «The role of kinesthesia in pre-and perinatal bonding», *Pre-and peri-natal psychology*, 5 (3), pp. 253-270.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby & Attachment Theory*, Londres, Routledge.
- Hopkins, J. (1987) «Failure of the holding relationship. Some effects of physical rejection on the child's attachment and inner experience», en: Murray Parkes, C. Stevenson-Hinde, J. y Marris, P. (eds.), *Attachment across the life cycle*, Londres, Routledge, pp.187-198.
- Jewett, C. (1982). *Helping Children Cope with Separation and Loss*. Child Care Policy and Practice, Boston, Harvard Common Press Inc.
- Jung, C. G. (1916) «The transcendent function», *Collected Works* 8, Princeton, Princeton University Press, 1975, pp. 67-91.
- Kalmanson, B. (1990) *Understanding children's responses to separation*, American Psychiatric Press Inc, Washington D.C., pp. 159-175.
- Kalter, N. (1987) «Long-term effects of divorce on children: A developmental vulnerability model», *American Journal of Orthopsychiatry*, octubre, 57 (4), pp. 587-600.
- Karen, R. (1990) «Becoming attached», *The Atlantic Monthly*, (febrero), pp. 35-70.
- Kennell, J., Voos, D. y Klaus M. (1976) «Parent - Infant - Bonding», en: Helfer, R. y Kempe, C. H. (eds.), *Child abuse and neglect*, Cambridge, Mass., Ballinger Publishing.
- Kernberg, P. (1991) «Termination in child psychoanalysis: Criteria from within the sessions», en: Schmukler, A. (ed.), *Saying goodbye: A casebook of termination in child and adolescent analysis and therapy*, Hillsdale, Analytic Press, Inc., pp. 321-337.
- Kestenbaum, R., Farber, E., y Sroufe, L. A. (1989) «Individual differences in empathy among preschoolers' concurrent and predictive validity», en: N. Eisenberg (ed.), *Empathy and Related Emotional Responses: New Directions for Child Development*, San Francisco, Jossey-Bass, pp. 51-56.
- Kramer, S. (1992) «Nonverbal manifestations of unresolved separation-individuation in adult psychopathology», en: Kramer, S. y Salzman, K. (eds.), *When the Body Speaks: Psychological Meanings and Kinetic Clues*, Northvale, Jason Aronson, Inc., pp. 2-19.

- Levy, F. (1988) *Dance movement therapy, a healing art*, Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Levy, F. J., Fried, J. P. y Leventhal, F. (eds.), (1995): *Dance and Other Expressive Arts Therapies: When Words are Not Enough*, Londres, Routledge.
- Lewis, R. (1993) «The story the child keeps», en: Simpkinson C. y Simpkinson, A. (eds.), *Sacred stories. A celebration of the power of stories to transform and heal*, Nueva York, Harper Collins.
- Lieberman, A. F., y Pawl, J. H. (1990) «Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life: Conceptual issues and clinical intervention», en: M. T. Greenberg, D. Cicchetti y E. M. Cummings (eds.), *Attachment in the Preschool Years*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 375-398.
- Lohnes, K. y Kalter, N. (1994) «Preventive intervention group for parentally bereaved children», *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, octubre, pp. 594-603.
- Löwen, A. (1967) *The Betrayal of the Body*, Nueva York, Collier Macmillan.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1975) *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*, Nueva York, Basic Books.
- Main, M. (1986) «Parental aversion to physical contact with the infant: Stability, consequences and reasons», en: Brazelton, T.B. (ed.), *Touch*, Nueva York, New York University Press.
- Main, M. (1997). «Attachment narratives and attachment across the lifespan», ponencia presentada en las Jornadas de otoño de la American Psychoanalytic Association, Nueva York.
- North, M. (1972) *Personality Assessment through Movement*. Plymouth, MacDonald & Evans; 1990: Plymouth: Northcote House Publishers Ltd.
- Obrach, I. (1996) «The role of the body experience in self-destruction», *Clinical Child Psychology*, 1(4), pp. 607-619, Londres, Sage Publications.
- Payne, H. (1992). «Shut in, shut out: dance movement therapy with children and adolescents», en: Payne (ed), *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*, Londres, Routledge.
- Penfield, K. (1992) «Individual movement psychotherapy: dance movement therapy in private practice», en: Payne (ed), *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*, Londres, Routledge.

- Petzhold, H. G. (1981) «Leibzeit», *Integrative Therapie* 2/3, pp. 167-168.
- Petzold, H., Berger, A. (1977) «Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten», en: Petzold, H. (ed.): *Die neuen Körpertherapien*, Paderborn, Junfermann, pp. 452-477.
- Piaget, J. (1969) *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, Madrid, Aguilar.
- Rakusin, A. (1990) «A dance/movement therapy model incorporating movement education concepts for emotionally disturbed children», *Arts in Psychotherapy*, 17, pp. 55-67.
- Reich, W. (1995) *Análisis del carácter*, Barcelona, Paidós.
- Robertson, J. y Bowlby, J. (1952) «Responses of young children to separation from their mothers», *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, pp. 131-142.
- Robertson, J. (1953) «A two-year-old goes to hospital» (película). Londres, Tavistock Child Development Research Unit.
- Sarnoff, C. (1984). «Discussion of Dulicai and Silberstein "Expressive movement in children and mothers: Focus on individuation"», *Arts in Psychotherapy*, verano 11 (2), pp. 69-70.
- Segal, H. (2002) *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Barcelona, Paidós.
- Serrano, C. y Markovkin, A. (2001) «Los últimos niños de la guerra», *El País Semanal*, número 1304, 23 de septiembre.
- Sidoli, M. y Davies, M. (1988) *Jungian child psychotherapy, individuation in childhood*, Londres, H. Karnac Books, Ltd.
- Sroufe, L. A. (1979) «Socioemotional development», en: J. Osofsky (ed.), *Handbook of Infant Development*, Nueva York, Wiley, pp. 462-516.
- Sroufe, L. A. (1983) *Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence*, (vol. 16), Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., y Kreutzer, T. (1990) «The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood», *Child Development*, 61, pp. 1363-1373.
- Stanton-Jones, K. (1992), *An introduction to Dance Movement Therapy in psychiatry*, Londres-Nueva York, Routledge.
- Stark, A., Aronow, S. y McGeeham, T. (1989) «Dance/movement therapy with bulimic patients», en: L. M. Hornyak y E. K. Baker, (eds.) *Experiential therapies for eating disorders*, Nueva York, The Guilford Press, pp. 121-143.

- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, Nueva York, Basic Books.
- Vaillant, G. (1988) «Attachment, loss and rediscovery», *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, otoño-invierno, 10 (2), pp. 148-164.
- Waters, E., Merrick, S., Albersheim, L., Treboux, D. y Crowell, J. (1995). «From the strange situation to the Adult Attachment Interview: A 20-year longitudinal study of attachment security in infancy and early adulthood», Estudio presentado a la *Society for Research in Child Development*, Indianapolis, mayo de 1995.
- Waters, E., Wippman, J. y Sroufe, L. A. (1979) «Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation», *Child Development*, 50, pp. 821-829.
- Winnicott, D.W. (1957) *The child, the family and the outside world*, Londres, Penguin Books.
- Winnicott, D. W. (1960). *The theory of the parent-infant relationship. The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Nueva York, International University Press, pp. 37-55.
- Winnicott, D.W. (1963) From dependence towards independence in the development of the individual. *The maturation processes and the facilitating environment*, Londres, Hogart.
- Winnicott, D. W. (1971) *Playing and Reality*, Londres, Tavistock; trad. castellana: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.

4. Encerrados y excluidos: Danza Movimiento Terapia con niños y adolescentes

Helen Payne

Introducción

Este capítulo es el resumen de una serie de reflexiones, fruto de más de diez años de práctica e investigación en DMT con niños y adolescentes en contextos de educación especial. La DMT plantea la transformación a través del movimiento corporal, transformación que acontece en un espacio simbólico. Según Winnicott, la terapia se da en el lugar simbólico donde los espacios de juego del paciente y de la terapeuta* se cruzan. Este espacio potencial de juego es el que se encuentra entre el objeto subjetivo y el objeto que se percibe subjetivamente. Tiene que ver con «dos personas jugando juntas» (Winnicott, 1971: 38) y está muy relacionado con el «hacer».

En cierto modo, las etapas de la niñez y la adolescencia también 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. (Curiosamente, muchas de las poblaciones jóvenes a las que se refiere este capítulo se encuentran literalmente en la calle en condiciones muy vulnerables.) En estas etapas de crecimiento tienen lugar cambios importantes derivados de las bases de la vida psicológica

* Se usará el genérico «la terapeuta» en femenino a lo largo de todo el texto dado que la práctica totalidad de las profesionales de este campo son mujeres. [N. de la T.].

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.

Leyendo este capítulo se harán ustedes una idea de las bases teóricas del trabajo en DMT con esta población, además de compartir conmigo una aproximación única a la experiencia del paciente de DMT.

Para facilitar la lectura, el capítulo se divide en dos secciones. La primera ayuda a entender las bases necesarias para trabajar con niños y adolescentes, y ofrece un repaso actualizado de la investigación y la práctica de los profesionales que han trabajado en este área. Se trata de una visión general teórica donde se repasa la literatura existente, sobre todo en el campo específico de la población adolescente y delincuente.

La segunda parte se centra en la aplicación práctica, los conceptos principales y la ilustración de un caso que da cuenta de la percepción de un adolescente sobre su propia experiencia en un proceso de DMT. Dicha ilustración constituye una novedad con respecto a la literatura en general, donde únicamente se documenta la visión que la terapeuta tiene del proceso. Si no se incluyera la experiencia del paciente en el proceso se podría asumir que dicha vivencia no tiene ninguna importancia para nuestro estudio sobre la DMT. Yo creo firmemente que entender la realidad del paciente sobre su experiencia es crucial para que éste se implique en su proceso de cambio. Uno de mis estudios de investigación explora este aspecto del trabajo con detenimiento (Payne, 1986, 1987, 1988a, 1988b).

Finalmente, en la conclusión se presentan algunas de las implicaciones del trabajo y se reflexiona sobre el futuro de la DMT con niños y adolescentes.

I. Detrás del escenario

Los dos tipos de contextos en los que se trabajó el material que presento son: a) escuelas de educación especial para niños con dificultades moderadas de aprendizaje y niños y adolescentes autistas o psicóticos, y b) centros residenciales entre los que se incluye el hogar de acogida de una comunidad regional donde se ofrece educación especial para los internos. Se trata de un hogar para jóvenes que se encuentran bajo

tutela por diversos motivos, principalmente por estar fuera del control de los padres (un servicio llamado «escuela de Lista D» en Escocia). Ambas estructuras acogen a niños y adolescentes que presentan conductas antisociales y que, en muchos casos, son considerados emocionalmente perturbados por distintas razones. Gran parte de este material se puede aplicar tanto en intervenciones pre-tratamiento como en tratamientos terapéuticos de contextos psiquiátricos para niños y adolescentes, como son las unidades para gente joven de los hospitales o las clínicas psiquiátricas para niños y familias.

Introducción teórica

En los expedientes de los niños y adolescentes a los que se refiere el presente capítulo constan etiquetas diagnósticas como «trastorno emocional/de conducta», «inadaptación», «delincuencia», «carencias afectivas», «retraso», «perturbaciones del comportamiento», «discapacidades de aprendizaje», «autismo» y «psicosis». Estos diagnósticos incluyen problemas de comunicación, hiperactividad, trastornos del lenguaje, anorexia, fobia a la escuela y depresión. Como no hay espacio aquí para revisar cada una de esas condiciones individualmente, presentaremos una visión global de las categorías generales. Las definiciones y referencias de la literatura pertenecen a informes y trabajos de investigación sobre temáticas como trastornos y perturbaciones de la conducta, delincuencia, autismo y psicosis infantil, así como dificultades moderadas de aprendizaje.

Wilson y Evans (1980) consideran que el concepto «perturbado» define cualquier anormalidad de comportamiento, emoción o relación suficientemente marcada o suficientemente prolongada como para causar una discapacidad en el niño mismo y/o cierto malestar o perturbación en su familia o comunidad. Esto incluye a niños que son «difíciles» o «destrutivos» en la escuela pero que, por otro lado, tienen relaciones normales con otros grupos sociales. Esta definición sigue una orientación educativa.

La etiqueta «delincuente» es un término complejo que engloba muchos aspectos y que se aplica a un gran número de niños y adolescentes que, por diferentes razones, padecen o causan problemas y han estado en contacto con el sistema judicial para menores. Parece haber solapamiento entre los términos inadaptación o trastorno emocional y

132

de conducta (término educativo), trastorno emocional (término psicológico) y delincuencia (término social). Los términos inadaptación y delincuencia suelen ser utilizados indistintamente dependiendo de los profesionales que evalúan el caso y los centros de derivación. La evidencia parece demostrar que quienes presentan perturbaciones de conducta son etiquetados con el término «trastorno emocional y de conducta», por lo que necesitan ayuda y tratamiento, hasta que sus conductas son consideradas persistentemente ofensivas y entonces son calificados de delincuentes, ante lo que se decide que requieren control o incluso castigo. Muchos de los etiquetados con trastorno emocional y de conducta y como delincuentes presentan además graves dificultades de aprendizaje.

En mi opinión, la definición del concepto delincuente debe permitir englobar a personas jóvenes que han sido descuidadas y privadas de afecto, que causan problemas a los demás y a sí mismos, en definitiva, que están «metidos en problemas» y sufren problemas. El trabajo de DMT se centra en tratar a aquellos delincuentes que además presentan ansiedad.

El concepto de autismo es distinto a lo anteriormente descrito. Se trata de una discapacidad de comunicación que implica una dificultad específica en la comprensión y el uso del lenguaje conversacional, la entonación, la gestualidad, la expresión facial y otras manifestaciones corporales. Estos enfermos presentan dificultades de relación como, por ejemplo, baja empatía social o rechazo al contacto corporal normal. Otros aspectos manifiestos son: conductas ritualistas, resistencia al cambio, conductas obsesivas y, a menudo, desafiantes o graves discapacidades de aprendizaje. El término psicosis infantil es más general y se utiliza para designar las formas más graves de sufrimiento emocional. Ambos trastornos conllevan serias discapacidades.

Muchos de los que reciben educación especial para sus dificultades moderadas de aprendizaje están bajo el cuidado de la comunidad local. Muchas veces han experimentado carencias en su primera infancia y a causa de crisis o separaciones familiares han sido acogidos temporalmente en instituciones o familias. Muchos de ellos vienen de barrios con pocos recursos educativos y de familias numerosas que reciben ayudas económicas del Estado. Generalmente se caracterizan por una baja autoestima y escasos logros escolares. Han sido evaluados por psicólogos, obteniendo resultados por debajo del coeficiente

133

intelectual considerado necesario para una educación normal y han sido separados de sus compañeros habituales para ser atendidos en una escuela especial. Sus carencias en conocimientos son muchas veces el resultado de frecuentes cambios escolares y/o de su falta de atención. Sus dificultades en la comunicación verbal, la escucha, el juego y su tendencia a la hiperactividad señalan la necesidad de una relación estable y de confianza con un adulto (Holmes, 1977, 1983).

El enfoque

La DMT es una estrategia alternativa de tratamiento para estos grupos de jóvenes. Está basada en la acción e incluye el intercambio verbal y vocal, pero no depende de un lenguaje sofisticado. El cuerpo y el movimiento son el vehículo de una expresión y comunicación preverbal y simbólica. Es danza en la medida en que la persona involucrada o que observa lo percibe como tal. La DMT utiliza la danza en muchas de sus manifestaciones, desde el baile casi imperceptible que se puede ver en la quietud, hasta patrones de movimiento complejos, rítmicos, con gestos, frases repetitivas o pasos por el espacio, más generalmente aceptados como danza. El simbolismo y el uso del cuerpo como metáfora son fundamentales en el enfoque de la DMT. Integra elementos de la danza que incluyen el ritmo, el espacio y la energía. El movimiento creativo (basado en los principios de Laban), más que los pasos prescritos, son la base de esta aproximación terapéutica, aunque también se utilizan actividades orientadas a tareas concretas y el movimiento evolutivo, dependiendo de la población. Sin embargo, no se trata de un enfoque altamente prescriptivo ni correctivo en el sentido de constituir un programa de reeducación conductual y postural. Más bien está pensado para involucrar a la gente joven en una experiencia creativa con la que construir relaciones y desarrollar una definición de sí mismos. Hay otras aproximaciones de trabajo terapéutico que también centran el tratamiento en este tipo de objetivo. Por ejemplo, la psiquiatría infantil y de familia, las intervenciones pre-tratamiento y algunos grupos en servicios sociales.

Mi formación y experiencia en terapia humanística, conductista y psicoanalítica me han permitido adaptar el enfoque de la DMT a distintas poblaciones. Así, por ejemplo, en un estudio de investigación observamos que la aproximación de tipo analítico de la DMT no era apropiada

da para grupos con un funcionamiento y un desarrollo verbal muy básicos, pero que era aplicable a grupos de adolescentes de psiquiatría. En algunos casos, he comprobado que la aproximación conductista era útil para trabajar con niños autistas y jóvenes delincuentes. A lo largo de sus años de desarrollo, el modelo de la DMT ha tenido pues que adaptarse a las necesidades de los distintos pacientes. Se ha visto que el trabajo individual con niños autistas es más efectivo cuando se combina con algunas sesiones en grupo pequeño. Con adolescentes considerados delincuentes, las sesiones de DMT contenían la agresividad cuando se centran en tareas concretas como juegos de movimiento o competiciones de tipo corporal, por ejemplo aguantando una postura (ejercicio de bioenergética) y trabajando en parejas o en pequeños subgrupos. En este caso concreto, la terapeuta condujo la actividad física con el objetivo de conseguir estructurar las necesidades de lucha y huida de los jóvenes, posibilitando a la vez que cada uno mantuviera su identidad.

En general, el calentamiento de las sesiones consiste en ejercicios simples de movimiento y para el cierre se suelen utilizar métodos de relajación. Utilizar objetos, técnicas de *role-play** y música es muy frecuente en estos grupos. Sin embargo, en el caso de niños pequeños autistas en etapa de latencia y de algunos niños con dificultades de aprendizaje, los tratamientos se centran más en las etapas del desarrollo, por lo que se trabajan movimientos concretos como el balanceo, el gateo o el sentarse. También se han realizado trabajos de grupo en círculo que mostraban cómo personas con dificultades moderadas de aprendizaje conseguían acceder a imágenes a través de improvisaciones de movimiento o de determinadas posturas (tal como se propone en la terapia de la Gestalt). Cada una de las estrategias desarrolladas se ha ido seleccionando para tratar temas específicos que emergen de los propios pacientes, en el marco de sus metas terapéuticas.

En el grupo en el que participé dentro de mi formación psicoanalítica de grupos, se esperaba que nos expresáramos sólo verbalmente. Cuando trataba de inducir al contacto físico a los demás participantes del grupo, automáticamente mi intento era interpretado por uno de los conductores.¹ Durante los dos años en que se dieron estas sesiones

* «Representación de roles»: término generalmente utilizado en inglés, sin traducirlo, en el ámbito de la psicología clínica. [N. de la T.].

1. *Conductor* es un término técnico adoptado para designar al facilitador de la psicoterapia de grupo dentro del enfoque analítico de grupos.

semanales, los movimientos físicamente expansivos también fueron muy restringidos, aunque, por supuesto, las personas se movían de un lado a otro al salir de las sesiones. Al final de la última sesión, lógicamente, el contacto físico entre nosotros fue muy efusivo al despedirnos. En la pared de la sala colgaba un retrato grande de Freud, el padre de la terapia verbal, con los brazos cruzados, mirando fijamente hacia nosotros. Esa imagen permanece en mi memoria. Fue uno de sus estudiantes, Wilhelm Reich, quien adoptó una postura controvertida cuando desarrolló una aproximación terapéutica que utilizaba el cuerpo, la respiración y el contacto como herramientas. Mi manera de trabajar está influida por las ideas de ambos pioneros y también por las de Jung, y las utilizo cuando lo considero apropiado. Así, por ejemplo, puedo utilizar el círculo, provocando sincronía entre la música y el movimiento que va surgiendo, como una buena manera de establecer seguridad y confianza en los primeros estadios de un grupo. En los grupos analíticos de DMT, sin embargo, se suelen dar menos dificultades de participación, por lo que pueden servir para ayudar a los adolescentes más reacios o perturbados a inventarse movimientos y a participar con todo el grupo (incluido el conductor). Teniendo en cuenta que los adolescentes a menudo temen ser excluidos, este método estimula la motivación al implicar a cada miembro del grupo en un mismo nivel. Ninguno tiene que ser el protagonista durante demasiado tiempo pero a la vez todos reciben atención. Para estos jóvenes, que utilizan la huida (o la acción) como defensa diaria contra el cambio, el no-actuar o la reflexión/interacción verbal reduce sus defensas y aumenta la intensidad. Si el conductor del grupo adopta una actitud poco directiva, la eficacia del proceso depende menos de su estilo personal y se reduce el problema de la autoridad que predomina tanto en esta población. La meta es trabajar con el individuo con los medios del grupo mismo (Foulkes, 1965; Foulkes y Anthony 1984). Utilizando la asociación libre del grupo en relación con el movimiento, el sonido y las palabras, se puede llegar a una explicación del inconsciente del grupo con la que los propios miembros interpretan los procesos. En el diálogo verbal que sigue al movimiento en una sesión, cada individuo que interviene se considera en ese momento portavoz tanto del grupo como de sí mismo. Se necesita suficiente fuerza del ego y heterogeneidad de comportamiento para implicarse a fondo en el trabajo con adolescentes siguiendo este enfoque.

El niño o adolescente psicótico está muchas veces en un estado extremo de permeabilidad corporal. Parece fusionarse con las paredes, dando a entender su débil sentido de diferenciación del *self*. Los autistas, en cambio, suelen mostrarse muy rígidos en sus límites corporales, están cerrados a cualquier tipo de contacto y parecen querer separarse totalmente de los demás. Trabajando con el contacto físico, la psicoterapeuta en DM puede contener físicamente al niño, ayudándole así a modificar los límites corporales y creando también un espacio en su mente para las emociones del niño. Fusionarse y separarse son procesos recurrentes en la vida a los que van vinculados sentimientos diversos. El contacto físico, en el contexto de la DMT, puede convertirse en una metáfora con la que elaborar dichos sentimientos.

Repaso de la literatura y la investigación más relevantes

La conexión entre la DMT y la psicoterapia, en sus diferentes enfoques, es muy clara ya que la primera utiliza muchos de los conceptos y recursos de la terapia verbal. En el campo de la educación, en cambio, hay pocos estudios sobre procesos de DMT con niños y adolescentes, por lo que puede ser de utilidad revisar estudios sobre la aplicación de otras terapias creativas y de la psicoterapia a dicho campo. En el presente repaso se hace referencia a varios trabajos realizados en Gran Bretaña, aunque se cita también material de Estados Unidos cuando procede.

DMT

Aunque gran parte de la literatura que trata este tema ha sido publicada en Estados Unidos, donde la DMT está más establecida, no toda la investigación y los estudios relevantes provienen de allí. Por ejemplo, North (1972) documenta su investigación en DMT con niños inadaptados y más tarde en una escuela residencial con niños sordos (North, 1973). Meier (1979) ofrece una visión global de su trabajo con niños discapacitados. Payne describe la DMT en una escuela especial para niños con dificultades de aprendizaje (1981) y con dificultades emocionales (1984), y expone un trabajo de investigación sobre DMT con varones adolescentes etiquetados como delincuentes (1985, 1986, 1987, 1988a y 1988b). Sherborne (1990) presenta un resumen actualiza-

do de su trabajo en movimiento evolutivo con niños con dificultades de aprendizaje. Billington (1981) expone un exhaustivo trabajo basado en las técnicas de Sherborne (1975) en una escuela de chicos inadaptados. Groves (1979) describe experiencias de danza con chicas con dificultades moderadas de aprendizaje.

Una investigación no publicada de Scott (1988) expone los resultados de tratamientos con DMT aplicados en el currículo escolar de niños con dificultades emocionales y de conducta. La evaluación de dichos procesos muestra que, en el caso de delincuentes jóvenes, la técnica de danza «*contact-improvisación*» es efectiva en su aplicación a las áreas de educación personal y social que establece el plan de estudios nacional.

Existen algunos escritos norteamericanos sobre el uso de la DMT en la educación. Entre las primeras publicaciones se encuentran, por ejemplo, Tipple (1975) —sobre espectáculos y habilidades sociales— y Rogers (1977), quien expone un estudio en el que se observó que las personas con un índice cognitivo más alto mostraban una complejidad de movimiento mayor, la cual, a su vez, se incrementaba a medida que aumentaban sus habilidades sociales.

Se han realizado estudios con niños autistas (incluyendo Kalish, 1968; Siegel, 1973; Wislochi, 1981; o Cole, 1982), y Leventhal ha publicado muchos de sus trabajos con niños con dificultades emocionales y de aprendizaje (Leventhal, 1974 y 1980, entre otros). En un artículo más reciente Rakusin (1990) explora la incorporación de conceptos de la educación física a la DMT. A mi parecer, el medio no verbal que constituye la DMT puede ser de mucha ayuda como forma específica de intervención con aquellos que presentan limitaciones de carácter verbal.

Entre los primeros artículos se encuentra el de Delany (1973), que describe un proceso de DMT con niños de edades muy tempranas con dificultades emocionales, en un hospital psicoeducativo de día. Delany subraya la importancia del movimiento como vehículo para establecer la relación terapéutica. Balaz (1977) y Fisher (1980) exploran el trabajo con movimiento creativo en la educación de niños con dificultades de aprendizaje, mostrando sus efectos en el desarrollo de la imagen corporal y el concepto de sí mismo. Fisher subraya que, aunque estructurar es importante, demasiada actividad estructurada, como por ejemplo ejercicios impuestos, puede producir conductas automá-

ticas en lugar de ayudar al niño a descubrirse. Adler y Fisher (1984) exploran cómo el trabajo de movimiento integrado en otras terapias creativas promueve, por ejemplo, el desarrollo de la autoconciencia. En el marco del trabajo con terapias creativas en la educación de niños minusválidos, Creadick (1985) subraya que el empeño en el proceso creativo es más importante que el producto al que se llega. Esto implica que se busca un proceso estético, lo cual para mí es discutible como objetivo en DMT. En cualquier caso, Creadick sugiere que es la forma en que la respuesta se expresa en el cuerpo lo que indica a la terapeuta cuánto se ha desarrollado el individuo física y psicológicamente. Wiener y Helbraun (1985) sugieren que el trabajo con movimiento creativo es útil para el desarrollo psicofísico de los niños, especialmente con los que sufren discapacidades de aprendizaje. De acuerdo con este artículo, cuanta más diferenciación muscular más físicamente articulados y emocionalmente comunicativos se vuelven los impulsos internos, lo cual se traduce en un experiencia más gratificante del movimiento. Estudiando el efecto del arte terapia y la DMT en la educación de niños en edad latente en instituciones residenciales, Shennum (1987) observa que se produce una reducción del *acting out** y un incremento de las respuestas emocionales.

La literatura respalda la noción de que existen muchas motivaciones y refuerzos sociales que alientan a los niños y adolescentes a bailar. En mi trabajo he utilizado bailes de moda como el *body popping* y el *breakdance*, pues parecían facilitar la participación de los jóvenes en las sesiones la DMT, sobre todo a la hora de experimentar con las habilidades corporales. Otros artículos, como los de Lovell (1980), sugieren que la DMT puede ser relevante en el trabajo con adolescentes, dadas 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. 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 de procesos de movimiento; al ayudar al adolescente a aceptar las diferencias entre la niñez y la pubertad, que son intrínsecas a su desarrollo como adolescente; al aumentar la conciencia de los cambios físicos y psicológicos a través de medios verbales y no verbales; o al reforzar la conciencia

* Tendencia a actuar las emociones. Término generalmente utilizado en inglés, sin traducirlo, en el ámbito de la psicología clínica. [N. de la T.]

corporal mediante la estimulación táctil y propioceptiva. Algunos estudios de investigación subrayan la importancia de la DMT en el tratamiento del abuso sexual en la infancia; por ejemplo: Wheeler (1987) y Goodhill (1987) y, en el Reino Unido, Meekums (1990).

Dunne *et al.* (1982), en un estudio realizado en el Reino Unido en el que se aplicó terapia corporal de grupo con jóvenes adolescentes hospitalizados, observaron una reducción del comportamiento sexual y la violencia, un aumento de la interacción verbal y una mayor preocupación de los unos por los otros. Cabe decir, sin embargo, que estos autores no especifican claramente el tipo de aproximación terapéutica que utilizaron. Berrol (1989) ofrece un repaso general de la DMT aplicada a la educación especial en Israel y destaca que, en general, los pacientes son enviados a una terapeuta por razones de naturaleza psicosocial. Lasseter *et al.* (1989) describen una serie de resultados obtenidos con un programa de orientación escolar para adolescentes con varias discapacidades en el que se hicieron intervenciones de DMT.

En un escrito más reciente, John y Eicher (1990) proponen algunos ejercicios de dramatización para animar a los adolescentes recluidos en unidades psiquiátricas, especialmente a los que tienen trastornos de conducta, a que participen en sesiones de DMT. Subrayan el hecho de que las sesiones de DMT con adolescentes se convierten a menudo o bien en clases estructuradas de ejercicios, o bien, en el otro extremo, en sesiones caóticas y disruptivas que llevan a la terapeuta a frustrarse y a dudar de su capacidad profesional.

Cabe resaltar que parte de la literatura se centra en trabajos dedicados simplemente a disminuir la ansiedad que los adolescentes más mayores suelen sentir ante la DMT. En un estudio realizado en el Reino Unido (Leste y Rust, 1984) sobre los efectos de la práctica de danza moderna en los niveles de ansiedad, se observó que disminuía significativamente en el grupo de danza, pero no en los grupos de deporte o de música. Sin especificar por qué razón, los autores concluyeron que la música y el ejercicio físico aplicados por separado tenían menos efectos sobre la ansiedad que combinados con la danza. Destacaban también que los participantes previamente interesados en la danza obtenían mejores resultados, lo que indica que la actitud del cliente hacia la danza y el movimiento determina mucho la medida en que la DMT le será beneficiosa.

Un estudio más antiguo de Fisher y Cleveland (1968) destaca el papel que la terapia de movimiento y las técnicas de relajación pueden

142

jugar en el alivio de tensiones nerviosas de pacientes psiquiátricos. Kearne (1978) estudió los niveles de ansiedad de niños de Educación Primaria que participaban en sesiones de movimiento y observó que se producía una reducción significativa después de las sesiones.

Otros estudios subrayan el valor de la DMT, el movimiento y la danza para trabajar con niños con discapacidades curables. Cabe destacar, por ejemplo, el trabajo de Apter *et al.* (1978), quienes utilizaron la DMT con adolescentes psicóticos tanto en la fase diagnóstica como en el tratamiento de la conducta corporal; o el proyecto escolar de Hulton (1985), en el que se combinaron el movimiento y las palabras en la educación de adolescentes con dificultades de aprendizaje y problemas de inadaptación, mejorando cuestiones como la confianza en sí mismos, la autoexploración y la capacidad de articulación.

En general, los trabajos de investigación más rigurosos que se encuentran en la literatura sobre DMT aplicada a niños y adolescentes se limitan a estudios sobre la eficacia de dicho enfoque en relación con cuestiones como la imagen corporal, el desarrollo de la percepción motriz o los estados afectivos como la ansiedad. Existen bastantes estudios descriptivos que cubren una amplia variedad de poblaciones en contextos educativos y psiquiátricos diversos.

Terapias creativas

También existe literatura sobre la aplicación de otras terapias creativas relevantes en contextos educativos. Así, por ejemplo, Dalley (1990) y Case (1981, 1986, 1987, 1990) han descrito su trabajo de arte terapia en escuelas de educación general, escuelas especiales y centros de evaluación.

La musicoterapia tiene una larga tradición en el trabajo con niños, sobre todo el enfoque de Nordoff y Robbins (1965) aplicado a niños con dificultades graves de aprendizaje, incluidos los autistas. Juliette Alvin (1966) integró con éxito su trabajo en el contexto escolar. En un proyecto de investigación más reciente, Bunt (1986) destaca el logro que supone respetar y esperar el turno para niños con dificultades de aprendizaje en parvularios y escuelas especiales.

Hay descripciones del uso de la dramaterapia (DT) con niños y adolescentes, empezando por el libro de Jennings *Remedial Drama* (1973). Shuttleworth (1981) documentó su trabajo con adolescentes en psiquiatría, y Jennings y Gersie (1987) muestran el potencial de la DT en su trabajo.

143

La evidencia destacada hasta aquí aporta buenas razones para defender el uso de la DMT en la educación y el tratamiento de niños y adolescentes. A pesar de la falta de investigaciones, la documentación respalda la posibilidad de que la DMT sirva para reducir la ansiedad y aumentar la expresividad y la capacidad verbal en poblaciones como las de jóvenes delincuentes, niños con trastornos emocionales y de conducta, niños con discapacidades o dificultades de aprendizaje y autistas, sobre todo si éstos tienen una buena predisposición hacia el movimiento.

La literatura existente muestra que la DMT se ha practicado con éxito en estas poblaciones y destaca la importancia de su aplicación en escuelas especiales donde se encuentran muchos de estos niños.

Psicoterapia

La DMT comparte muchos aspectos con la teoría psicoterapéutica. Las definiciones de psicoterapia son diversas: unas la destacan como un proceso para mejorar la neurosis; otras como el arte de disminuir problemas psiquiátricos con métodos psicológicos. A menudo se hace referencia a ella como «terapia verbal» o simplemente «terapia». Los muy variados enfoques en psicoterapia parten de marcos teóricos diferentes. Algunos se centran en entender al paciente trabajando con los conceptos que éste aporta; otros reconstruyen los significados dentro de un nuevo lenguaje. No obstante, todos intentan llegar a una lectura del material del paciente que capte lo más sucintamente posible lo que éste desea comunicar.

Se podría decir que la meta de la psicoterapia es liberar la capacidad del individuo de elegir aquello que quiere emprender y ayudar a «lograr una reconciliación entre los sentimientos del individuo y las normas sociales sin sacrificar la integridad de la persona» (Watts, 1973: 16).

A juzgar por la literatura, parece que en las escuelas predomina más la consulta u orientación psicológica que la psicoterapia (por ejemplo: Rabiochow y Sklansky, 1980). En este sentido, la estadística muestra que, en principio, todas las escuelas secundarias disponen de un servicio de orientación. Generalmente se realiza en sesiones individuales y tradicionalmente se considera parte del «rol de consejero» del maestro. En las escuelas especiales y los hogares educativos de la comunidad suelen haber psicólogos y trabajadores sociales que ofrecen orientación o entrenamiento en asertividad y reducción del estrés, por ejemplo. La orienta-

ción se ha llevado a cabo con éxito en forma de terapia educacional con niños con dificultades de lectura, de comportamiento y de aprendizaje. En su mayor parte, la investigación llevada a cabo en escuelas (por ejemplo: Barcai *et al.*, 1973) demuestra que la personalidad, las expectativas y la actitud de la terapeuta no son suficientes para mejorar el resultado. Sin embargo, un extenso estudio realizado en el Reino Unido (Kolvin *et al.*, 1981) indica que la actitud asertiva, abierta y extrovertida de una terapeuta es significativa en el contexto escolar, donde la atmósfera suele ser muy activa. Una terapeuta más caracterizada por la sensibilidad o la empatía puede verse superada por las circunstancias en una escuela que no está especialmente diseñada para ofrecer terapia. Un estudio realizado fuera del ámbito escolar destaca «la empatía, la calidez y la autenticidad como prerequisites para un buen resultado» (Truax y Carkuff, 1967: 73), por lo que quizás cabe considerarlas cualidades que la terapeuta debe cultivar. Nicol y Parker (1981) dirigieron un trabajo de investigación con grupos no directivos de terapia de juego en una escuela primaria y hallaron resultados alentadores. De Martino (1986), en cambio, analizó varios estudios sobre psicoterapia en las escuelas y consideró que sólo se logra un nivel moderado de eficacia con ella.

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. Aunque los jóvenes no lleven la etiqueta de «niño con dificultades de aprendizaje» o «delincuente», en esencia puede que lo sean. Rutter y Giller (1982) sugieren que es posible lograr cambios de conducta a través de la psicoterapia y la orientación psicológica intensiva en algunos casos de delinquentes que sufren mucha ansiedad y desean recibir ayuda. Podríamos decir que un adolescente que puntúe alto en neurosis o ansiedad es más probable que sufra un trastorno asociado a su delincuencia que uno con puntuaciones nulas. Es más probable que esta minoría responda positivamente a un proceso terapéutico, sobre todo a un proceso básicamente no verbal y donde predomina la acción.

Si en el ámbito psiquiátrico los tratamientos en grupo prevalecen y hasta se convierten en la norma, en el ámbito escolar existe todavía bastante rechazo a la terapia de grupo, incluso en casos de poblaciones muy afectadas o problemáticas, y a pesar de las muy diversas ocasio-

nes en que se trabaja en grupo a lo largo de la educación. Las únicas excepciones se encuentran en escuelas privadas, como la de Bridgeways (1985), también llamadas «comunidades terapéuticas». En cualquier caso, existe muy poca investigación.

Así pues, es muy importante sentar las bases para que los niños y adolescentes puedan beneficiarse de las ventajas que la terapia puede ofrecer en el ámbito escolar, más que seguir reforzando su aplicación al contexto psiquiátrico, donde este tipo de tratamiento ya se considera relevante y la DMT se puede adaptar con más facilidad.

Los resultados en investigación tienden a favorecer la terapia de tipo conductista antes que la terapia de juego o la terapia verbal, pero es posible que esta tendencia tenga que ver con que la terapia de conducta se centra en los síntomas más visibles y su desensibilización, y obtiene cambios observables. Muchos de los estudios se han llevado a cabo en escuelas, algunos con muestras psiquiátricas, y otros en residencias para varones delinquentes y niños rebeldes que presentan bajo rendimiento escolar o problemas de conducta.

En resumen, aunque la teoría, práctica y experiencia en el campo educativo sirvieron de estímulo para los pioneros de la terapia de grupo (originalmente muchos eran maestros), hasta la fecha ésta se ha aplicado muy poco en el sistema escolar. Sin embargo, la literatura refleja la importancia de las actividades creativas y el juego en una atmósfera democrática, acogedora y socialmente consciente. Enfatizar el trabajo terapéutico en la educación se justifica en el hecho de que la escuela es el lugar donde los niños y adolescentes se encuentran normalmente y donde sus comportamientos se manifiestan. Teniendo en cuenta que en las escuelas (normales y especiales) se llevan a cabo programas de orientación, y no psicoterapias, quizás la DMT pueda ser aplicada en el marco del servicio de orientación de la escuela.

Una aproximación como la DMT, que ofrece estructuras con las 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.

El desarrollo en la infancia y la adolescencia

Para trabajar con estos grupos es importante reconocer que la relación entre la madre y el bebé aporta las condiciones necesarias para el

desarrollo sano del ego. La nutrición de la madre posibilita que ésta y el niño establezcan un vínculo de fusión en el que la madre empatiza con el niño y proporciona un espacio para las necesidades de éste, dando significado a su caos. 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 le ofrece.

La satisfacción de las necesidades da un sentido de omnipotencia y bienestar. Sin embargo, como la madre nunca puede satisfacer todas las necesidades del bebé, éste experimenta frustraciones, sobre todo en los momentos de separación. Los mecanismos de defensa se desarrollan para proteger al niño de la sensación de desamparo e impotencia que le produce separarse de la madre. Pero, para que pueda emerger la fase de separación, la madre también debe dejar ir al niño, lo cual, a su vez, provoca una sensación de pérdida que la lleva a entrar en la siguiente fase de relación. La madre establece las bases de la identidad del pequeño haciéndole de espejo y reflejando sus emociones, tal como ella las comprende (Stern, 1982; Lacan, 1977; Pines, 1982). Para superar la fusión, el niño necesita mantener una imagen interna de su madre cuando ella está ausente. Una vez formados, los sentidos que uno tiene de sí mismo (sentidos del *self*), tal como Stern (1985) los define, funcionan durante toda la vida.

La descripción aquí mencionada corresponde a los postulados sobre la experiencia preverbal de sí mismo que atraviesa el niño. Es decir, el conocimiento no verbal, global, vivido en la experiencia de cómo funcionan las cosas inanimadas, su propio cuerpo y la interacción social, antes de que todo ello se ensamble en un código verbal. Este dominio preverbal es uno de los aspectos más importantes a los que se puede dirigir la DMT.

Muchos de los jóvenes que se encuentran en educación especial conforman su mundo a través de las numerosas experiencias negativas vividas. Desarrollan muy poca confianza en los demás y se muestran poco abiertos a entender el sentido de determinadas situaciones. Al estar más cerrados ante el mundo su capacidad de crear significados distintos queda muy reducida y acaban por atribuir siempre un sentido negativo a las emociones. Sus significados se vuelven cada vez menos accesibles, lo cual es origen de conflicto.

El lenguaje es una herramienta importante para la comunicación, pero la amplia textura de la experiencia de un niño no se puede expresar sólo con palabras. Con el uso de la danza y el movimiento creativos 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. El trabajo grupal permite además que otros puedan sentir y experimentar lo que cada uno expresa. La DMT es también apropiada para niños con dificultades de lenguaje, de comunicación y de aprendizaje. De hecho, los niños en educación especial suelen disfrutar del movimiento hasta una edad más avanzada que los de las escuelas normales, por lo que ofrecen menos resistencia al trabajo de DMT.

Anna Freud (1958) postuló que en la adolescencia los deseos sexuales pueden provocar el resurgimiento de conflictos edípicos en los varones. 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. El modelo psicoanalítico sostiene que el aumento de los impulsos sexuales y agresivos genera conflictos de identidad y que la dificultad para establecer una identidad sexual es predominante tanto en los chicos como en las chicas.

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. Hay un desplazamiento de los intereses amorosos: se renuncia a la proximidad con los padres y chicas y chicos se sienten atraídos unos por otros. Las habilidades del pensamiento abstracto permiten elaborar más los impulsos instintivos en la fantasía y el pensamiento, y no pasarlos a la acción impulsiva o inhibirlos en exceso. El varón adolescente de más edad se inclina más a razonar y no teme tanto sus instintos sexuales y agresivos. Es probable que tenga más capacidad de colaborar y entenderse a sí mismo, por ejemplo, en un proceso de psicoterapia verbal. En ambas fases se alternan de forma recurrente conductas alteradas y momentos de calma.

Según la mayoría de los textos psicoanalíticos, en el proceso adolescente son típicas las siguientes cuestiones: confusión, preocupación ante separaciones dolorosas, emociones intensas manifestadas en los adultos y problemas a la hora de aplicar los procedimientos de trata-

miento habituales con aquellos adolescentes que presentan dificultades. La teoría psicoanalítica no es, de hecho, una teoría suficientemente amplia para explicar el comportamiento humano, tanto normal como anormal. Sin embargo, las ideas que aporta sobre dependencia, represión, transferencia y resistencia, en particular, son muy útiles. También hay que tener en cuenta el modelo humanista o de crecimiento y el sistema conductista, ya que constituyen guías útiles para trabajar con los jóvenes. El modelo humanista es útil porque ofrece una visión positiva del crecimiento, lo cual he podido corroborar con mi experiencia. El abordaje conductista complementa esta visión ya que aprender técnicas de estudio, por ejemplo, ayuda al adolescente a satisfacer algunas de sus necesidades y resolver algunos de sus conflictos.

Adolescencia y delincuencia²

Muchos niños y adolescentes con dificultades de aprendizaje y/o alteraciones emocionales o trastornos de conducta suelen caer también en la delincuencia, sobre todo en el caso de los varones. También hay casos entre los jóvenes con habilidades normales de aprendizaje que se pueden considerar delincuentes. En general, los delincuentes con trastornos de conducta muestran extremas dificultades de relación con las figuras de autoridad, lo cual se puede interpretar como una transferencia negativa. Suelen tener un concepto muy pobre de sí mismos, el cual está muy influido por factores sociales como la actitud de los otros hacia ellos y que, a la vez, se refleja en su propia actitud hacia los demás. El comportamiento del adolescente es un reflejo de la interacción entre el individuo y el entorno. Cuando un adolescente entra en la delincuencia, suele separarse de los padres y dejar de idealizarlos. Pasa entonces a invertir más tiempo con amigos o bandas que constituyen una subcultura, cuya actividad característica puede ser tomar drogas, inhalar pegamento, tomar alcohol, experimentar con la sexualidad o cultivar la violencia que se ve en televisión. Hay que destacar, sin embargo, que la mayoría de los adolescentes a menudo se identifica con la música pop y disfruta bailando en la discoteca, lo cual puede facilitar una actitud más positiva ante el movimiento, elemento típico de las sesiones de DMT, y más si se anima a los jóvenes a que traigan su propia música.

2. Este apartado permitirá al lector entender los conceptos teóricos que sustentan la ilustración del caso.

Según el pensamiento psicoanalítico, el comportamiento delincuente proviene de conflictos intrapsíquicos no resueltos en el inconsciente. Los métodos que antes funcionaban para mantener el equilibrio empiezan a fallar, debido a varias combinaciones de estrés interior y exterior y a situaciones precipitantes, y aparecen entonces los síntomas o rasgos. En los patrones de estos síntomas y rasgos de personalidad asociados, que ponen de manifiesto elementos de conflictos internos, se pueden observar los mecanismos de afrontamiento del ego. Los impulsos agresivos del período de latencia (desobedecer, portarse mal) se convierten entonces en comportamientos criminales. La intervención con DMT puede reducir la ansiedad ya que en ella se utiliza primordialmente la acción. En algunos casos, no obstante, la acción probablemente no reduce la ansiedad sino que más bien sirve al adolescente como táctica elusiva, como alternativa para evitar confrontarse y resolver los conflictos presentes. En psicoanálisis se considera que actos repetitivos como las conductas delincuentes son conflictos inconscientes pasados a la acción (*acting outs*), señal de un grave impedimento para la maduración.

Winnicott (1971) sugiere que hay que dar a conocer la realidad a los adolescentes a través de un acto de confrontación que debe ser personal y capaz de contener, y que puede ser doloroso llevar a cabo. La lucha de poder tiene que ver con desplazar y reemplazar al adulto. Winnicott diría que equivale a un asesinato, a la destrucción de los padres. Sin embargo, el adolescente les necesita para sobrevivir, sin ellos se siente abandonado. Bruce (1975) utiliza el concepto de *hacer de espejo* como una manera de confrontar, reflejando lo que el adolescente aporta en la sesión. A veces, la técnica de *hacer de 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 autorrealización vicaria más que directa y no se esfuerza en canalizarla en direcciones constructivas. El individuo se encuentra así con una barrera que le impide acceder a su autorrealización y de ello derivan resistencias y fricciones. En mi opinión, el instinto de autorrealización es continuo a lo largo de la vida y el comporta-

miento de un individuo, o bien muestra que éste ha satisfecho su impulso interno luchando abiertamente para establecer un autoconcepto en el mundo de la realidad, o bien que lo ha satisfecho indirectamente confundiendo con su mundo interior. Según la visión humanista, las personas adquieren seguridad y satisfacción en la medida en que se sienten capaces de ejercer control tanto sobre las reacciones de los demás hacia ellos como sobre sus propios estados internos.

Según la teoría conductista sobre el proceso de desarrollo, todo comportamiento se aprende a través de cadenas de estímulos y respuestas, del refuerzo y la extinción. Teniendo en cuenta que la sociedad controla la conducta, dicha teoría sostiene que los adolescentes aprenden sus comportamientos a través de los estímulos y refuerzos presentes en su entorno. Por tanto, asume que los conflictos, el estilo de vida, el estrés, las esperanzas y los miedos de la adolescencia se aprenden y se pueden «des-aprender». Eisler y Frederikson (1980) afirman que las habilidades sociales son responsables de gran parte del desarrollo de la vida y pueden ser muy útiles en el trabajo con adolescentes. En mi experiencia práctica en DMT, por ejemplo, he explorado formas no verbales de decir «no» con las que algún joven ha conseguido enfrentarse a las dificultades que experimentaba al intentar no «meterse en líos». Entendió aún mejor el dilema al que se enfrentaba cuando, al regresar al entorno familiar después de estar un tiempo en la cárcel, los amigos que habitualmente tenían problemas con la ley intentaron convencerle de que regresara con ellos. Por un lado temía que le aislaran o rechazaran si no lo hacía, pero, por otro, quería «mantenerse limpio» como había conseguido durante el encarcelamiento.

II. En escena

Esta sección presenta algunas técnicas, conceptos centrales y estrategias terapéuticas que han sido útiles en intervenciones de DMT llevadas a cabo en escuelas especiales. Al final, se expone y discute un caso que ilustra la propia percepción de un joven delincuente sobre el proceso de DMT en el que participó.

Técnicas

La práctica de la DMT en la educación especial

Dado que parece haber muestras cada vez más firmes de reconocimiento de la DMT en el área de la salud mental y, en cambio, se dan muy pocas en el campo de la educación,³ me gustaría centrarme aquí en los argumentos para su implementación en la educación especial.

A la hora de trabajar en contextos de educación especial, para mí ha sido una ventaja tener el título de profesora y haber seguido estudios superiores (con prácticas) sobre necesidades educativas especiales. Ya tenía experiencia previa al haber trabajado con adolescentes como especialista en educación física en una escuela secundaria, así que sabía a qué reto me enfrentaba. Tanto en la escuela para niños con dificultades moderadas de aprendizaje como, más tarde, en un departamento para niños con trastornos de comunicación en los que trabajé, fui empleada a tiempo completo como miembro del equipo, con un puesto de profesora que me daba las mismas condiciones para trabajar que el resto de profesores. Existía cierta ambivalencia con respecto al rol que tenía que ejercer, ya que, aparte de las sesiones de DMT, se me pidió que diera clases de movimiento y propusiera juegos, que vigilara en el recreo y que supervisara a las puericultoras enseñándoles estrategias educativas. A pesar de eso, en general se respetó mi rol como psicoterapeuta en DM y conseguí negociar que el tiempo que necesitaba para tomar apuntes sobre las sesiones y supervisar se considerara parte de mis horas lectivas. Gracias a los diversos roles que ejercía recopilé mucha información sobre cada niño, la cual me servía de base para entender sus respuestas durante las sesiones. De todos modos, tuve dificultades para dejar claros mis distintos roles, sobre todo al tratar con los niños durante las sesiones de DMT; fuera de éstas, puede que las expectativas fueran diferentes. Pensando sobre ello, me doy cuenta de que dichas tensiones me sirvieron para ser más consciente de mi pro-

3. Existen iniciativas para establecer el trabajo con terapias creativas como un servicio profesional más dentro del sistema educativo. Para obtener más información contactar con el Comité para la Terapias Creativas en la Educación (Arts Therapies in Education Committee), 115 Habberley Rd, Kidderminster, Worcs, DY1 1SPW. Se ha editado un folleto para explicar a la dirección de los centros educativos el rol de los terapeutas creativos en la educación y las condiciones que se requieren para ofrecer este servicio.

150

pia manera de trabajar y de mis valores sobre la DMT. Los niños aprendieron que las sesiones de DMT eran diferentes y especiales, únicas en su atmósfera y distintas de otras clases de movimiento y de juego. También llegaron a apreciar que nuestra relación terapéutica empezaba y terminaba con cada sesión. Pude participar indirectamente en la observación de las derivaciones posteriores y el contacto con los demás profesores y asistentes fue cada vez más profundo. Sentí que estaban más dispuestos a confiar en mí y que me aceptaban como un miembro serio más del equipo multidisciplinar. Se presentó el problema de que muchos niños preguntaban por el contenido de las sesiones o querían acudir a ellas por curiosidad. En los sitios en los que trabajé a tiempo parcial tuve menos dificultades para dejar claro mi rol, aunque, por otro lado, el hecho de pasar poco tiempo en esos centros complicaba un poco mi relación con los demás profesionales.

En ambos contextos, ofrecí varias sesiones a los miembros del equipo para que entendieran mejor la diferencia entre el rol del profesor y de la terapeuta. Invité a varios conferenciantes para que reforzaran mi iniciativa educativa y me dieran también su visión sobre mi trabajo. Con ello conseguí un mayor apoyo del equipo de profesores hacia la DMT y que las derivaciones fueran cada vez más adecuadas. Al principio, sólo me derivaban niños con problemas psicomotores como falta de coordinación, dificultades motrices y de percepción o discapacidades físicas. Más adelante entendieron que podían derivar a las sesiones de DMT a niños con problemáticas como tendencia al aislamiento, absentismo, comportamiento disruptivo y otros motivos psicosociales. De todos modos, alguna vez hubo profesores que utilizaron las sesiones de DMT como premio o castigo para determinados niños, lo cual no fue de gran ayuda.

En este punto, considero importante detenerme a comentar la diferencia que existe entre los roles y metas de la DMT y los de la enseñanza, entre los de una terapeuta y los de un maestro o profesor. Por ejemplo, la enseñanza está enfocada hacia resultados específicos de aprendizaje mientras que la terapia, en cambio, tiene como foco los procesos internos de la persona. En este sentido, el «contrato» entre profesional y cliente es diferente ya que, en terapia, el rendimiento no se considera el eje para mejorar la autoestima. La transferencia de emociones negativas y positivas hacia la terapeuta (que provienen de relaciones anteriores), así como la contratransferencia, se consideran parte del proce-

151

so terapéutico y se trabaja con ellas en las sesiones. La terapia es útil cuando el niño no puede crear una relación de confianza con el profesor y cuando no tiene oportunidad de aprender debido a conflictos emocionales y dificultades de aprendizaje. Normalmente no se enseñan habilidades en DMT y los terapeutas tienen que dejar claro que su trabajo no va dirigido a dichas metas. Sería conveniente que las clases de danza y de educación especial incluyeran alguna sesión para explicar qué es la DMT y así evitar miedos y malentendidos sobre sus aplicaciones en la educación. La formación de profesores es diferente de la de las psicoterapeutas en DM; por tanto, los profesores que quieran ejercer la DMT tendrían que emprender estudios de tercer ciclo en dicha especialidad. La supervisión es esencial y la terapia personal muy recomendable, ya que la terapeuta debe ser consciente de su propia parte activa en los procesos que tienen lugar en las sesiones de DMT (para más detalles sobre esta cuestión véase Payne, 1990).

Antes de 1988, en Gran Bretaña, no había ninguna titulación convalidada en DMT. Por eso los educadores de danza y movimiento solían dedicarse al ámbito de la danza en la educación especial como medio más cercano para aplicar su trabajo. A medida que la enseñanza ha dejado de estar centrada en el niño, el papel de la DMT ha ido quedando más claro. Las aportaciones de la DMT al desarrollo son similares, aunque algo distintas, a las de la psicoterapia y la consulta u orientación psicológica. También sus objetivos son más profundos, aunque complementarios, a los de un profesor de danza, cuyo foco de trabajo son las habilidades de movimiento, la amplitud en el registro de movimiento, las técnicas, o incluso la producción, representación y crítica de la danza. En efecto, la enseñanza no es un proceso que se centre en el desarrollo psicológico o la mente inconsciente; en cambio, la DMT trabaja con estos aspectos. Cabe decir, sin embargo, que en algunas áreas educativas del plan de estudios nacional, como el área personal y la social, los roles de un profesor y de una psicoterapeuta en DM pueden solaparse en algunos aspectos, sobre todo en escuelas especiales donde la relación entre maestro y alumno se cuida mucho.

En cualquier caso, es importante que las escuelas reconozcan la DMT como método de intervención en la educación y que el equipo de profesores que puede derivar a los alumnos a DMT esté bien informado de lo que supone un proceso de este tipo. Hay que tener en cuenta posibles celos o envidias entre los maestros, especialmente si las sesiones de

DMT son individuales o en grupos pequeños. Por eso es importante que la terapeuta mantenga contacto regularmente con ellos y les informe de cómo van las sesiones, y así se trabaje conjuntamente para una mejor comprensión del niño. Finalmente, cabe decir que la psicoterapeuta en DM tiene que dejar claros los nombres o etiquetas que se usen para referirse a ella o a las sesiones; por ejemplo, los términos «maestro» y «clase» pueden causar confusión y expectativas erróneas tanto en los niños como en el personal de los centros. El niño o adolescente intenta a veces convertir a la terapeuta en maestra, pidiéndole, por ejemplo, que le enseñe a bailar o a moverse mejor. En este sentido, la terapeuta tendrá que evitar caer en la crítica y el elogio de los movimientos.

Introducir la DMT en las escuelas especiales tiene pues sus dificultades, sobre todo en lo que se refiere a dejar claro su rol. Sin embargo, me imagino que no tiene por qué costar más que llevarla a centros hospitalarios o de asistencia social, donde enfermeras o trabajadores sociales con titulación superior en DMT quieran ejercer como psicoterapeutas en DM. Además, la escuela tiene ventajas con respecto al sistema de asistencia social y sanitaria ya que en este último ámbito los sueldos suelen ser lamentablemente bajos.

Conceptos centrales

En este apartado me centraré en dos de los conceptos principales que surgen al trabajar con poblaciones jóvenes y con trastornos: la resistencia y el rechazo. El material que presento muestra cómo estos conceptos se manifiestan a menudo en el modo en que estas poblaciones se expresan en DMT. Las notas extraídas de las sesiones ayudarán a ilustrar el material. Después de este apartado conceptual y de una introducción a las estrategias terapéuticas utilizadas, expongo un caso, perteneciente a un proyecto formal de investigación, con el que documentó y analizo la percepción de un paciente sobre su proceso de DMT.

Resistencia

Graafsme y Anbeck (1984: 3) describen la resistencia como aquella

conducta que una persona lleva a cabo para impedir la aparición de un impulso indeseado, una emoción o una acción proveniente de sí misma o

de otra persona. Una resistencia es una respuesta defensiva ante sensaciones que amenazan el funcionamiento cotidiano y la integración de estímulos internos y externos.

Graafsme y Ansbeck han observado que, en un primer momento, los adolescentes suelen mostrar interés por la psicoterapia, ya que lo desconocido les atrae a la vez que les produce temor. En efecto, cualquier actividad poco habitual o diferente suele despertar su curiosidad. Parece que existe una resistencia general a manifestar emociones dolorosas en cualquier grupo; los adolescentes, en particular, también temen aquellas situaciones que les hacen parecer impotentes o les avergüenzan. Recibir ayuda, por ejemplo, les puede parecer una muestra de que han fracasado en algún aspecto, y según mi experiencia, es casi imposible que los adolescentes con trastornos reconozcan que necesitan ayuda.

La aproximación analítica tradicional hacia la resistencia ha sido la interpretación, es decir, el reconocimiento verbal de lo que el joven expresa. Por otro lado, Adelman y Taylor (1986) sostienen que la reticencia del adolescente a participar en psicoterapia puede ser consecuencia de una percepción negativa acertada sobre el tratamiento. Es importante ser consciente de ambas posibilidades y saber que no es fácil distinguir entre ellas.

El adolescente necesita mantener su sentido de «dominio activo» ante su mundo. El miedo a perder el control le lleva muchas veces a resistirse a cualquier inversión emocional con la terapeuta. Temas como el control *versus* la pérdida de control, o la dependencia y lealtad *versus* la independencia son frecuentes. En un grupo de DMT con delincentes jóvenes muy ansiosos, por ejemplo, la terapeuta animó a cada miembro a adoptar el rol de «controlador» en un juego llamado *Talk Dance*, en el que cada uno dirige a los demás en una secuencia de movimientos que crea a partir de su propia interpretación de la música. Con este juego, la terapeuta retomó material de sesiones anteriores expresado en términos como «retener el movimiento a cámara lenta» o «saltar alejándose del mundo».

Si bien la resistencia se expresa a través de una falta de motivación, esto no significa necesariamente que el adolescente no desee cambiar. En mi opinión, siempre existe un deseo implícito de retomar el desarrollo sano. La relación con un adulto significativo puede representar

la necesidad del joven de sentirse reconocido o de pertenecer a la sociedad, y en este sentido es importante que la terapeuta sea idealizada como alguien significativo para que se desarrolle una alianza terapéutica. Para ello, es necesario reconocer y trabajar desde un principio el material predominante, como puede ser la resistencia, que surge en las primeras fases del tratamiento. Muchas veces la transferencia negativa predomina en el desarrollo del grupo.

En la práctica de DMT en grupo en contextos educativos, la resistencia se manifiesta con frecuencia en forma de problemas que giran en torno a cuestiones como el aburrimiento, el absentismo y el contacto físico.

A) ABURRIMIENTO

Esta cuestión puede aparecer aunque contraste con la necesidad de movimiento físico que niños y adolescentes expresan normalmente. En general, sólo pueden mantener la participación durante espacios breves de tiempo, y las excusas suelen ser «esto es demasiado aburrido», «es estúpido» o «me siento imbécil haciendo eso». Estas expresiones se pueden entender como una forma de resistencia, una defensa hacia el cambio y una protección ante la sensación de estar expuesto.

Transcribo a continuación un fragmento de mis notas:

G ha sentido que la «danza de territorio» era aburrida. Nos hemos sentado y hemos explorado el aburrimiento mirando fijamente un punto de la colchoneta. Otros han dicho que eso también era aburrido y que G sólo quería ser el centro de atención otra vez. Me siento muy desilusionada después de esta sesión; la mayoría de los clientes ha expresado en su diario lo aburrida que ha sido y que ¡casi se han dormido!

B) ABSENTISMO

Fingir dormir es una manera de ausentarse del grupo y una respuesta conductual común cuando uno está «aburrido». Si la terapeuta acepta este «dormir» y espera o trabaja con la quietud, muestra una comprensión que posibilita en breves momentos que el niño despierte de nuevo al movimiento. Otra forma aparente de absentismo es que jueguen a esconderse en armarios o debajo de las sillas, por ejemplo, lo cual es un material fácilmente utilizable ya que puede servir para que se impliquen en juegos de búsqueda y en otras formas de experimentación,

como moverse con los ojos cerrados o vendados. Estos comportamientos, que a menudo tienen lugar en las primeras fases de un grupo, pueden estar relacionados con el miedo a ser visto por la terapeuta.

A veces lo que ocurre es que miran constantemente el reloj, preguntan la hora y quieren saber cuánto falta para que termine la sesión, lo cual es un mensaje claro de que no quieren participar con la terapeuta y el grupo. Al principio, suelen rechazar la mayoría de propuestas de movimiento que hace la terapeuta, aunque al poco tiempo prueban algunas de ellas en arrebatos breves. En grupos con trastornos y alteraciones de conducta, sin embargo, pueden haber dificultades para participar que se manifiestan jugando a luchar, insultando, moviéndose incontroladamente o lanzando objetos.

Seguidamente, anoto un fragmento de mis notas con un grupo de jóvenes delincuentes:

No había nada en la sala que pudieran utilizar como misil así que empezaron a romper en pedazos las baldosas de plástico y se las tiraban. La sensación era de caos absoluto. Su ambivalencia se veía claramente: por un lado se exigían unos a otros «dejarse de tonterías y seguir con lo que estaban» y, por otro, gritaban diciendo que el movimiento era estúpido y que yo era aburrida.

Ocasionalmente, alguno llega a salir de la sala si la situación se vuelve demasiada dolorosa o peligrosa como para aguantarla. Otros simplemente no llegan a la hora para la sesión, asegurando que se han olvidado o que estaban haciendo otra cosa más interesante. En cambio, si la sesión tiene lugar a la misma hora que matemáticas o que otra asignatura que no les gusta, vienen gustosos a las sesiones de DMT. A veces piden a sus padres que escriban una nota para excusarlos de asistir a las sesiones por un resfriado. De hecho, el rechazo a participar en DMT se manifiesta a menudo mediante problemas corporales: «me duele algo», «no he digerido bien la comida», «hoy no me puedo mover, me he hecho daño en la pierna», ecétera. En estos casos, se puede ofrecer parte del espacio a los que no quieren moverse para que tengan la oportunidad de estar presentes igualmente y, a lo largo de la sesión, ir animándoles repetidamente a añadirse al movimiento si lo desean.

Al final todos comentaron la sesión menos M, que estaba sentado sin decir nada en el rincón donde normalmente se sienta S. Hemos trabajado de alguna manera

el tema de «salir huyendo» a través de juegos como correr por el espacio, preguntándoles de qué o hacia dónde estaban huyendo. Les he preguntado qué más podrían hacer con sus piernas que no fuera correr, y algunos se han estirado en el suelo arrastrando las piernas o dando patadas en el aire. Uno de ellos se puso a correr para cazar a los demás, pero a éstos les pareció demasiado, así que empezó una pelea entre el cazador y uno de los que corría. Tuve que pedir ayuda a otro chico para separarlos. No vale la pena todo este lío, tengo ganas de dejarlo todo. Nada funciona, siempre acaba apareciendo el caos. Me he sentido impotente teniendo que pedir ayuda. ¿Pensarán que no les puedo controlar, me respetarán mis colegas?

Esto último indica que dudo de mi capacidad para contener el caos.

C) CONTACTO FÍSICO

Una de las dificultades más comunes que se encuentran en las épocas de la latencia y de la adolescencia es el contacto físico, que es una parte integral de la práctica de la DMT (Montague, 1971; Willis, 1987). Los adolescentes temen el contacto físico, sobre todo los chicos. No pueden soportar el contacto de la terapeuta, por ejemplo, si para ellos existe confusión entre el contacto como gesto cariñoso y el que supone una intrusión, agresión física o violación sexual. Además, relacionan a menudo el tocar con la homosexualidad, la perversión o la agresión.

Las sesiones que incluyen el contacto físico se tienen que diseñar con cuidado. Así, por ejemplo, se puede poner el énfasis en el «no tocar» en un ejercicio de boxeo ficticio. También se pueden utilizar materiales que permitan la conexión entre los participantes, como telas o cintas elásticas, que suelen dar un sentido de seguridad al grupo. En otras ocasiones, pueden ser útiles los ejercicios de «contact-improvisación» o juegos de equilibrio en grupos pequeños, que requieren habilidades atléticas y un contacto físico que puede ser más aceptable para los jóvenes (Scott, 1988).

El contacto físico se asocia a la sexualidad, una temática normalmente muy presente entre los adolescentes. Laufer y Laufer (1984) sostienen que la psicopatología del adolescente con trastornos graves tiene sus orígenes en conflictos que el joven experimenta en relación con su propio cuerpo, ya sexualmente maduro. Concretamente, consideran que el adolescente sufre algún tipo de bloqueo que le impide relacionarse con su cuerpo con atención y cuidado. En este sentido, he visto la necesidad de centrar gran parte de mi trabajo con adolescentes en

enseñar automasajes, ejercicios para reducir tensiones o promover una actitud general de atención al cuerpo para que aprendieran a ser conscientes de su cuidado personal. La temática de la sexualidad se pone fácilmente en juego dentro de la alianza terapéutica, sobre todo cuando tiene lugar contacto físico en la danza que el grupo desarrolla o cuando se trabaja en estructuras de relajación y, por ejemplo, la terapeuta masajea los hombros o la cabeza de uno de los participantes:

Tocando al paciente abrimos con facilidad la posibilidad de transferencias preverbales [...] creamos condiciones con las cuales el paciente puede fundirse con la terapeuta como lo haría un bebé. Con frecuencia se evocan fuertes necesidades de dependencia de las que el paciente no es del todo consciente [...] A veces, esas necesidades tempranas se manifiestan en el paciente en forma de atracción sexual hacia la terapeuta (Mc Neely, 1987: 77).

Fragmento de mis notas con un grupo de varones:

En la estructura de hoy he incluido un juego en el que cada participante podía elegir un nombre que representara su identidad en ese momento y debía moverse según la cualidad de dicha identidad. No empezó a moverse afeminadamente y se puso calcetines debajo del jersey como si fueran pechos. Otros identificaban sus propias formas de caminar con las de un homosexual, un travesti y un matón. Todas aquellas cosas que más temen supongo, todos sus pensamientos confusos acerca de su relación conmigo como hembra, su identidad, sus partes masculina y femenina... Hoy en el grupo he sentido que M me tocaba con cierta sensualidad en nuestro trabajo de contact. Un participante le ha dicho a otro «¡No me toques, no soy gay!» cuando trabajábamos ejercicios de caer y sostener. En los diarios de los chicos se lee: «J quiere hacer el amor contigo, quiere sexo contigo, te quiere», «Tienes un cuerpo supersexy, no me molestaría hacerlo contigo»... Siento cierto temor a trabajar con ellos la semana que viene.

En algunas poblaciones, como las de jóvenes etiquetados como delincuentes, hay pocas oportunidades para combinar chicos y chicas en el grupo, ya que la mayoría de ellos son varones. No es el caso con niños autistas y con dificultades de aprendizaje, donde los grupos mixtos son posibles. Cabe decir que, entre los adolescentes, suele ocurrir que las chicas se involucren menos en el trabajo cuando hay chicos presentes. Así, por ejemplo, si no llevan ropa cómoda para moverse o trabajar

en el suelo, se quejan o simplemente no aparecen ese día en la sesión. Teniendo en cuenta las etapas de desarrollo sexual y social, este tipo de situaciones es comprensible y, de hecho, es la razón por la cual se suelen separar las clases de educación física a esa edad. Sin embargo, trabajar con grupos de un solo sexo, sea femenino o masculino, y una terapeuta tendrá, previsiblemente, consecuencias en las cuestiones que surgirán en el grupo, como lo tendrá trabajar con un grupo mixto.

Rechazo

Otro concepto recurrente en estas poblaciones es el del abandono. En la práctica clínica se relaciona la sensación de abandono con circunstancias como, por ejemplo, que la terapeuta esté ausente por enfermedad o vacaciones, o que se acerque el final de la terapia. Los pacientes con dificultades de aprendizaje y los delincuentes suelen padecer, además, trastornos emocionales, sin que se sepa realmente qué aspecto de su problemática se desarrolló primero. Algunos proceden de familias estables, pero la mayoría no. Ciertos estudios de investigación indican que la carencia afectiva sufrida en edades tempranas puede tener efectos serios en la capacidad del niño para establecer relaciones seguras y de confianza, así como en su capacidad de pensar y aprender (Ainsworth, 1962; Britton, 1978; Bowlby, 1951, 1979; Holmes, 1980.) Holmes destaca el hecho de que el abandono temprano se acompaña con mucha frecuencia de posteriores dificultades de aprendizaje, lo cual sugiere una correlación entre la carencia y la capacidad de retener conocimientos y pensar. La capacidad de pensar va conectada al desarrollo emocional: el espacio en la mente del niño para recibir el equivalente mental a la comida evoluciona en base a la capacidad de la madre para contener el caos de sentimientos dolorosos y sensaciones que emanan del bebé y de su habilidad para dar significado a lo que aún no lo tiene. Los autistas, los psicóticos o los niños profundamente discapacitados generalmente son diagnosticados en etapas muy tempranas de la infancia. Todavía no queda claro cómo surge en ellos ese patrón inusual de retraimiento en su relación con la madre y con el mundo. No se sabe, por ejemplo, si es el niño quien lo inicia primero en respuesta a sus padres o a la confusión de su mundo interior, o si son los padres que, al sentir angustia y rechazo hacia su hijo discapacitado, dan el primer paso en lo que se convertirá en un círculo

de rechazos por ambos lados. Por lo general, el adolescente delincuente ha pasado por vivencias en una familia desestructurada y se cierra a la posibilidad de que se acerquen a él. A menudo, la sensación de rechazo es vivida como un abandono físico y, si no se deshace la experiencia encontrando una pareja afectiva, podrían desarrollarse problemas psicosomáticos (expresión de emociones depresivas).

Así pues, muchos de estos niños y adolescentes han vivido cambios frecuentes en sus cortas vidas, pasando por varias escuelas, hogares de acogida temporal, centros de evaluación y hospitales. Han sido privados de afecto muchas veces, algunos están gravemente trastornados y han experimentado muchos rechazos, sobre todo por parte de las figuras paternas. Del mismo modo, sus padres pueden haber vivido rupturas familiares en forma de divorcio o de algún abandono o pueden haber estado ellos mismos en hogares de acogida.

Durante la segunda parte de la sesión, trabajábamos apoyándonos unos en otros y compartiendo el peso encima de nuestras espaldas. Estaban muy sensibles unos con otros, los cuellos muy tensos... Yo les animaba a que se «entregaran» a la pareja. Al final de la sesión, durante la integración verbal, ha salido el tema de «sentirse desechado». Me han preguntado si alguna vez yo había abandonado a alguien y les he contestado que no. Después continuaron preguntando: ¿Estás casada? ¿Tendrás niños? ¿Abandonarás a alguno de tus hijos? C dijo que su madre le había abandonado pero que seguía queriéndola, que su familia de acogida temporal no estaba mal pero que no era lo mismo. Le dije que eso debía de doler y contestó: «Sí, duele», ahogando su llanto. «No pueden ocuparse de nosotros, por eso nos echan», dijo P. Ahora siento que llegamos al centro de algunas cuestiones muy importantes para ellos. Hoy han salido emociones como echar de menos o sentir amor, rabia, tristeza y dolor... Ha sido una sesión triste para mí; me deprime mucho ver sus vidas pasadas y presentes.

Cualquier carencia de contención o de vínculo afectivo que haya sufrido una madre cuando era pequeña puede discapacitarla a la hora de empatizar con su bebé. Conectar con sus antiguos miedos puede hacer que se sienta desbordada o que perciba la ansiedad del bebé de forma persecutoria. Se establece un círculo de exigencias que derivan en rechazo al no poder ser atendidas.

Es muy probable que los niños que han sufrido carencias emocionales y han experimentado el rechazo, como es el caso de la mayoría

de los que presentan dificultades de aprendizaje y conductas delinquentes, no hayan vivido la experiencia de un cuidado parental «suficientemente bueno» en la primera infancia y hayan desarrollado defensas contra la dependencia y la ansiedad desbordante. Se sienten más seguros con tareas estructuradas y repetitivas pero muchas veces son incapaces de concentrarse por mucho tiempo, ni siquiera en este tipo de actividades.

Algunos grupos actúan la ira de sentirse excluidos y haber sido privados de amor, y su odio y resentimiento dificulta la posibilidad de que los miembros del equipo, a quienes ven como figuras paternas, establezcan una relación con ellos. Inconscientemente, tienden a hacer que el adulto repita la respuesta más conocida y familiar para ellos, que confirma la imagen de «malos» que tienen de sí mismos. El resultado es que acaban siendo rechazados de nuevo, en este caso por el personal y las escuelas, porque resultan demasiado difíciles y no se adaptan a la institución.

En general, los chicos responden de forma distinta que las chicas a la carencia vivida. Están más a la defensiva, tal como se manifiesta en su estructura corporal, musculosa y rígida, y se hacen los valientes intentando no mostrar nunca sus emociones. Una terapeuta de sexo opuesto puede despertar rechazo de todo lo femenino y el término «danza» puede determinar que se nieguen al trabajo terapéutico. Desahogarse mediante agresiones les permite seguir negando la tristeza subyacente. Si el joven está bajo control de seguridad o en régimen residencial, su hostilidad suele dirigirse hacia la institución misma, de la que es frecuente que intente escapar.

Como ejemplo, transcribo un fragmento del diario de un paciente que participó voluntariamente en una investigación (los pacientes rellenan individualmente su diario antes del final de cada sesión grupal, y la terapeuta los lee en privado y contesta con una nota antes de la siguiente sesión, estableciendo así una suerte de sistema privado de mensajes):

Quería pisar tu mano [la de la terapeuta] porque soy un bastardo y quería hacerte daño...

La siguiente tabla resume algunas propuestas de la DMT para trabajar con la resistencia y el rechazo en determinados grupos:

Temas	Conceptos	Propuestas
Aburrimiento	Resistencia	Estimular variando el ritmo y las tareas en primeras fases, p. ej. juegos competitivos de movimiento y autocompetición.
Absentismo, letargo	Resistencia	No-acción; enfatizar estructuras que pongan en juego la temática del miedo a ser visto por la terapeuta.
Ansiedad severa	Resistencia	Ejercicios de relajación o descarga de energía a través de movimientos vigorosos. Reglas básicas claras.
Dependencia / Sexualidad	Resistencia	Límites claros. Acción lúdica.
Miedo a abrirse, a expresarse.	Rechazo	No poner presión; quedarse en lo abstracto, sin relacionar lo que ocurre con la vida real.
Temas de autoridad	Resistencia y rechazo	Estilo poco directivo de la terapeuta. Enfoque de grupo analítico y de danza. Grupo como foco.
Autoconciencia (miedo al contacto físico).	Rechazo	Todos se mueven al mismo tiempo, p. ej: tema «nos miramos todos los unos a los otros».
Miedo a ser excluido.	Rechazo	Cada uno por turnos: «Todos somos vistos individualmente por los demás».

Estrategias terapéuticas

Existe un gran número de estrategias que es importante emplear cuando se trabaja con niños y adolescentes. Aquí se perfilan algunas para dar una visión al lector de cómo se puede trabajar con estos grupos. Se habla de métodos como el *joining* (conectar) y de la idea de la *terapeuta en movimiento*. Se subraya la importancia del *espacio* y del establecimiento de *reglas básicas* y se aborda la cuestión de cómo manejar

que el joven tenga que *salir de la clase* para asistir a las sesiones, o del uso de *enfoques combinados de tratamiento y, finalmente, de la evaluación.*

Joining (Conectar)

Identificado por Marshall (1982), este concepto hace referencia a las diversas formas en que la terapeuta conecta activamente con el niño. Una técnica bien establecida en DMT es la de moverse con el niño haciéndole de sombra, de eco, de espejo, etcétera. Otra posibilidad es hacer comentarios instantáneos sobre cualquiera de los movimientos del niño. El punto de partida está en el movimiento creado por el niño que, verbalizado por la terapeuta, toma un significado especial. Por ejemplo: Jane había parado de hablar del sentirse herida por sus compañeros de clase y empezó a mover sus manos: «Estás moviendo tus dedos hacia dentro y hacia fuera, ahora los aprietas fuertemente unos contra otros».

No se trata de interpretar las emociones o los pensamientos del niño, sino de focalizar activamente en el material de movimiento que se presenta. La verbalización tiene que reflejar la cualidad del movimiento en su tono y velocidad. Tiene que transmitir una aceptación implícita de todo lo que pasa y, a la vez, dar forma a la acción e interacción de movimiento, promoviendo su expansión. Este tipo de comentario traduce el contenido, las emociones y el significado del movimiento en una estructura y estimula la participación del niño, quien, en muchos casos, empieza a hablar sobre lo que hace, entrando así en una mayor comunicación. Para los niños que son caóticos en su manera de pensar y actuar, el comentario en directo promueve la diferenciación entre experiencias y procesamiento de información. Los sonidos pueden clarificar el significado del movimiento, por ejemplo, acentuando la respiración o añadiendo patadas, gruñidos, suspiros y todo tipo de vocalizaciones expresivas. A veces el uso de la percusión puede ser útil.

De esta manera, los niños no se ven obligados a reconocer abiertamente que se está trabajando con sus dificultades, pensamientos y emociones. Pueden quedarse escondidos en la seguridad del símbolo o de la metáfora del movimiento.

Muchos niños no tienen acceso a su potencial de movimiento creativo y necesitarán estímulo para empezar. Si se proponen varias formas de empezar a moverse y se modela la actividad en movimiento,

los niños suelen responder positivamente. Con niños con dificultades de aprendizaje es útil que la terapeuta sea más directiva y sugiera ideas de movimiento a lo largo de la sesión. En algunos casos, según el nivel de funcionamiento de cada niño, puede ser útil tener en cuenta las etapas evolutivas del movimiento y trabajar actividades motoras tempranas como agarrar y soltar.

La terapeuta en movimiento

Teniendo en cuenta que el rol de la terapeuta a menudo es activo y se desarrolla con el paciente, a través del movimiento ésta es capaz de:

- a) influir en la forma y el contenido del movimiento para dirigirlo hacia las metas y los objetivos terapéuticos;
- b) modelar las múltiples posibilidades del movimiento;
- c) abrir camino hacia la comunicación a un nivel preverbal;
- d) implicar al paciente en el movimiento, mostrándole que éste es deseable e importante.

Su intervención influye tanto en la expresión de la experiencia como en la experiencia en sí y, en consecuencia, los temas surgen y se seleccionan en función de las metas y objetivos terapéuticos. La variedad de movimientos que posee la terapeuta influirá en la interacción de movimiento, como lo harán sus sentimientos sobre el cuerpo y el movimiento de los participantes, tanto en general como en presencia de un grupo determinado.

El espacio

Es muy importante tener un espacio fijo para las sesiones de DMT y que no sea uno en el que normalmente se dan clases o tienen lugar otras actividades. Asociar el espacio de DMT con otras actividades puede dificultar mucho el trabajo. En una ocasión, por ejemplo, la sala que se empleó para tratar a un grupo de adolescentes era también aquella en la que permanecían durante la hora del patio si estaban castigados. Los tebeos y las bolsas de patatas no fueron problema, comparado con el hecho de que los jóvenes se acostumbraron a tirarse sobre los armarios, pelearse, etcétera. En general, elementos distractores

como teléfonos móviles, mesas y sillas tienen que ser retirados. Si es posible, es mejor disponer de un espacio alejado del pasillo central porque la privacidad es esencial. ¡Los curiosos que merodean parecen muchas veces más interesados que los propios miembros del grupo! Las ventanas situadas en paredes y puertas tienen que estar cubiertas y una señal en la puerta puede ayudar a frenar posibles interrupciones por parte de empleados y alumnos.

Reglas básicas

Establecer límites firmes es esencial, en especial con los adolescentes. La terapeuta debe respetar estrictamente los tiempos que establece en cada sesión e informar a los jóvenes sobre los mismos con antelación. No es aconsejable cambiar el día y la hora de las sesiones, aunque hay muchas ocasiones en que es difícil evitarlo ya que la escuela organiza viajes y los padres o los trabajadores sociales vienen de visita.

Para ayudar a que los jóvenes se sientan seguros, normalmente será necesario establecer reglas con sanciones válidas en el contexto de las sesiones y acordadas entre todos. Así, por ejemplo, no se permite ejercer violencia física contra uno mismo, los demás o el material y el mobiliario; hay que llegar a la hora; permanecer en el espacio; no fumar; comprometerse a asistir a todas las sesiones y respetar la confidencialidad. Un grupo con el que trabajé estableció la regla de «no decir palabrotas» y decidió que la sanción para el infractor fuera hacer diez flexiones. He utilizado la exclusión fuera del grupo como sanción en una sola ocasión, y fue por violencia.

Salir de la clase

Aunque muchos niños tienen que salir de clase a menudo por razones como clases individuales de recuperación, logopedia, fisioterapia, etcétera, la sesión de DMT es especial ya que es el único momento en el que pueden explorar creativamente sus conflictos y miedos dentro de un contexto seguro. Las clases suelen ser causa de más conflictos para estos chicos y retirarse a terapia les supone un cierto alivio y satisface su necesidad de atención.

El momento de volver a clase tiene que coincidir con la hora del recreo, el almuerzo o el final de las clases para que los niños puedan in-

tegrarse fácilmente de nuevo a la actividad normal con sus compañeros. Puede haber dificultades a la hora de ir a buscar a clase a los adolescentes o niños más jóvenes o con mayores discapacidades porque éstos sienten bastante vergüenza al dejar a sus compañeros. Otras veces son los otros estudiantes o el profesor quienes hacen comentarios improcedentes que no ayudan al joven. Algunos niños y adolescentes son capaces de venir solos a sus sesiones.

Una sesión grupal se puede organizar fácilmente para que coincida con la duración de una clase de cuarenta minutos, mientras que las sesiones individuales de quince o treinta minutos son más difíciles de encuadrar sin que sea necesario que el niño tenga que salir de clase a mitad de lección o volver antes que ésta termine.

Enfoques combinados

Este tema hace referencia a la combinación de DMT grupal e individual, con una misma terapeuta. De acuerdo con la investigación sobre tratamientos combinados de terapia individual y grupal, la experiencia grupal pone en juego los problemas de adaptación de cada niño, lo cual no es posible en sesiones individuales. Estas últimas focalizan el trabajo más claramente en el individuo, proporcionando una mayor confianza y seguridad y eliminando los estímulos que se producen en una situación grupal.

Pfeifer y Spinner (1985) recomiendan combinar la psicoterapia individual con la grupal, preferiblemente con una misma terapeuta, para el tratamiento de niños. Las razones son varias: una misma terapeuta tendrá una visión más amplia sobre la problemática de cada niño, el vínculo terapéutico será más fuerte y el tratamiento más profundo, siendo este enfoque el más eficaz para aquellos niños que presentan mayores resistencias y que, a la vez, más necesidad tienen de tratamiento.

Slavson y Schiffer (1975) consideran que el niño que ha sufrido varias carencias paternas no puede ser tratado exclusivamente en terapia grupal. Anna Freud (1965) sostenía que si bien estos niños no conforman necesariamente una neurosis de transferencia negativa ante la terapia tienden a posicionarse con una actitud que ella llamaba «substitutiva», es decir, que generalmente entran en tratamiento sin motivación para crear una alianza terapéutica. Anna Freud recomendaba

pues la terapia individual para gratificar más directamente al niño, y la de grupo para confrontar sus conductas inadaptadas y sus defensas.

Basándose en la información recogida en el proceso de evaluación, se decide si es indicado para el niño seguir un programa de DMT y, en caso de que lo sea, si es más adecuado un tratamiento individual, en diada o grupal, o una combinación de éstos. Asimismo, se decide la duración, las etapas de la evaluación de seguimiento y el tipo de programa a establecer. Por ejemplo, puede ser conveniente mantener a los niños más pequeños, los que se encuentran en edad de latencia y los adolescentes en grupos separados, dado que sus necesidades de desarrollo son distintas. Por otro lado, se ha comprobado que los grupos que integran edades diversas son viables, por ejemplo, con autistas o con niños con dificultades moderadas de aprendizaje.

Evaluación

La DMT únicamente es efectiva si se hace una evaluación completa del niño o adolescente y, si es conveniente, de los problemas de la familia. Ante una posible derivación es necesario: a) identificar si el caso requiere específicamente un proceso de DMT; b) definir las metas y objetivos generales del tratamiento; y c) determinar qué estrategias o técnicas podrían ser más efectivas. Incluir la observación de movimiento en la evaluación puede aportar información importante, sobre todo si se anticipa que será adecuado un tratamiento individual.

Si se explica en qué consiste un proceso de DMT a los profesionales que rodean al niño, las derivaciones pueden ser más apropiadas. Cuando se recibe una derivación, es necesario evaluar al niño con la ayuda, por ejemplo, de herramientas psicológicas y de la observación de movimiento. Después hay que consultar con profesores, padres y trabajadores sociales, así como entrevistar al niño para recabar más información sobre cómo percibe él sus problemas, darle una idea de la DMT y, posiblemente, establecer con él metas para las sesiones.

A lo largo de mi experiencia clínica he comprobado la utilidad de las escalas de ansiedad, las guías sobre adaptación social y otras formas de evaluación psicológica a la hora de seleccionar grupos de DMT. Así, por ejemplo, se ha visto que mezclar a personas identificadas como «introvertidas» con otras calificadas como «incoherentes» u «hostiles», según la Guía de Adaptación Social de Stott, dificulta la co-

hesión del grupo. En otro grupo de adolescentes, los jóvenes rellenaron una escala de ansiedad (Spielberger, 1983) y definieron sus propias metas para las sesiones a partir de sus resultados en la escala. En la mayoría de los casos, se indicaba DMT por razones de alta ansiedad, depresión o trastornos de comportamiento, y los objetivos y metas terapéuticos se definían con el equipo, previa revisión del expediente de cada caso.

Para algunos niños y adolescentes calificados de ansiosos, las entrevistas pretratamiento sólo contribuyen a aumentar su nivel de ansiedad y también su resistencia en las sesiones, y en otras ocasiones pueden ser desaconsejables debido a las dificultades de comunicación que ponen de manifiesto. En esos casos, una sesión de demostración puede servir también para propósitos diagnósticos. Conviene que la evaluación de cada sesión incluya las acciones previstas de antemano y las que finalmente se llevaron a cabo, las respuestas de cada individuo, las respuestas del grupo ante la terapeuta y viceversa, las dinámicas de grupo, los temas de material de movimiento iniciados por los clientes o la terapeuta, así como los objetivos para siguientes sesiones. Además, es necesario que la terapeuta recopile de alguna forma su propia experiencia en las sesiones para aclarar cualquier cuestión transferencial o contratransferencial que surja y que deberá tratar en las supervisiones o, si es necesario, en el contexto de su terapia personal. Todos los aspectos de la evaluación deben estar relacionados con los propósitos y objetivos terapéuticos.

Ilustración de un caso

Éste es el caso de un joven que participó en un proyecto de investigación que exploraba las percepciones de los clientes sobre un proceso grupal de DMT que habían seguido conmigo (Payne, 1986, 1987, 1988a, 1988b). En esta presentación nos referiremos a él como «Steve». Gran parte del texto que veremos ilustra su propia comprensión del proceso; sin embargo, añadido a continuación un análisis de sus percepciones basado en su historial, así como la opinión del resto de los profesionales y mi propia manera de entender el desarrollo de la infancia y la adolescencia en este tipo de poblaciones. Muchos aspectos del proceso quedan omitidos, como son la construcción paulatina de la re-

lación terapéutica, el trabajo con los padres y otros colaboradores y el establecimiento de objetivos y etapas de evaluación, así como muchas de las decisiones tomadas durante las sesiones. Hay que tener en cuenta que ocurrió mucho más de lo que aquí comparto y que he destacado tan sólo aquellos aspectos que me parecen más importantes. Steve participó primero en unas cuantas sesiones individuales, seguidas de un breve trabajo en díada y finalmente pasó a formar parte de uno de los dos grupos de DMT que se desarrollaron a lo largo de ocho meses. La confidencialidad del caso se garantiza cambiando el nombre del sujeto y algunos detalles de su historia. Tanto los propios adolescentes como los padres y la escuela dieron su aprobación para que se llevara a cabo el estudio y se publicaran sus resultados.

Steve, 14 años

Steve era un chico delgado, ágil, guapo y de estatura media. Tenía el pelo oscuro y una apariencia un tanto desaliñada. Le habían puesto en régimen de supervisión dentro de una escuela residencial especial para jóvenes tutelados por ausentarse continuamente de clase, estar fuera del control de los padres y cometer faltas diversas, incluido el asalto a una señora mayor con la intención de robarle dinero. Considerado peligroso para la comunidad, su estado de perturbación emocional derivaba de un bloqueo emocional sufrido hacía unos cinco años debido a la separación de sus padres (él tenía 8 años). En el período en que tiene lugar el estudio, sigue en contacto con su padre pero no puede soportar a su padrastro (el novio con el que la madre convive). Sus compañeros y los profesionales del centro le tienen por un provocador. Es capaz de mostrar dolor o rabia, pero expresa la ira con violencia física o escupiendo a los demás. Sigue un programa de reeducación.

Su movimiento presenta una buena coordinación y fluctúa del flujo libre al dirigido y de vibración rápida a aletargamiento. Rara vez establece contacto visual y mantiene su barbilla apoyada en el pecho cuando habla. La mayor parte del tiempo está muy callado, sin prestar atención y aparentemente bastante tenso, y muy pocas veces inicia el contacto.

Los objetivos terapéuticos generales del grupo de DMT fueron los siguientes:

1. Trabajar los unos «con» y «contra» los otros.
2. Trabajar en grupos de tres, de cuatro e individualmente con la terapeuta dentro del grupo, turnándose para observar.
3. Compartir observaciones sobre uno mismo y los demás.
4. Trabajar con objetos, tales como instrumentos de percusión, como acompañamiento.
5. Aprender a asumir riesgos.
6. Trabajar la cuestión de la exclusión.

Fragmentos de mis notas sobre el caso

Steve formaba parte del Grupo 2, junto con G, T y R. El grupo se reunió durante 28 sesiones, una vez a la semana, en un pequeño gimnasio que tenía un escenario con cortinas delante del cual colgaban algunas cuerdas de gimnasia.

Varias cuestiones aparecieron en el caso de Steve. A menudo hablaba de su rabia, muy notable y casi siempre expresada mediante agresiones físicas. Sé que pisaba a los demás o se abalanzaba sobre ellos, especialmente sobre los más débiles como T. El resto de jóvenes también lo percibía así. En su expediente constaban sus diversas muestras de violencia, que tomaban forma tanto de amenaza como de agresión física hacia los demás. Sus comentarios eran del tipo: «es divertido verla caerse», refiriéndose a mí con mofa ante la posibilidad de que me hubiera hecho daño en una sesión; «¡no les dejaba parar, estaban hechos polvo!», en referencia a una ocasión en la que él tocaba el tambor en una improvisación del juego «a ver si me pillas»* y parecía divertirse viendo cómo los demás niños se agotaban; «le he pisado en los pies porque no los he visto»; «si me lo repiten demasiado les doy con la cabeza», refiriéndose a las ocasiones en que, fuera de las sesiones, algunos de sus compañeros se burlaban de él tratándolo de mariquita; o «me dio mucha rabia, le hubiera dado en los huevos», en referencia a un profesor que una vez no le dejó entrar en clase como castigo. Steve dio muestras de mucha hostilidad e insultó considerablemente a este profesor. Parece ser que éste permitió que T asistiera a clase pero no Steve, por lo que probablemente se trataba de expresiones de envidia. Steve tenía cuatro hermanos, siendo el mayor y el menor quienes habían

* *Chase me/catch me* en inglés. [N. de la T.]

acaparado gran parte de la atención de la madre. Había llegado a negarse a cuidar su higiene, quizás como otra manera de llamar la atención sobre la aparente dejadez de la madre en sus cuidados.

Los comentarios que algunos miembros del grupo hacían fuera de las sesiones confirmaban las referencias a puñetazos, patadas o golpes que constaban en su expediente: «Me he quedado así de pie porque no podía doblarme. Steve tenía sus pies por ahí y me he acojonado en ese trozo; no quería porque estaba dándome en los huevos». Este miembro del grupo probablemente se refiere aquí a un incidente que hubo subiendo con las cuerdas y en que T acabó saliendo fuera de la sala, lo cual posiblemente fue accidental. «Steve me pega y me da puñetazos» era otro comentario similar. Yo misma me di cuenta de que en una sesión individual Steve quiso hacerme daño a propósito en el pie con una placa de madera. Puede que fuera una muestra de rabia ante la perspectiva de que el programa en el que participaba estaba a punto de terminarse y desahogaba dicha rabia conmigo. Se lo pasó bien en las sesiones y expresó deseos de que «se den prisa y empiece ya» el siguiente programa, aunque el último día lo negó con sus comentarios: «sólo ha sido otra cosa más que ha pasado». Otra de mis notas hace referencia a mi preocupación ante su tendencia a infligir daño a los demás: «He tenido que recordar de nuevo la norma de no hacer daño ni a uno mismo, ni a los demás, ni de romper material; S le ha retorcido la mano a T hasta hacerle daño», y «a menudo S se soltaba del grupo de repente cuando estábamos en círculo, todos cogidos de las manos e inclinados hacia fuera, o trataba de romper físicamente cualquier cohesión que hubiera». Esto pasaba en las primeras sesiones del programa. Posiblemente necesitaba empezar por sabotear cualquier contacto grupal para simbolizar su propio aislamiento y la falta de cohesión grupal que se daba en su familia. En su expediente constaba que sus padres estaban separados y que él no aceptaba al nuevo compañero de su madre. Según el psiquiatra, Steve se había distanciado mucho de su madre porque quería que ésta estuviera por él y no lo había conseguido. Era visto como un chico lleno de rabia que se expresaba mediante la provocación. En este sentido, el programa no fue ninguna excepción aunque, como comentaba un compañero suyo, «sólo se hace el chulo fuera de las sesiones, nunca dentro», lo cual puede indicar que le veían menos provocador durante la DMT. A medida que pasaba el tiempo parecía controlarse mejor durante las sesiones, aunque en ocasiones

saboteaba físicamente la dinámica del grupo, como en un ejercicio sobre apoyos que requería mantener contacto físico y compartir peso, en el que intentó manipular la interacción de movimiento y provocar daño a alguien, reflejando así quizás su propio dolor. Los comentarios de su expediente también dan cuenta de su negativa a cuidar de su propio cuerpo, lo cual quizás haga referencia a una negligencia en su cuidado cuando era pequeño o quizás a algún daño físico ocurrido en el pasado. En las últimas sesiones se mostraba menos problemático y exigente, sobre todo en cuanto a la tendencia a infligir daño físico a los demás, mostrando quizás una mayor actitud cuidadora.

¿Qué sentido tuvo el grupo para Steve? Para recopilar datos sobre la experiencia del cliente en el proceso de DMT he utilizado los métodos de estudio de la entrevista y la redacción de un diario. Lo que sigue es la lectura que yo he elaborado a partir de los comentarios de Steve que constan en dichos datos.

Steve hacía a menudo comentarios sobre el grupo y los individuos que lo formaban. Fuera de las sesiones mencionaba aquellas actividades en las que habían trabajado como grupo y relataba claramente las interacciones entre los miembros en las distintas estructuras e improvisaciones. Por ejemplo: «Estábamos pegados [aferrados] los unos a los otros, era chulo trabajar con ellos, me gustaba que hicieran eso», haciendo referencia a una temática que se desarrolló en el grupo y que culminó con el balanceo sobre una cuerda, con música como acompañamiento. Al ritmo de la música y por turnos, cada uno saltaba y sujetaba la misma cuerda, de manera que los cuatro estaban en contacto constante y compartiendo el balanceo, hasta que todo el grupo acababa cayendo al suelo sobre la colchoneta, generalmente en medio de muchas risas. Se refería a esta actividad como un «trabajo», lo cual puede indicar su grado de motivación e implicación en ella, a pesar de verla quizás como algo un tanto serio. La actividad requería juicio propio, valentía, contacto físico con otros, forma física, fuerza, sentido de la temporalidad, así como sensibilidad hacia los demás y hacia el juego: «todo el mundo hace el mismo movimiento», «es chulo porque me hace sentir algo bueno». Puede que disfrutara de la sincronía de todo el grupo balanceándose al mismo tiempo; quizás eso le diera un sentido de «estar todos juntos», lo cual era poco frecuente en su familia y en su experiencia en general, puesto que parecía distanciado de sus iguales. El balanceo es una actividad que implica crear y soltar una ten-

sión, y suele ser reconfortante. La actividad con las cuerdas consistía en aguantar o aferrarse al «objeto» y dejarse caer sobre la base segura del suelo.

En ocasiones, la rivalidad para obtener atención se hacía evidente y Steve demostró ser capaz de prestar su atención a otros. Así, por ejemplo, mantenía su atención hacia los demás en un ejercicio en que un miembro del grupo se desplazaba por el espacio mientras el resto del grupo, incluido él mismo, le seguía, acompañándole con los tambores. Se divertía sobre todo jugando y moviéndose al son del tambor con gestos fuertes y vitales, reflejo quizás de su rabia. Decía que se lo pasaba muy bien.

En una sesión, a mitad de camino del programa, R se subió a la repisa de la ventana con un tambor y no se bajaba de ahí, así que Steve subió también y se puso a tocar el tambor. Su comentario sobre el episodio fue que «estaba muy bien ahí arriba con el sol que entraba por la ventana, haciendo mi propia música». La temática que emergía en el ejercicio era la de alejarse del suelo o saltar *versus* moverse por el suelo debajo de un paracaídas o dejar pasivamente el propio peso. En esa sesión, Steve utilizó de nuevo el tambor como forma de expresar la rabia, así como para acompañar a R en unos atrevidos movimientos acrobáticos como columpiarse, colgarse o dejarse caer. Fue entonces cuando empezó a crear una danza propia con la que subió hacia la ventana, para acabar en la repisa haciendo música con el tambor, tomando así a R como modelo. Después regresó con el resto del grupo tranquilamente, así que decidí no hacer ninguna intervención. Puede que para Steve ese momento representara una ocasión para estar solo y alejado de la intensidad de las interacciones del grupo. Al estar despegado del grupo, mediante su posición en lo alto de la ventana, también se podría concluir que se estaba excluyendo a sí mismo. ¡Pero seguro que no del todo, ya que todos podíamos oír bien su tambor, que de alguna manera nos excluía a nosotros! Me agaché hasta el suelo tapándome las orejas con las manos, y aunque me había visto intervenir en el caso de R, animándole a que volviera con el grupo dado que era peligroso subirse a la ventana, Steve silenció mi preocupación tocando más fuerte el tambor. Decidí no establecer ningún contacto con él. Parecía claro que estaba actuando la furia de haber sido excluido y no haberse sentido querido por alguna figura paterna. Me sentía impotente pero opté por no reflejarle su resentimiento (por ejemplo, gritándole).

Paradójicamente, volvió con el grupo sin que yo hiciera ninguna sugerencia; quizás era más dependiente de lo que yo pensaba y si no podía obtener mi atención alejándose del grupo lo haría participando en él. Parecía tomar las sesiones como un espacio para interactuar con el grupo, pero también para retirarse a solas si era necesario. Vio la postura que tomé indicando cómo él me excluía tocando el tambor y manteniéndose tan alejado. Quizás eso fuera un reflejo de su realidad: su madre enfadada con él que acaba escogiendo a otro hombre, dejando a Steve impotente y excluido. En este punto del proceso y la interacción se dio una transformación clara.

Con comentarios como «tenía vergüenza al principio pero ahora ya no, porque puedo ver cómo reaccionan [los otros participantes]; ahora los conozco mejor», demostraba una mayor receptividad. Se daba cada vez más cuenta de las reacciones de los demás y las podía utilizar para *conocerles*. Quizás su tendencia al retraimiento derivara del miedo a que le rechazaran, le hicieran mucho daño o dejaran que él les hiciera daño con la fuerza de su rabia. Decía que su timidez se debía a que no me conocía, ni conocía muy bien a los otros chicos, añadiendo «es nuestro instinto volvernos tímidos». Grabar las sesiones ayudó a que desarrollara este sentido de autopercepción (Furman, 1990). Comentó mucho el rubor que había sentido ante la grabación, explicando que se quedó muy parado cuando supo que iban a filmarles porque le daba mucha vergüenza que un extraño entrara en las sesiones con el grupo. Parece que la timidez se daba en respuesta a *desconocidos*. Compartiendo estas sensaciones con los demás compañeros demostraba tener capacidad de reflexión, sensibilidad y conciencia de sus propios sentimientos.

Por lo que a mí se refiere, Steve me veía como a una profesora, me llamaba «señorita» y mostraba una actitud positiva conmigo. En una ocasión le dijo a otro adulto: «es como cualquier otra profe pero un poquito mejor», aunque parece que no sabía explicar en qué sentido era mejor. Desde luego, en su percepción no reconocía mi rol con él como el de una terapeuta. Normalmente, este tipo de población tiene siempre una primera reacción de rechazo ante cualquier ofrecimiento de ayuda que recibe o ante cualquier insinuación de que necesita asistencia de algún tipo. Asocian muy rápidamente el término terapia al de enfermedad o, peor, al de locura (su gran miedo). Otros comentarios de Steve incluían: «es una buena profesora porque te deja que te columpies en las cuerdas y hace algunos movimientos contigo», «hace lo que tú ha-

ces, te copia, juega a seguir al líder, todo lo que hacemos ella también lo hace», «intenta hacer volteretas, aunque no le salen muy bien». Esto último probablemente se refiere a alguno de los momentos en que me añadía a la actividad moviéndome en sincronía o haciendo de eco, de espejo, de sombra o de contraste en relación con las expresiones de movimiento más destacadas del grupo o de alguno de los participantes. Parecía verme como a alguien que tenía poder para hacerle algún daño. Creía, por ejemplo, que yo podía decirle «ve a clase y no vuelvas a este grupo» (cuando, de hecho, este tipo de sanción no había sido acordada en este grupo), y que yo era la que tenía que poner todas las reglas. Esto tiene relación con el concepto central de rechazo del que he hablado antes: inconscientemente el adolescente intenta que el adulto repita el tipo de respuesta que le es familiar, confirmando que él/ella es «malo» o «no lo bastante bueno» para participar. Generalmente, Steve podía hacer aportaciones al grupo cuando nos sentábamos a hablar al final de las sesiones. En una ocasión en que no pudo terminar una actividad con la que estaba disfrutando mucho pareció muy triste cuando les recordé a todos que se acababa el tiempo. Sintió que yo le privaba de algo pero que a la vez le protegía, porque al hablar de lo que habían observado de cada uno en aquella sesión comentó: «Tú aguantabas las cuerdas para que no chocáramos contra ellas ni nos hiciéramos daño». Aportó ideas para mejorar las sesiones, como por ejemplo «hacer la mitad de danza, la mitad de hablar y diez minutos de columpiarnos en las cuerdas». En este sentido dijo: «Es lo más justo porque tú no puedes hacer lo que nosotros hacemos cuando estamos en las cuerdas», con lo cual me daba la oportunidad de añadirme a más actividades con ellos y a la vez dejaba claro que la actividad preferida de todos era la cuerda.

Comentario

Steve consideró que las ganancias que había sacado del proceso eran haber aprendido a relajarse correctamente, a mover el cuerpo, conseguir «saltarse» alguna clase y ponerse más en forma. Decía que se lo tendría que pensar dos veces antes de implicarse de nuevo en un proyecto similar.

De sus percepciones, las referencias en su informe y otros comentarios se deduce que las dimensiones más destacadas de su experiencia en las sesiones giraron entorno a «expresar la rabia» y «participar en el trabajo de grupo». En este sentido, parece que las sesiones de DMT

constituyeron una oportunidad para él de expresar y reconocer su rabia en un entorno seguro. Simbólicamente, podía destruir al grupo y expresar el deseo de destruirme, sin dejar de formar parte del grupo en la estructura de «balancearse todos en la cuerda y luego soltarse». El concepto de «caída eterna» (*falling forever*) acuñado por Winnicott (1962) hace referencia a la ansiedad que siente el niño cuando el cuidado de la madre no es suficientemente bueno. El grupo trabajó la caída (desde la cuerda y en forma de salto) durante varias semanas y trabajar esta temática les permitió pasar a abordar la rabia y profundizar en sus experiencias a través de la participación.

La DMT también facilitaba la interacción del grupo, lo cual permitía que Steve experimentara relaciones positivas al participar en juegos de movimiento creativo y al formar interacciones que reforzaban su sentido de sí mismo, en lugar de invalidarlo. En vez de sentirse excluido (rechazado), cuando no se movía era capaz de observar y convertirse, por ejemplo, en el que controlaba los movimientos de otros miembros del grupo. Hubo momentos en los que se excluyó a sí mismo porque la situación era demasiado dolorosa para él. Sin embargo, ver que la terapeuta aceptaba y reflejaba corporalmente su necesidad de estar apartado permitía que volviera de nuevo con el grupo. Sus comentarios y observaciones solían ser acerca de sí mismo y de la terapeuta más que de sus compañeros. A medida que fue adquiriendo confianza en mí y los demás participantes, que le «veíamos» y aceptábamos sus sentimientos dolorosos, sus agresiones durante las sesiones disminuyeron considerablemente, lo cual le permitió trabajar más creativamente con los demás en las estructuras de movimiento. Se ausentó del grupo en dos ocasiones y en algunas sesiones se retiraba un rato de la participación o «se escondía». En las primeras sesiones, sólo podía participar con el resto del grupo si él era el «controlador», como ocurrió cuando dirigió los movimientos del resto de los miembros tocando el tambor. Todo ello refleja la ambivalencia que sintió ante la experiencia.

Conclusiones

Se han hecho muchos descubrimientos sobre el trabajo que llevé a cabo durante mis prácticas en contextos educativos. Sin embargo, me gustaría compartir aquí mi propia comprensión del proceso y aquellas conclusiones sobre DMT que se hicieron evidentes en retrospectiva.

Mi proceso de terapia personal jugó un papel importante en la comprensión que fui adquiriendo sobre el tratamiento de DMT con estas poblaciones. Aprendí que, a menudo, los niños y los adolescentes son muy dependientes de los adultos y que algunos probablemente lo serán siempre, en especial los autistas y los grupos psicóticos. Las temáticas más frecuentes entre los jóvenes etiquetados como «delinquentes» eran necesariamente la autoridad y el poder, ya que éstas eran las que mejor habían conocido en su experiencia personal anterior. En una ocasión, por ejemplo, un grupo trabajó con el esconderse detrás de los abrigos, debajo de las colchonetas o en los armarios. ¡Pues bien, la supervisión sobre mis sentimientos durante esa sesión se centró básicamente en el deseo que yo había sentido de esconderme de ellos!

El enfoque de DMT que cada terapeuta aplica al trabajar con niños y adolescentes depende de su formación y experiencia, así como del contexto de la escuela en sí. Sin embargo, en mi opinión, se pueden establecer algunas conclusiones generales sobre cómo trabajar con estos grupos. Pienso, por ejemplo, que la terapeuta debe evitar adoptar un rol abiertamente autoritario ante un grupo que se muestra hostil y agresivo, porque no debe repetir el patrón de conflicto con el que estos niños siempre se han encontrado en la vida. Un estilo terapéutico menos directivo, con menos intervenciones, permite que se establezca una transferencia más positiva. Conectar (*joining*) con el movimiento de los participantes es importante para estos grupos, tanto para los más alejados como para los que presentan altos niveles de ansiedad.

Algunos de los grupos con los que he trabajado no tenían una actitud muy positiva ante el movimiento, lo cual dificultaba el proceso de DMT. Para ellos, moverse conlleva el riesgo de sentirse vulnerables y, ante eso, su cuerpo quieto dice: «Me mantengo cerrado y no me implicó». En este sentido, yo recogía conscientemente cualquier indicio de movimiento para intentar desencadenar una actitud de juego. En una ocasión, por ejemplo, John jugaba con su peine y yo, sabiendo lo que le costaba involucrarse con el movimiento, me las arreglé para interactuar sutilmente y acabamos jugando los dos a lanzar y atrapar el peine, dejándolo caer de nuestras manos y recogiénolo, cualquiera de los dos, para «salvarlo». Así se hizo posible una relación entre nosotros que no resultaba tan amenazadora para John y que le permitía entrar en el movimiento casi sin darse cuenta, gracias a que el foco de la interacción era un objeto con el que se creaba suficiente distancia para

él. A partir de aquel momento, se estableció entre nosotros una relación de confianza en las sesiones.

También se pueden establecer algunas conclusiones sobre cómo el propio proceso de la terapeuta puede ser un buen indicador del tipo de material con el que el cliente podría trabajar satisfactoriamente. En mi caso, a medida que aprendía con los niños y adolescentes podía monitorizar mejor qué efectos producían en mí. Entre el cliente y la terapeuta existe un potencial para la interacción de movimiento que es crucial aceptar: la terapeuta tiene que reconocer claramente qué procesos son suyos para distinguir de quién proviene el aspecto patológico que está operando en un momento dado (si del cliente o de ella).

La receptividad del terapeuta a la comunicación inconsciente [material de movimiento] del paciente se pone de manifiesto en sus respuestas a las presiones interactivas (Casement, 1985: 95).

A través de la autorreflexión, las supervisiones y su proceso personal de psicoterapia, la terapeuta puede entrar en contacto con una gama más amplia de sentimientos. Más que identificarse empáticamente con lo que resulta familiar dentro de su propia experiencia, la terapeuta debe ser capaz de desarrollar una sensibilidad hacia los sentimientos que no se parecen a los suyos. Reconocer los sentimientos del cliente que no resultan familiares para la terapeuta puede derivar en una mayor comprensión de la experiencia de aquél. En el caso de Steve, por ejemplo, fue importante que yo reconociera abiertamente su necesidad de expresar rabia, sin reprimendas. Siempre tomé sus muestras de agresividad física hacia los demás como una expresión de su necesidad de contención, pero le animé a expresar la rabia mediante otras vías como hacer movimientos fuertes, tocar el tambor, etcétera. Por otro lado, es necesario que la terapeuta entienda los procesos y conflictos que subyacen al desarrollo normal de una persona. Así, podría distinguir claramente aquellas dinámicas que impiden que una persona determinada acceda a una definición satisfactoria de sí misma (en este caso, conocer el desarrollo de los niños y adolescentes y, en especial, el de los jóvenes que sufren y causan problemas). Por ejemplo: podemos afirmar que, para el desarrollo sano de una persona, es necesario que ésta pueda regular satisfactoriamente el conflicto que le supone sentir amor y odio por una misma persona. «El miedo y la culpabilidad que

derivan de este conflicto [...] y la incapacidad para afrontar ese miedo y esa culpabilidad están en la base de muchos trastornos de carácter, incluida la delincuencia persistente» (Bowlby, 1979: 5). Regular esta ambivalencia es pues crucial. Hay que poder dirigir y controlar impulsos contradictorios y desarrollar también la capacidad de experimentar de forma sana la ansiedad y la culpabilidad resultantes. El miedo al castigo que se espera ante cualquier muestra de hostilidad (sea actuada o en la intención) lleva a más agresividad; la culpabilidad puede representar la reclamación de una muestra de amor que, si no se obtiene, provoca más odio. Si además existe un fuerte e inhabitual impulso de luchar por encontrar un vínculo seguro o de herir y destruir (como es el caso que aquí ilustro) a la persona querida misma, la regulación del conflicto será más problemática.

Es muy útil estar informado de los resultados de investigaciones de DMT y psicoterapia que atañen a las poblaciones con las que se trabaja, y en especial de las relacionadas con teorías psicoterapéuticas y centradas en el cuerpo. Sin embargo, durante el proceso es el cliente el que conduce a la terapeuta (quien le guía cuidadosamente gracias a este tipo de indicadores) desde lo que ambos saben hacia lo que todavía tienen que aprender y entender. El cliente sabe por dónde tiene que viajar con la ayuda de la terapeuta, y al viajar junto al otro, la terapeuta redescubre la teoría a través de la práctica.

La noción de «sostener» (*holding*) de Winnicott (1971), o de contención, es crucial en estas poblaciones. Como pasa en el plano físico, hay muchas maneras de contener al cliente para ayudarlo a descubrir su capacidad de manejar y superar conflictos sin necesidad de pelearse o huir. Establecer y mantener límites terapéuticos claros, como son las reglas básicas u otras estrategias terapéuticas expuestas anteriormente, proporciona un nivel de contención que permite que la terapeuta esté por encima de los ataques que se producen y entienda qué es lo que se está poniendo en juego.

¿Cuál será el futuro de la DMT con niños y adolescentes? Algunos de los que tengan necesidades educativas especiales serán integrados en escuelas normales y los que presenten mayores discapacidades serán educados en escuelas especiales. Ambos tipos de colegios seguirán el plan de estudios nacional y serán responsables de sus propios presupuestos. Habrá que analizar con calma las implicaciones que tendrán estas innovaciones del Gobierno a la hora de determinar el

papel de la DMT en la educación especial. El lugar de la danza en el plan de estudios general no queda claro, aunque parecen haber indicios de que se volverá a incluir entre las asignaturas de educación física, como ocurría hace diez años. En las escuelas especiales se enseña danza, pero ésta sigue sin obtener tanto reconocimiento como las artes plásticas, las manualidades o la música. Por tanto, al igual que sucede con la danza en la educación general, el lugar que obtenga la DMT será en gran parte un reflejo del lugar que ocupe la educación de la danza y el movimiento en el plan de estudios nacional. De todos modos, una alternativa como lugar de aplicación para la DMT puede ser el área de consulta y orientación psicológicas.

Es evidente que los que han hecho, o llevan a cabo actualmente, prácticas en DMT en contextos educativos lo hacen gracias a su buena voluntad y a la de las escuelas, que han ido reconociendo cada vez más su trabajo. Sin embargo, según mi experiencia, rara vez se sustituye la figura de la psicoterapeuta en DM, a tiempo completo o parcial, una vez que la persona en formación termina sus prácticas. Esta situación seguirá sucediendo mientras no estén bien establecidos los requisitos de formación, las condiciones de aplicación, los honorarios según el servicio y la representación profesional para la DMT aplicada a la educación.⁴ La DMT necesita con urgencia su reconocimiento como una profesión más del ámbito educativo. Mientras no llega, las escuelas podrían emplear a profesores con formación en DMT, lo cual contribuiría positivamente a diluir los miedos, mitos y malentendidos sobre la DMT que a menudo existen en el contexto educativo. Si reconocemos la necesidad de tener habilidades de comunicación y de saber establecer y mantener relaciones satisfactorias en la vida, entonces la DMT tiene aplicaciones para todos los niños y adolescentes, incluidos los que padecen trastornos, los que provocan conflictos o los discapacitados.

4. En enero de 1990 se publicó un informe para coordinadores y programadores de la disciplina de danza dentro del plan de estudios nacional que se puede obtener en el *Council for Dance Education and Training*, 5 Tavistock Place, London WCL. Algunas de las siguientes áreas pueden ser relevantes para introducir la DMT en el contexto educativo: educación personal y social; educación artística y estética; educación física, salud y mantenimiento de la forma física; y como disciplina combinada con otra asignatura del currículo.

Resumen

Este capítulo ha sido una introducción a una aplicación de la DMT con niños y adolescentes en educación especial, subrayando especialmente el trabajo con jóvenes etiquetados como delincuentes. He tratado las cuestiones con las que me he encontrado y las he expuesto de acuerdo a mi propia comprensión. No propongo un modelo a seguir, sino que comparto unas experiencias de las que aprender.

Finalmente, me gustaría dar las gracias a todos los niños y adolescentes con los que he trabajado así como a mis compañeros de trabajo.

Bibliografía

- Adelman, H. S. y Taylor, L. (1986), «Children's reluctance regarding treatment: incompetence, resistance or an appropriate response», *School Psychology Review* 15(1): 91-99.
- Adler, R. F. y Fisher, P. (1984), «My self... through music, movement and art», *The Arts in Psychotherapy* 2(3): 203-208.
- Ainsworth, M. D. S. (1962), «The effects of maternal deprivation: a review of findings and controversy in the context of research strategy», en: *Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of its Effect*, Geneva, World Health Organization Public Health Papers, 14: 153.
- Alvin, J. (1966), «History of music therapy», en: J. Alvin (1975), *Music Therapy*, Londres: Hutchinson.
- Apter, A. Sharir, I., Tyano, S. y Wijsenbeck, H. (1978), «Movement therapy with psychotic adolescents», *British Journal of Medical Psychology* 51 (2): 155-159.
- Balaz, S. E. (1977), *Dance therapy in the Classroom*, New Jersey, Waldwick Hctor Products for Education.
- Barcai, A., Umbarger, C., Pierce, T. W. and Chameralais, P. (1973), «A comparison of three group approaches to underachieving children», *American Journal of Orthopsychiatry* 43 (9): 133-41.
- Berrol, C. F. (1989), «A view from Israel. DMT and creative arts therapies in special education», *The Arts in Psychotherapy* 16(2): 81-90.
- Billington, H. (1981), «Movement with disturbed children», *New Growth* 1(1): 43-47.

- Bion, W. R. (1962), *Learning from Experience*, Londres, Heinemann.
- Bowlby, J. (1951), *Maternal Care and Mental Health*, Monograph Series No: 2, second edition, Geneva, World Health Organization.
- Bowlby, J. (1979), *The Making and Breaking of Affectional Bonds*, Londres, Tavistock.
- Bridgelways School (1985), «Filling the Cracks», *Community Care*, 11 April.
- Britton, R. S. (1978), «The deprived child», *The Practitioners* 221, September: 373-378.
- Bruce, T. (1975), «Adolescent groups and adolescent processes», *British Journal of Medical Psychology* 48: 333-338.
- Bunt, L. (1986), «Research in Great Britain into the effects of music therapy with particular reference to child with a handicap», en: E. Ruud (ed.), *Music and Health*, Londres, J. Chester.
- Case, C. (1981), «Problems with bereavement with maladjusted children», *Conference Proceedings*, Hertfordshire College of Art and Design, St. Albans.
- Case, C. (1986), «Loss and transition in art therapy with children», en: T. Dalley, C. Case, J. Schaverien, F. Weir, D. Halliday, P. Nowell-Hall, y D. Waller, *Images of Art Therapy*, Londres, Tavistock.
- Case, C. (1990), «Reflections of shadows», en: C. Case y T. Dalley (eds.), *Working with Children in Art Therapy*, Londres, Routledge.
- Casement, P. (1985), *On Learning from the Patient*, Londres, Routledge.
- Cole, I. L. (1982), «Movement negotiations of the expressive arts in therapy», *Journal of Reading, Writing and Learning Disabilities* 1(3): 55-60.
- Curtis, M. y Gilmore, C. (1982), «Group counselling in secondary schools», *Educational Psychology Journal*, 47-56.
- Dalley, T. (1990), «Images and integration: art therapy in a multi-cultural school», en: C. Case and T. Dalley (eds.), *Working with Children in Art Therapy*, Londres, Routledge.
- Delany, W. (1973), «Working with children», *Conference Proceedings*, 8th American Dance Therapy Association, Monograph 3.
- De Martino, R. A. (1986), «A meta analysis of school-based studies in psychotherapy», *Journal of School Psychology* 24:3
- Dunne, C., Bruggen, P. y O'Brien, C. (1982), «Touch and action in group therapy of younger adolescents», *Journal of Adolescence* 5:31-38.
- Eisler, R. M. y Frederikson, L. W. (1980), «Perfecting social skills: a guide to therapeutic education», *Therapeutic Education* 1(1): 13-21.

- Evans, J. (1980), «Ambivalence and how to turn it to your advantage: adolescents and paradoxical intervention», *Journal of Adolescence* 3: 273-284.
- Fisher, P. (1980), «How a creative movement programme affects body image and self-concept in learning disabled children», *Scottish Journal of Physical Education* 8: 1.
- Fisher, S. y Cleveland, S. E. (1968), *Body Image and Personality*, Nueva York, Dover Press.
- Foulkes, S. H. (1965), *Therapeutic Group Analysis*, Londres, Allen & Unwin.
- Foulkes, S. A. y Anthony, E. J. (1984), *Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach*, Londres, Maresfield.
- Freud, A. (1958), «Adolescence», *Psychoanalytic Study of the Child* 13: 255-278.
- Freud, A. (1965), *Normality and Pathology in Childhood: Assessment of Development*, Nueva York, International Universities Press.
- Furman, L. (1990), «Video therapy: an alternative for the treatment of adolescents», *Arts in Psychotherapy*, 14(1): 59-68.
- Graafsme, T. y Anbeck, M. (1984), «Resistance in adolescence», *Journal of Adolescence* 7:1-16.
- Goodhill, S. (1987), «Dance movement therapy with abused children», *Arts in Psychotherapy* 14(1): 59-68.
- Groves, L. (1979), «To dance with a smile, successful experience through dance», en: L. Groves (ed.), *Physical Education for Special Needs*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Holmes, E. (1977), «The educational needs of children in care», *Concern* 26: 22-25.
- Holmes, E. (1980), «Psychological assessment», en: M. Boston y R. Szur (eds.), *Psychotherapy with Severely Deprived Children*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- Hulton, D. (ed.) (1985), *The Arts for Young Peoples with Special Needs: An Internal Report on the Canregie Project «Art For the Handicapped»*, Devon, Dartington College of Arts.
- Jennings, S. (1973), *Remedial Drama*, Londres, Pitman.
- Jennings, S. y Gersie, A. (1987), «Drama therapy with disturbed adolescents», en: *Dramatherapy: Theory and Practice for Teachers and Clinicians*, Londres, Routledge.
- Johnson, D. R. y Eicher, V. (1990), «The use of dramatic activities to facilitate dance therapy with adolescents», *The Arts in Psychotherapy*, 17: 157-164.

- Kalish, B. I. (1968), «Body movement therapy for autistic children», *Proceedings Conference American Dance Therapy Association*.
- Kearne, F. (1978), «Instructional models and the development of the body concept and anxiety reduction in elementary children», Educational Report, Ohio University.
- Kolvin, I. Garside, R. F., Nicol, A. R., Macmillan, A., Wolstenholme, F., y Leitch, I. (1981), *Help Starts Here: The Maladjusted Child in Ordinary School*, Londres, Tavistock.
- Lacan, J. (1977), *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis*, Londres, Hogarth Press.
- Lasseter, J., Provette, G., Borwn, C., y Duer, J. (1989), «Dance as a treatment approach with a multi-disabled child: implications for school counselling», *School Counsellor* 36 (4): 310-315.
- Laufer, M. y Laufer, M. E. (1984), *Adolescence and Developmental Breakdown: A Psychoanalytical -view*, Londres y New Haven, Yale University Press.
- Leste, A. y Rust, J. (1984), «Effects of dance therapy on anxiety», *Journal of Perceptual and Motor Skills* 58:767-772.
- Leventhal, M. (1974), «Movement therapy with minimal brain dysfunction children», en: K. Mason (ed.), *Focus on Dance Therapy*, Washington DC, American Alliance for Health, PE and Recreation.
- Leventhal, M. (1980), *Movement and Growth: Dance Therapy for the Special Child*, Proceedings from Symposium, New York University.
- Lovell, S. M. (1980), «The body-felt sens and body image changes in adolescence», en: compendium of presenters *Abstracts of American Dance Therapy Association, 15th Annual conference*.
- McNeely, A. D. (1987), *Touching: Body Therapy and Depth Psychology*, Toronto, Inner City Books.
- Marshall, R. (1982), «The treatment of resistance in the psychotherapy of children and adolescents», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 9 (2), Summer.
- Meekums, B. (1990), «Dance movement therapy and the development of mother-child interaction», M. Phil, tesis doctoral, University of Manchester.
- Meier, W. (1979), «Meeting special needs through movement and dance drama», *Therapeutic Education* 7(1): 27-33.
- Montague, A. (1971), *Touching*, Nueva York, Columbia University Press.

- Nicol, A. y Parker, J. (1981), «Play therapy in a junior school - 1: method and general problems», *British Journal of Guidance and Counselling* 9(1): 86-93 (and 2).
- Nordiff, P. y Robins, C. (1965), *Music Therapy for the Handicapped Child*, Nueva York, Steiner Publishers.
- North, M. (1971), *Personality Assessment through Movement*, Londres, Macdonald & Evans.
- North, M. (1973), *Movement Education*, Londres, Temple Smith.
- Payne, H. (1981), «Movement therapy for the special child», *British Journal of Dramatherapy*, 4: 3.
- Payne, H. (1984), «Responding with dance», *Maladjusted and Therapeutic Education* 2(2): 42-57.
- Payne, H. (1985), «Jumping for joy», *Changes Journal of Psychology and Psychotherapy*, 3 (4): 25 - 8.
- Payne, H. (1986), «Dance movement therapy with male adolescents labelled delinquent - a pilot study», *Conference Proceedings, VIIIth Commonwealth and International Conference on Sport, P.E., Dance, Recreation and health; Dance: The Study and the Place of Dance in Society*, Londres, E. & F. N. Spon.
- Payne, H. (1987), «The perceptions of male adolescents labelled delinquent towards a programme of dance movement therapy», M. Phil, tesis doctoral, University of Manchester.
- Paync, H. (1988a), «The practice of dance movement therapy with adolescents», *Conference Proceedings: Dance and the Child International*, Londres, Roehampton Institute.
- Payne, H. (1988b), «The use of dance movement therapy with troubled youth», en: C. Schaefer (ed.), *Innovative Interventions in Child and Adolescent Therapy*, Nueva York/Londres, John Wiley Interscience.
- Payne, H. (1990), *Creative Movement and Dance in Groupwork*, Oxon, Winslow.
- Pfeifer, G. y Spinner, D. (1985), «Combined individual and group psychotherapy with children: an ego development perspective», *International Journal of Group Psychotherapy* 35(1): 11-35.
- Pines, M. (1982), «Reflections on mirroring», *Group Analysis*, 15(2): 1-26.
- Rabiochow, M. G. y Sklansky, M. D. (1980), *Effective Counselling of Adolescents*, Chicago, Follet.

- Rakusin, A. (1990), «A dance/movement therapy model incorporating movement education concepts for emotionally disturbed children», *The Arts in Psychotherapy* 17: 55-67.
- Rogers, S.B. (1977), «Contributions of dance therapy in the treatment of retarded adolescents and adults», *The Arts in Psychotherapy* 4/3-4): 195-197.
- Rutter, M. L y Giller, H. (1982), *Juvenile Delinquency: Trends and Perspectives*, Londres, Guildford Press.
- Scott, R. (1988), «An investigation into the outcomes of dance and movement in the curriculum of children with emotional and behavioural difficulties», *Conference Proceedings, Second Arts Therapies Research*, Londres, City University.
- Shennum, W. A. (1987), «Expressive activity therapy in residential treatment», *Child and Youth Care Quarterly* 16(2): 81-90.
- Sherborne, V. (1987), «Movement for retarded and disturbed children», en: S. Jennings (ed.), *Creative Therapy*, Londres, Pitman.
- Shuttleworth, R. (1981), «Adolescent dramatherapy», en: G. Shattner y R. Courtney (eds.), *Drama in Therapy*, Vol. 2, Nueva York, Drama Books.
- Siegel, E. V. (1973), «Movement therapy with autistic children», *The Psychoanalytic Review* 60:1.
- Slavson, S. R. y Schiffer, M. (1975), *Group Psychotherapies for Children*, Nueva York, International Universities Press.
- Spielberger, C. (1983), *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press.
- Stern, D. N. (1974), «Mother and infant play: the dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviour», en: M. Lewis y L. A. Rosenblum (eds.), *The Effect of the Infant on its Caregiver*, Nueva York, Wiley.
- Stern, D. N. (1974), *The Interpersonal World of the Infant*, Nueva York, Basic Books.
- Tipple, B. (1975), «Dance therapy and education», *Journal of Leisureability* 2(4): 9-12.
- Truax, C. B. y Carkuff, R. (1967), *Toward Effective Counselling and Psychotherapy*, Chicago, Aldine.
- Watts, A. (1973), *Psychotherapy East and West*, Harmondsworth, Middx, Pelican.
- Wheeler, B. (1987), «The use of paraverbal therapy in treating an abused child», *The Arts in Psychotherapy* 14(1): 69-76.

- Wiener, J. y Helbraun, E. (1985), «Creative movement with the learning disabled child», *Journal of Reading, Writing and Learning Disabilities* 1(3): 34-44.
- Wilson y Evans (1980), *The Education of Disturbed Pupils*, The Schools Council Working Paper 65.
- Willis, C. (1987), «Legal and ethical issues of touch in dance/movement therapy» *American Journal of Dance Therapy* 10: 41-53.
- Winnicott, D. W. (1962), «Ego integration in child development», en: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogartg Press and the Institute for Psycho-Anañysis, 1965.
- Winnicott, D. W. (1971), *Playing and Reality*, Londres, Tavistock; trad. castellana: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.
- Wislochi, A. (1981), «Movement is their médium: DMT in special education», *Millieu Therapy* 1(1): 49-54.

5. Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: cuerpos que hablan del dolor

Sarah Rodríguez Cigaran

Introducción

Con este capítulo se pretende ofrecer una visión actual de lo que se entiende por fibromialgia, así como de las características generales del trabajo desarrollado con esta población desde el enfoque de la DMT. Además, se recogerán algunas conclusiones que muestran el efecto beneficioso que puede tener este tipo de trabajo para esta población.

Las reflexiones que aquí se exponen son el fruto de mi trabajo de investigación realizado para la elaboración de mi tesis doctoral en el Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto (Bilbao).

Hoy en día cada vez hay más personas que sufren dolores generalizados que no responden a ninguna causa orgánica evidente y que al buscar otras alternativas que no sea la exclusivamente médico-farmacológica no encuentran ayuda.

Es en ese otro abanico de posibilidades donde encontramos la DMT. Ya que ésta subraya la importancia de ubicar la relación cuerpo-mente dentro de un contexto psicoterapéutico creemos que es una forma óptima para ayudar a esta población.

El cuerpo y la mente conforman a la persona, son uno, y para poder entender el dolor, ya sea expresado más intensamente de forma física o psíquica, debemos escuchar todas aquellas dimensiones que hablen de la situación de una persona (física, psíquica, emocional, social y es-

piritual). Éste es el enfoque que se ha llevado a cabo a través de la DMT con los pacientes con fibromialgia.

De esta manera, el capítulo que aquí se presenta consta de tres grandes apartados: por un lado, en el primero de ellos, se presenta una introducción general del término «fibromialgia», junto con una revisión de la literatura acerca de las diferentes teorías sobre el origen, la sintomatología, la incidencia y el diagnóstico de la misma, que aún no están del todo claras. Las teorías propuestas aquí son las que tienden a utilizarse en mayor medida a la hora de explicar y hablar de la fibromialgia. Además, también serán descritos los diferentes tratamientos que con frecuencia se han utilizado para tratar a las personas con fibromialgia.

Por otro lado, en el segundo apartado del capítulo, se introduce y explica de forma breve el enfoque de trabajo que propone la DMT. A continuación, se describen las principales ideas y aportaciones para el entendimiento de esta enfermedad que es la fibromialgia desde la perspectiva de la DMT. Estas declaraciones derivan del trabajo que, como se apuntaba anteriormente, llevé a cabo durante varios años con personas diagnosticadas con fibromialgia.

Finalmente, el tercer apartado cierra el capítulo recogiendo las conclusiones que se desprenden del trabajo aquí abordado. Asimismo se subrayan las ideas principales sobre el entendimiento y descripción de la fibromialgia; sugerencias para futuras intervenciones que incorporen la DMT como modelo de intervención psicoterapéutica, y la importancia de entender la salud de la persona de una manera integradora, es decir, abordando los diferentes aspectos del dolor y de la persona en general.

1. Qué es la fibromialgia: breve análisis

Definir la fibromialgia es una tarea nada fácil, ya que aún hoy en día existen muchas investigaciones en curso que tratan de esclarecer no sólo su origen, sino el cuadro específico de síntomas que la definen y su manera de diagnosticarlos lo más objetivamente posible. Así pues, en este apartado, se quiere dar una visión general del variado abordaje que existe en la literatura al respecto. Con esto no se pretende confundir al lector o lectora, sino situarles ante el mismo desconcierto que

viven hoy los investigadores al pretender comprender el término «fibromialgia».

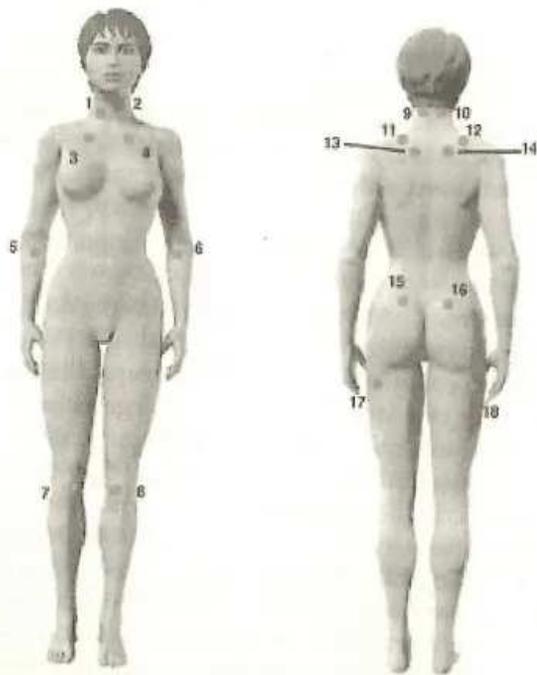
Existen un gran número de síndromes que son clasificados dentro de la denominación de «síndromes de dolor crónico», ya que una de las mayores quejas de los afectados, si no la mayor, es el dolor. Entre estos síndromes encontramos la fibromialgia (Kellner, 1991).

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido recientemente la fibromialgia y es consciente de que, como se explicaba anteriormente, siguen surgiendo nuevos estudios en todos los ámbitos (neuropsicológicos, psicológicos, médicos, psiquiátricos, etcétera) que van aportando más información sobre el origen y la sintomatología de esta enfermedad que aún no están del todo claros. Según autores como Goldenberg (1988) y Mc Cain y Scudds (1988), no existen evidencias claras acerca de la posible causa orgánica que origine la fibromialgia (citados en Kellner, 1991). Dado que es difícil distinguir la variedad de síntomas que aparecen con la fibromialgia, y al no tener causas directas y/o conocidas, esta enfermedad tiende efectivamente a confundir tanto a especialistas del campo de la salud como a los propios enfermos y familiares de éstos. En las líneas que siguen se introducirán algunas de las teorías más establecidas acerca de la sintomatología y el diagnóstico de la fibromialgia.

1.1. Fibromialgia: cómo se diagnostica, sus síntomas y su posible origen

Según Raspe y Croft (1995), existen principalmente dos líneas de desarrollo a la hora de entender y definir la fibromialgia. Por un lado encontramos a autores como Yunus y Masi, y el grupo alemán encabezado por Müller, y por otro lado a Wolfe y sus colegas, siendo los criterios que proponen los mismos que los del Colegio Americano de Reumatología (1990). Se desarrollarán estos últimos criterios, los propuestos por el Colegio Americano de Reumatología, ya que son los que se tienden a usar con mayor frecuencia (Forseth y Gran, 1992; Buskila *et al.*, 1993; Gedalia *et al.*, 1993; Wolfe, 1993; Prescott *et al.*, 1993, citados en Raspe y Croft, 1995). Estos criterios identifican la fibromialgia como un trastorno músculo esquelético con dolor generalizado espontáneo y una sensibilidad exagerada en diferentes puntos como características principales y distintivas. Una persona será diagnosticada con fibromialgia si cumple los dos criterios que se describen a continuación:

- Historial crónico de dolor generalizado, es decir, cuando todas las características siguientes están presentes: dolor de la parte izquierda del cuerpo, dolor de la parte derecha del cuerpo, dolor por encima de la cintura, dolor por debajo de la cintura, dolor en las cervicales, el pecho y zona baja de la espalda, dolor de hombro y nalga. Dicho diagnóstico se realizará a partir de la consideración de por cada una de las partes implicadas.
- Dolor en al menos 11 de los 18 «puntos sensibles» (o *tender points*) al palpar de forma digital. Estos puntos sensibles de dolor son los propuestos por el Colegio Americano de Reumatología en 1990. La palpación digital será de aproximadamente 4 kilogramos de peso y para que el punto se considere «positivo» el sujeto deberá constatar (al menos verbalmente) que fue doloroso.



Puntos sensibles, puntos gatillo o «tender points»

El dolor generalizado deberá estar presente durante al menos 3 meses. Por último, la presencia de un trastorno clínico secundario no excluirá el diagnóstico de fibromialgia (American College of Rheumatology, 1990, citado en Raspe y Croft, 1995).

Nicasio *et al.* (2000) hablan de un 84% de precisión a la hora de distinguir pacientes con fibromialgia de otros trastornos reumatológicos a través de los «puntos sensibles».

Por otro lado, ha surgido una controversia acerca de estos criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología y sus «puntos sensibles», ya que se afirma que están basados únicamente en autoinformes (*self-report*), es decir, fiándose exclusivamente de la palabra y visión subjetiva del propio «paciente» (Winfield, 1999). Además, este mismo autor, apoyándose en estudios de colegas como Robinson, Myers, Sadler *et al.* (1997) y Smythe, Gladman, Mader *et al.* (1997), afirma que estos criterios también son fácilmente manipulables, especialmente cuando hay un juicio de por medio o una compensación económica (Winfield, 1999). Asimismo, Winfield añade a este refutamiento de los citados criterios que éstos no han sido validados en los entornos médico-legales o de compensación económica y que pueden excluir a sujetos con menos de los 11 «puntos sensibles» requeridos para diagnosticar fibromialgia, dejando fuera a sujetos que pueden ser particularmente interesantes para recolectar información en los estudios, y que además puedan responder a psicoterapia. Por último, este mismo autor recoge una lista de síntomas que, además del dolor persistente, se dan en los pacientes con fibromialgia (Winfield, 1999). La lista es la siguiente:

- dolor difuso con alodinia e hiperalgesia,
- fatiga y sentimiento de debilidad,
- sueño pobre (alteraciones del sueño),
- distesia/parestesia (*dysaesthesiae/paresthesiae*),
- dificultades cognitivas (memoria y concentración),
- rinitis crónica/alergias,
- palpitaciones,
- dolor regional (dolores de cabeza, dolor de pecho atípico, dolor de pelvis/dispareunia, trastorno temporomandibular, dolor miofacial),
- síndrome de colon irritable,
- sentimiento subjetivo de hinchazón de las articulaciones.

Finalmente, la definición que hace Winfield de la fibromialgia es la siguiente: «dolor por todo el cuerpo, difuso, que va desde el axis del esqueleto hasta diversas áreas del cuerpo, implicando los músculos (siendo las zonas más comunes la parte baja de la espalda, el área por encima de los hombros, las piernas, el cuello y las caderas) y articulaciones, así como partes extramúsculo esqueléticas, como por ejemplo dolores de cabeza, de vejiga y de colon. El dolor es descrito como agotador, con descripciones evaluativas de tipo *miserable, intenso e insoporable*» (Winfield, 1999).

Payne *et al.* (1982) también coinciden con algunas de las características de la lista propuesta por Winfield, ya que para éstos las principales características comunes entre los pacientes con fibromialgia son: diferentes alteraciones psicológicas, rigidez y dolores músculo esqueléticos, así como alteraciones del sueño, quejas de hinchazón y hormigueo, y dolor en el cuello y hombros (citado en Kellner, 1991).

Goldenberg (1987) y Yunus *et al.* (1981) también coincidieron en estos síntomas y recalcaron la idea del síndrome de colon irritable como síntoma de la fibromialgia, añadiendo que aproximadamente un tercio de los pacientes también lo presenta (citados en Kirmayer y Robbins, 1991).

Muchas de las personas que sufren fibromialgia también sufren trastornos psicológicos, aunque éstos puedan ser sutiles o inapreciables (como por ejemplo la alexitimia), y autores como Wolfe (1997) y Wolfe y Potter (1996) sugieren que deberían ser incluidos en una ampliación de la definición de fibromialgia (citados en Winfield, 1999).

Epstein *et al.* (1999) llevaron a cabo un estudio para determinar si se podría predecir cómo iba a ser la incapacidad de funcionar de una persona con fibromialgia a través de la comorbilidad psiquiátrica y las variables psicológicas. Estos autores se basan en diversos estudios que ya afirmaron que las variables psicológicas, como la ansiedad y la depresión, pueden afectar de forma adversa a la percepción de la severidad de una enfermedad, a la habilidad funcional y al umbral o nivel de percepción y tolerancia del dolor. Teniendo en cuenta dicha información, los resultados de su investigación fueron los siguientes:

- a) Los pacientes con fibromialgia tenían mayores niveles de depresión (tanto en el presente como a lo largo de sus vidas) y de trastorno de pánico.

- b) En general existe una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en esta población.
- c) El grado de psicopatología es mayor que en otras enfermedades debilitantes, con lo que la explicación de que los trastornos psiquiátricos pueden ser la reacción a una enfermedad debilitadora no es ajustada (no cuadra).
- d) La discapacidad funcional resultó ser una característica severa en esta muestra en relación con otros trastornos crónicos.
- e) Los estados emocionales actuales de los sujetos se correlacionan con el bienestar físico, funcionando peor aquéllos con niveles de ansiedad y depresión más altos (estos resultados tenían una significancia estadística sólo con los sujetos que sufrían trastornos de depresión mayor).
- f) Estos sujetos también resultaban tener altos niveles de hipocondría y neuroticismo.

Otros autores como Hudson y Goldenberg (1992), Buchwald (1996), Hudson y Pope (1996), Plesh, Wlofe y Lane (1996), Clauw y Chrousos (1997) y Fry, Crip y Beard (1997), afirman que probablemente la fibromialgia se solape con trastornos psiquiátricos y con otros síndromes que han sido considerados a lo largo de la historia como de naturaleza funcional (citados en Winfield, 1999).

Por otro lado, White *et al.* (2000) también hablan de un efecto post-traumático, y afirman que un 50% de las personas con fibromialgia presenta un evento que precipitó su diagnóstico de fibromialgia, siendo común que este evento fuese un trauma físico. Además, autores como Romano (1990), Greenfield *et al.* (1992), Bennett (1993) y Waylonis y Perkins (1994) también hablan de una fibromialgia postraumática o reactiva (citados en White *et al.*, 2000).

Quintner y Cohen (1999) presentan una visión que aún va más allá, y afirman que el término fibromialgia ha sido utilizado queriendo decir tantas cosas diferentes que, pudiendo incluir tantas posibilidades, se ha convertido en un término sin sentido.

Según estos autores, además de este sentimiento de «fuera de control» en cuanto al uso del término fibromialgia, éste se utiliza también como sinónimo de lo que en inglés llaman «self-fulfilling disorder of pain modulation», un trastorno relacionado con la automodulación del dolor que se atribuye a factores psicogenéticos. Así pues, estos au-

tores consideran la fibromialgia como la neurastenia del siglo XX, con el peligro de caer, como lo hizo aquélla en el siglo XIX, en el fracaso por definir y distinguir la causa del efecto de la misma (Quintner y Cohen, 1999).

La neurastenia es definida por presentar características tales como debilidad física y mental, dolores de cabeza, trastornos del sueño, dolores de espalda y hiperestesia (*hyperaesthesia*), debilitamiento muscular, dispepsia y varios trastornos psicosexuales. Muchos de los síndromes músculo esqueléticos que con anterioridad fueron clasificados como reumatismo muscular fueron «absorbidos» por este término (Quintner y Cohen, 1999). Durante la década de 1920, la neurastenia fue perdiendo su popularidad, ya que se empezó a relacionar en gran medida con conscientes o inconscientes conflictos psicológicos de carácter sexual más que con factores constitucionales y aceptables por la sociedad, como por ejemplo el exceso de trabajo (Quintner y Cohen, 1999). Así pues, toda aquella gente con síndromes crónicos de dolor se quedó sin un nombre «respetable y racional» de su diagnóstico. Más adelante, y durante esta misma década de 1920, Smythe y Moldofsky fueron los siguientes en «resucitar» el término «fibrositis» tras un estudio que proponía que ciertos mecanismos centrales, como trastornos del sueño, estaban involucrados. Así, los puntos sensibles de dolor ya no significaban cambios locales patológicos, sino una amplificación del dolor del sistema nervioso central (Quintner y Cohen, 1999). Según estos autores el problema es que aún hoy en día el término fibromialgia presenta tres grandes retos que terminan por reducirse a argumentos circulares que no llevan a ningún sitio (Quintner y Cohen, 1999). En primer lugar, no ha habido ninguna respuesta a la pregunta de cuál es el criterio para estimar si un «punto sensible» lo es o no. En segundo lugar, ¿qué hacer con aquellos pacientes que no reúnen la característica de poseer al menos 11 de los 18 puntos sensibles que propone el Colegio Americano de Reumatología? Esto se resolvió cuando Wolfe (1997) afirmó que podrían ser aceptados en el grupo de fibromialgia siempre y cuando el dolor difuso y muchos de los factores típicos de ese diagnóstico, tales como fatiga, trastornos del sueño, dolores de cabeza y síndrome de colon irritable estuvieran presentes (Quintner y Cohen, 1999). En tercer y último lugar, el reto de cómo clasificar a aquellas personas con un mayor número de puntos sensibles pero sin un historial de dolor difuso llevó a autores como Croft, Schollum y Sil-

man (1994) a afirmar que discrepaban del valor de diagnóstico de los puntos sensibles, ya que en la población en general están asociados al estrés general y psicológico (citados en Quintner y Cohen, 1999). Así pues, después de declaraciones de autores como Wolfe (1997) de que no existe ya una clara frontera entre fibromialgia y no fibromialgia, el valor diagnóstico de los puntos sensibles ha sido refutado (Quintner y Cohen, 1999).

También existe otra corriente que afirma que la fibromialgia no es un trastorno específico, sino que representa el extremo final del *continuum* de diferentes dimensiones de enfermedad, dolor y estrés mental (Makela y Heliovaara, 1991), o un *continuum* que va desde el no dolor hasta el dolor severo con puntos sensibles de dolor (Masie y Yunus, 1986; Kolar, Harts, Roumm *et al.*, 1989; Croft, Schollum y Silman, 1994, citados en Wessely *et al.*, 1999).

Otras teorías sobre el posible origen de la fibromialgia pueden ser la presentada por Moldofsky, también en la década de 1920, acerca de las inusuales ondas alpha que aparecen en el sueño REM, siendo éstas la que pudieran provocar el dolor y la fatiga (Wessely *et al.*, 1999); o la expresada, entre otros autores, por Winfield (1999), quien opina que el dolor en la fibromialgia deriva, en parte, de un decrecimiento de los umbrales de percepción y tolerancia al dolor por parte de las personas que sufren esta enfermedad y, también, de alteraciones en la sustancia P, en la en inglés conocida como «calcitonin gene-related peptide» (CGRP) o en sustancias antinociceptivas como la serotonina y las endorfinas, pudiendo ser éstas las implicadas en las alteraciones que se refieren a neurotransmisores y la neuromodulación de los mensajes nociceptivos a nivel espinal o supraespinal (Houvenagel 1999, citado en Winfield, 1999); o, por último, el papel de la serotonina (5-hydroxytryptamine) y su función como fluido cerebroespinal y neurotransmisor, que podría explicar algunos factores de la fibromialgia (Houvenagel, Forzy y Loire, 1990, y Wolfe, Russell *et al.*, 1997 (citados en Houvenagel, 1999). No obstante, aún hoy, estas teorías no están debidamente comprobadas como para poder afirmar que las causas que aducen de la fibromialgia sean ciertas.

Además, cabe destacar asimismo otras teorías y estudios que refieren la relación de anormalidades en las neurohormonas en la fibromialgia, pudiendo explicar así la mayor prevalencia de fibromialgia en las mujeres, pero que también están aún por aclarar (Houvenagel,

1999). Y es que, efectivamente, según Kellner, Yunus *et al.* (1981), la fibromialgia es más común entre las mujeres, generalmente en aquellas que tienen entre 25 y 40 años de edad. Kirmayer y Robbins (1991) afirman que el uso de diferentes estrategias preceptuales entre la mujer y el hombre podría explicar la gran diferencia en cuanto a informar sobre trastornos por somatización. Estas diferencias preceptuales revelan que las mujeres tienden a ser especialmente sensibles a la información sobre las situaciones en las que se ven inmersas, siendo pues sus síntomas un reflejo de los diferentes contextos que perciben como estresantes. Por otro lado, los hombres parece ser que tienden a ignorar el contexto y a centrarse en la información de carácter fisiológico. De esta manera, se observa que los síntomas reflejan cambios fisiológicos en los hombres y fluctuaciones situacionales en las mujeres. Además, estos autores también señalan que diferentes estudios realizados por varios investigadores (Costa y Mc Crae, 1987, y Watson y Pennebaker, 1989) explican cómo las variables de la personalidad también afectan a la hora de informar síntomas físicos.

Por último, es preciso presentar también otra perspectiva que entiende la fibromialgia como un trastorno esencialmente somatoforme. Según Winfield (1999), hay una gran cantidad de estudios que evidencian esta creencia de que existe una conexión entre la somatización, los comportamientos de dolor crónico disfuncional y la cualidad y cantidad de dolor autoinformado. Katon *et al.* (1991) afirman que el estrés emocional, en ciertos sujetos, es expresado en forma de síntomas somáticos, incluyendo dolor difuso, en vez de autoinformar de un trastorno o disgusto emocional (citado en Winfield, 1999).

Un gran número de autores y estudios (Gold *et al.*, 1988; Gold, Goodwin y Chrousos, 1988; Demitrack *et al.*, 1991; Vanderpool *et al.*, 1991; Stenberg, 1993; Joseph-Neeck y Riedel, 1994; Crofford y Demitrack, 1996; y Clauw *et al.*, 1997) afirman que la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica, así como los síndromes de dolor crónico regional y los trastornos emocionales que tan frecuentemente conviven con la fibromialgia, implican una desregulación central de varios ejes (*axes*) de la respuesta al estrés (Winfield, 1999). Además, aunque aún incompletos y a veces contradictorios, empieza a emerger a partir de estos estudios la evidencia de que la mente y los sistemas endocrinos e inmunológicos interactúan en la patofisiología del dolor, la fatiga, la depresión, la inflamación e incluso los trastornos somatoformes (Winfield, 1999).

Junto con estas ideas, Clauw y Chrousos (1997) añaden que probablemente al hombre del siglo xx no le sirven ya los sistemas adaptativos que le servían hasta entonces en momentos de estrés intenso, pudiendo ser ésta una de las causas de la existencia tan común de la fibromialgia en la sociedad de hoy (Winfield, 1999).

Como vemos tras esta presentación general de lo que podemos entender por fibromialgia, la mayoría de los autores coincide en los síntomas generales, pero el origen y el tipo de diagnóstico aún no están claros. A pesar de ello, creemos que lo positivo de esta apertura de posibilidades es que da pie a que se trabaje multidisciplinariamente entre los profesionales del campo de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas, etcétera), pudiendo así también ser atendidos los pacientes de fibromialgia desde diferentes dimensiones, como así lo indican sus diferentes síntomas (tanto físicos como psicológicos).

1.2. Trabajos e investigaciones acerca del tratamiento de la fibromialgia

Existen varios estudios y conclusiones en cuanto a la intervención con las personas que sufren fibromialgia. Por un lado encontramos a Kellner (1991), quien propone que el ejercicio físico, los medicamentos psicotrópicos y la psicoterapia son elementos de los que una gran cantidad de pacientes con fibromialgia se beneficiarían. Además, este autor hace hincapié en que el tratamiento debería abordar todos los aspectos que puedan influir en la enfermedad.

Goldenberg (1995) también apoya esta idea y afirma que, por su experiencia, serán los equipos multidisciplinarios, de carácter educativo, y centrados en la importancia de la idea de «autocuidado» personal, los que consigan ser más efectivos con los pacientes que sufren fibromialgia. Sin este enfoque educativo, y sin un buen entendimiento del control del dolor, la fibromialgia puede realmente convertirse en un trastorno discapacitador. El que en muchos países se estén aceptando compensaciones monetarias por discapacidad, es referido por este autor como un problema derivado no de dar un nombre a la enfermedad, sino de la sociedad y de los profesionales de la salud por no tratar de forma efectiva el dolor crónico tanto físico como psicológico (Goldenberg, 1995).

Será importante para el paciente comprender que uno se puede sentir fatigado o débil sin necesidad de tener una enfermedad física. Algunos pacientes han dejado de sentir fatiga después de un trata-

miento psicológico con medicamentos psicotrópicos. Investigaciones como las de Uhlenhuth *et al.* (1977) demostraron que incluso los medicamentos depresivos para el sistema nervioso central, como por ejemplo el diazepam, pueden aumentar la sensación personal de vigor cuando la ansiedad y la depresión asociadas son tratadas de forma efectiva (Kellner, 1991).

Por otro lado, recientemente Bojner-Horwitz, Theorell y Anderberg (2003a y 2003b) llevaron a cabo un estudio sobre la DMT, la fibromialgia y los cambios en hormonas relacionadas con el estrés. El movimiento de los pacientes con fibromialgia fue grabado en vídeo y observado e interpretado por estos investigadores, quienes explican que el cuerpo habla su propio lenguaje y que es probable que esté más alerta para señalar cambios en el movimiento a lo largo del tiempo antes de que ocurran claras modificaciones en los sistemas hormonales internos. De esta manera, esta técnica de interpretar los movimientos grabados en los vídeos podría transformarse en una herramienta muy útil para predecir señales corporales relacionadas con el estrés. Concluyen pues con que un profesional de la DMT podría utilizar la interpretación de vídeos con movimientos de los pacientes diagnosticados con fibromialgia como una manera de ayudar al propio paciente a hacer frente y a paliar tanto el dolor crónico como los síntomas latentes relacionados con el estrés (Bojner-Horwitz *et al.*, 2003a y 2003b).

Trabajando la conciencia corporal a través de la DMT es posible mejorar las actitudes de los pacientes con fibromialgia hacia sí mismos, pudiendo a su vez ayudar a rebajar los niveles de dolor y favorecer el nivel de calidad de vida. Así, esta terapia es considerada por estos autores como efectiva en pacientes con trastornos del dolor crónico.

Por último, según Winfield (2001), las personas que sufren de fibromialgia prefieren que sus síntomas se expliquen de forma biomédica, es decir, orgánica. Según este mismo autor, la mejor solución sería que pacientes y especialistas aceptaran que la fibromialgia tiene una explicación tanto psicológica como biológica. Así, un ejercicio del cuidado o atención por parte de los especialistas a los pacientes, en los que se mire si existe alguna forma de abuso o angustia (*distress*) en su historia, y recomendaciones de realizar ejercicio aeróbico y estrategias de autoeficacia personal (*self-efficacy*), sería aconsejable (Winfield, 2001). Además, este mismo autor afirma que para mejorar el cuidado de las personas con fibromialgia se necesita que la medicina tradicional aco-

ja una perspectiva bio-psico-social del dolor y la fatiga crónica no explicables (Winfield, 2001).

2. DMT: una nuevo modelo integrador de intervención psicoterapéutica con la fibromialgia

En este apartado se exponen de manera general las conclusiones del trabajo que a través de la DMT he realizado con pacientes que sufren fibromialgia. Estas conclusiones son fruto de la investigación que se enmarcó en la tesis doctoral realizada desde el Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto (Bilbao), que lleva por título: «Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: una aproximación al dolor en todas sus dimensiones» (2004). Esta investigación contó con una muestra final de 7 mujeres ya que el estudio, de tipo cualitativo, se centró en la experiencia subjetiva y personal de cada una de las personas que formaban el grupo de DMT. Estas 7 personas eran mujeres diagnosticadas con fibromialgia y miembros de la Lliga Reumatològica Catalana. La edad media del grupo era de 49 años de edad. A todas ellas se les pidió un requisito inicial: no participar en ningún otro estudio o intervención psicoterapéutica durante el transcurso del proyecto. Las sesiones tenían una duración de 1 hora, 1 día a la semana durante 7 meses consecutivos en la sede de Barcelona. Todas ellas tuvieron una entrevista inicial en la que se recogía información sobre cómo vivían la fibromialgia y sus síntomas. Además, fueron aplicadas una serie de pruebas objetivas a toda la muestra antes, después y a los tres meses del tratamiento para medir la calidad de vida percibida por la persona (*Cuestionario de calidad de vida*, de Ruiz y Baca, 1991); posibles síntomas de ansiedad (*Cuestionario de ansiedad estado-rasgo [STAI]*, de Spielberger *et al.*) y posibles síntomas de depresión (*Escala de depresión de Beck*), así como el beneficio subjetivo del tratamiento, en este caso 25 sesiones grupales de DMT.

El énfasis en la percepción subjetiva de las personas que sufren la fibromialgia es de interés en este estudio puesto que aunque existen una gran cantidad de trabajos que intentan explicar o encontrar las diferentes hipótesis sobre el origen o las causas de la fibromialgia, escasean las investigaciones que exploren cómo viven estas personas su enfermedad. Así, las conclusiones e información final del trabajo de investigación son el resultado del proceso de terapia que se llevó a ca-

bo en el grupo específico de la muestra; esto es, sus apreciaciones subjetivas en cuanto a sentimiento de «mejora» y/o «reconocimiento y descubrimiento» de síntomas tanto físicos como psíquicos y sus opiniones acerca del posible beneficio de su trabajo a través del enfoque que la DMT propone. A partir del método sueco propuesto por Söderberg, Lundman y Norberg (2002) se analiza la información de tipo cualitativo no para generalizar, sino para profundizar en el aspecto que se desea explorar, en este caso la vivencia de la fibromialgia y la posible metáfora de su discurso e intención como enfermedad.

Este método cualitativo de análisis consta de tres fases:

1. La primera fase tiene como objetivo un estudio general y global de la información recogida de las diferentes fuentes, es decir, cuestionarios, pruebas objetivas y transcripciones de las sesiones de grupo a través de la DMT. De esta manera, se elabora una primera impresión sobre el trabajo.
2. La segunda fase trata los temas (*themes*) que se desarrollan a lo largo del proceso de investigación y que cobran significancia y relevancia en el objeto de estudio.
3. Por último, la tercera fase de este modelo, teniendo en cuenta la fase uno y dos, relaciona, interpreta y analiza los temas significativos encontrados, comparándolos con la literatura revisada e inspiradora de esta investigación.

Desde un primer momento, la idea de trabajar a través de la DMT con personas con este diagnóstico que venimos describiendo se consideró muy interesante. El dolor, el cansancio y la fatiga son los síntomas que en mayor medida caracterizan la fibromialgia. De esta manera, la persona es especialmente sensible a las sensaciones corporales, jugando entonces el cuerpo un papel importante en el entendimiento y tratamiento de esta enfermedad.

Puesto que la DMT trabaja con el cuerpo, recuperándolo para que pueda expresar y sentir, ayudando así a la persona a conectar consigo misma de manera creativa e integradora, se cree que es una buena forma de tener presente ese dolor y ese cuerpo dolorido, siendo así capaces de poder atenderle y escucharle para desarrollar e integrar otra relación con él.

Aún se ha escrito poco acerca del posible efecto de la DMT sobre la fibromialgia, y con estas líneas se pretende exponer aspectos que fue-

ron desarrollados a través de la DMT y que pueden facilitar un mejor entendimiento de la fibromialgia, tanto para las propias personas que conviven con ella, como para familiares y especialistas que las acompañan. Además, también serán exploradas algunas sugerencias para futuras intervenciones.

2.1. Aprender a «escuchar» nuestro cuerpo: una nueva relación

Desde la DMT, el enfoque de trabajo se caracteriza por acercarse a la persona a su cuerpo. La idea fundamental que se quiere transmitir es que *nosotros somos nuestros cuerpos*. Este enfoque resulta especialmente metafórico para las personas que están diagnosticadas con fibromialgia, ya que, si llegan a entender que «ellas son sus cuerpos», entonces entenderán que «ellas son su dolor», y que éste no es sólo físico, sino también emocional. Cómo mueve el cuerpo una persona (cualidades de movimiento), cómo se siente cuando es capaz de escuchar su respiración, de atender a su peso, su espalda o sus brazos a través de la posibilidad de movimiento no dirigido y espontáneo que se ofrece en las sesiones de DMT tomará sentido en el proceso de relación e interacción con la psicoterapeuta en DM.

La cualidad de los movimientos que realizamos constantemente habla de quiénes somos: expresan nuestros sentimientos y preferencias, los cuales en definitiva, marcan nuestra personalidad. Así, constantemente encontramos en la expresión no verbal una oportunidad para descubrir cómo somos, cómo nos dirigimos a los demás y por extensión cómo nos relacionamos con el mundo que nos rodea.

Desde la primera sesión se propuso a las mujeres con fibromialgia que participaron en este proceso un nuevo canal de comunicación mediante el cual el cuerpo, además de dolor físico, sería poco a poco capaz de descubrir y comunicar algo más. Desde esta concepción se inicia una nueva relación con el cuerpo: la posibilidad de sentir en él, y a través de él, algo más que dolor físico.

Dentro del marco psicoterapéutico, se plantea ir un paso más allá del diagnóstico de fibromialgia y lograr, dentro de un contexto seguro, conducido por la psicoterapeuta especialista en DMT, que la persona pueda ser o pueda volver a «crearse» a sí misma introduciendo movimientos que hablen/expresen cómo creemos que somos, cómo nos gustaría ser y cómo en realidad somos. Es en este espacio en donde uno descubre, integra y después decide qué quiere hacer con esa infor-

mación sobre sí mismo. Así pues, la DMT es una forma de psicoterapia que incorpora y hace hincapié en el cuerpo, su movimiento, su expresión y la emoción que nace de éste.

Desde la Lliga Reumatològica Catalana se propuso una sesión informativa sobre la DMT con el objetivo de describir de forma general a las posibles participantes del estudio en qué consistía el tratamiento. De esta manera, se recalcó que la DMT no es una clase dirigida, ni un taller de trabajo corporal con objetivos de catarsis, ni el ejercicio de la semana, sino —como describe Lewis (1979)— una especialidad en psicoterapia en donde se desarrolla una relación entre un profesional formado en DMT y una persona que de alguna forma es incapaz de evolucionar hacia un estado de salud favorable. Será dentro de esta relación entre profesional y cliente donde el proceso creativo —a través de la suma de movimientos que emergen creando una «danza»— ayudará a la persona a dar un significado a las emociones, sensaciones, ideas y pensamientos que se desarrollen en el proceso del grupo. Se apunta y resalta esta idea de introducción a la especialidad en psicoterapia puesto que las personas con fibromialgia tienden a buscar y preferir una explicación médica u orgánica a las causas de dicha enfermedad. Como se apuntaba anteriormente, sólo cuando se acepte que la fibromialgia tiene un origen tanto físico como psicológico se podrá abordar y atender en todas sus dimensiones (Winfield, 2001).

Por último, otro factor importante a la hora de comenzar a trabajar con esta población es el poder hablar de responsabilidad de la salud con dichas personas. El que la propia persona se acerque a sesiones de psicoterapia es ya un primer paso dentro del proceso de salud, ya que de esta manera la parte activa y buscadora de recursos se «mueve» y «abre» para desarrollar nuevos recursos personales que mejoren la salud. Así, la terapeuta guiará en este proceso a la persona, verdadera responsable y protagonista activa de este crecimiento. Apoyando esta idea, una de las características fundamentales de la DMT es que no tiene un carácter directivo y educativo principalmente, sino que se centra en el aspecto psicológico del movimiento (Levy, 1992).

En el trabajo específico con la población que padece fibromialgia, este enfoque de trabajo a través del cuerpo, su movimiento y expresión será una nueva alternativa para que estas personas movilicen y activen una nueva manera de expresar su dolor en todas sus dimensiones (física y emocional). Así, una vez más, el hecho de comprometerse y entrar en terapia (tanto de forma individual como grupal) indica una necesidad consciente o inconsciente de movilizar ese cuerpo dolorido. Es desde esta nueva relación con su cuerpo y el nuevo significado que puedan extraer de él de donde nacen los nuevos «modelos» de conducta y de relación con el mundo que les rodea, así como con las situaciones y relaciones interpersonales significativas.

2.2. *Conceptos clave*

Aquí se exploran los «temas» que adquieren un peso y una consistencia significativa en el trabajo de investigación que se viene describiendo. Aunque los resultados de este trabajo no son generalizables por el tamaño de la muestra y el carácter cualitativo del análisis del contenido, creemos que pueden ser valiosos como información a tener en cuenta para futuras intervenciones con esta población. Así, estos «temas» o conceptos clave se encontraron presentes a lo largo del trabajo con esta población generando una visión general de los aspectos más característicos de estas personas diagnosticadas con fibromialgia. Los aspectos clave a destacar son los siguientes:

- a) Las pacientes con fibromialgia —y utilizamos el término femenino puesto que la mayoría son mujeres— ven a su cuerpo, y sólo a éste, como el causante de todos sus males. *El cuerpo es dolor* y no entienden inicialmente que tenga alguna relación con sus cogniciones, sus experiencias vividas y emociones ligadas a éstas, su personalidad, su «yo». Estas personas tienden a separar su cuerpo (identificado como la parte física de su yo) y su cabeza (identificada como el conjunto de ideas, pensamientos, emociones, etcétera). En el nivel físico de observación y análisis de movimiento, existe una desconexión entre la cabeza y el resto del cuerpo (tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores). El movimiento que se inicia desde éstas es de tipo funcional. Cuando comenzaron las sesiones de DMT sólo podían hablar de sus dolencias físicas, de lo que no podían hacer físicamente o de aquello que «médicamente» les habían diagnosticado en sus brazos, piernas, rodillas, etcétera. No eran capaces de ir más allá de su diagnóstico, de separarse de él y «escuchar» necesidades básicas como, por ejemplo, la de tomar más aire en la respiración para

sentir que efectivamente respiran y se sienten presentes. Es más, algunas de las mujeres de este grupo llegaron a afirmar que respirar también dolía. Este tipo de afirmaciones pone de relieve cómo se encuentran emocionalmente estas mujeres: su sufrimiento interior es grande y de carácter existencial, como el mismo movimiento que nos mantiene vivos, la respiración. Además, desde la DMT se entiende que el «flujo» o fluir de la respiración es uno de los patrones de movimiento que se encuentra en las etapas más tempranas de los bebés. La respiración y el fluir de este «flujo» inicial de movimiento se asocian a expresiones de necesidades que tienen que ver con la parte afectiva y emocional de la persona (Kestenber *et al.*, 1999). En una de las sesiones incluso una mujer fue capaz de relacionar su respiración consigo misma afirmando y verbalizando que «vivir dolía» y, al mismo tiempo, más de una sonrisa cómplice que reconocía este sentimiento como suyo apareció en los rostros de estas mujeres. Es aquí donde comienza el proceso para desarrollar e integrar la idea de que el dolor no es sólo físico, sino también emocional. Al recuperar esta idea serán capaces de encontrar en sus vidas un sentido a ese dolor, siendo el cuerpo y su lenguaje metafórico quien les ayude a poner nombre a sus emociones y sentimientos inconscientes. Una vez reconocido el dolor en todas sus dimensiones, se desarrollan formas de atender a su vida «para que no duela tanto» que, llevadas a la práctica, las alivian, siendo el dolor tanto físico y emocional menor.

- b) Otra de las características que se encontró en las personas diagnosticadas con fibromialgia de esta muestra es la alianza con su enfermedad. Hartas de sentir que luchan, el dolor físico se convierte en «el amigo más fiel». Nunca les falla, está ahí siempre con ellas. Así, en los momentos difíciles (nos referimos a situaciones emocionalmente comprometidas) desarrollan inconscientemente una forma de reaccionar apoyándose en ese «amigo fiel» y *no distinguiendo entre «no puedo» y «no quiero»*. Aquí se advierte la relación con la teoría que se describía anteriormente en la revisión de la literatura acerca de la fibromialgia como una respuesta ante el estrés o situaciones que se viven como desbordantes. De esta manera, si la persona dice «no quiero», aún le queda fuerza, y se le puede pedir una explicación de por qué no quiere,

en la que tendrá que hablar de ella misma y de sus sentimientos hacia esa decisión. Si por el contrario dice «no puedo», la persona ya no tiene esa «fuerza» y no hay más diálogo, pudiendo recibir de fuera (las personas con las que se interrelaciona) tanto comprensión como incompreensión. En sesiones avanzadas de DMT, el grupo de mujeres con fibromialgia llegó a reconocer que a veces utilizaban la «excusa del dolor» para no tener que dar explicaciones cuando no deseaban tener relaciones sexuales con su pareja: «Sí, a veces prefiero decir vete tú a la cama, yo tengo un dolor de cabeza horrible... y así no tengo que dar más explicaciones. Luego llego a la cama y él ya se ha dormido». Así pues, se observa cómo la responsabilidad de sus vidas no está clara, ya que coexiste «ese dolor que no les deja ser y hacer». En todo caso, sin olvidar que el dolor en las personas con fibromialgia es muy real, y que sufren por ello, también es real que su vida emocional afecta a ese dolor físico y que cuanto más trabajen esa relación menos dolor habrá. Con esta idea, lo que se pretende exponer es que efectivamente, en ocasiones, resulta más espontáneo o fácil (consciente o inconscientemente) desarrollar formas de adaptación a lo largo de la vida, las cuales no son las más constructivas, adaptativas o «sanas» a la hora de resolver conflictos o situaciones. Es decir, se podría estar hablando de un desarrollo inconsciente del dolor o de la percepción del mismo, porque la persona afectada de fibromialgia no sabe enfrentarse a situaciones emocionales de otra manera. Así, autores como Hellström *et al.* (1998) afirman que la fibromialgia podría desarrollarse como un mecanismo para manejar las propias expectativas que uno se pone a sí mismo en la vida, llegando a usar dicho diagnóstico incluso como estrategia para evitar acciones o demandas que se consideran inalcanzables.

- c) En las sesiones de DMT, el movimiento no ha de ser una gran coreografía, como algunas de las personas imaginan al oír el nombre de esta terapia. Todos nos movemos constantemente y expresamos quiénes somos con nuestros gestos, posturas, movimientos faciales, etcétera, siendo éstos tanto conscientes como inconscientes. Otra característica también relevante en las pacientes con fibromialgia de esta muestra es la fantasía de que «mientras no me mueva, no tengo que cambiar». De esta manera

identifican el movimiento con las emociones, la movilización de su cuerpo con la «movilización de su estructura emocional y de personalidad interior». Así pues, sienten que si se mueven pueden aparecer emociones que no controlen y que les hagan sentir, probablemente, sentimientos no expresados que duelen. La presencia de éstos implicaría tener que afrontarlos de alguna forma y decidir qué hacer con ellos (en definitiva, cambios en su orden de vida). Aquí, estas personas estarían reconociendo la parte emocional que compone su dolor, ese dolor que ya dejaría de ser exclusivamente físico. La metáfora de «si no me muevo» no siento y si no siento «no hay dolor emocional» es una defensa primaria que aparece en el proceso de grupo de esta investigación. De esta manera, a través de la DMT estas mujeres fueron poco a poco siendo capaces de arriesgarse a ampliar su repertorio de movimientos para desde ahí abrirse a la posibilidad de sentir en todas sus dimensiones (dolor, alegría, sorpresa, enfado, etcétera).

d) Relacionado con la idea anterior —el «miedo a sentir»—, se encuentra la metáfora desarrollada en el grupo de esta muestra: la «burbuja». Ésta fue una de las imágenes con las que se identificó el grupo. Metafóricamente llegaron a identificarla cada una con su situación y relación con la fibromialgia. Eran capaces de visualizar esa burbuja y de expresar qué significaba para cada una. Cuando estaban «dentro de ella» (de la burbuja), sus cualidades de movimiento eran distintas (ritmo oral, respiración lenta, baja intensidad de movimiento...). Eran conscientes de que con ella pretendían conseguir crear un mundo aparte, el suyo. En esa burbuja buscaban, en palabras textuales, «relajarse, aislarse, flotar, visualizar paisajes bonitos». De esta manera se distanciaban de su mundo emocional y así no tenían que enfrentarse a la realidad de sus sentimientos tanto por ser inconscientes como por, como decíamos anteriormente, producir la suficiente ansiedad como para no afrontarlos. El mayor obstáculo para estas mujeres consistía en que el dolor seguía existiendo, y que éste se hacía presente mediante el cuerpo. Una de las mujeres describió su burbuja como una «burbuja negra», ya que ni ésta le servía. Otra mujer verbalizó lo siguiente: «Yo, al principio, quería una burbuja, la veía azul..., pero me he dado cuenta de que

me aísla, de que he estado en mi burbuja mucho tiempo y ya no la quiero, no quiero aislarme. Quiero y estoy optando por otra actitud... la burbuja no me ayuda». Estas «burbujas» han costado mucho esfuerzo, mucho trabajo dedicado a los demás y mucho dolor físico. Estas burbujas no funcionan, son la fibromialgia que ya «duele demasiado» y les empuja a buscar otros mecanismos para afrontar sus vidas. Así, la persona que sufre la fibromialgia se acerca a la terapia, busca cómo poder desarrollar otros recursos para abordar una vida que no les cueste tanto dolor, que, como expresábamos anteriormente, «no duela tanto».

e) Algunas de las características de personalidad típicas de las personas con fibromialgia que hemos visto destacadas en este grupo, y que las mismas mujeres han descrito como aspectos que les caracterizan son: «sensibles, responsables, trabajadoras y perfeccionistas». Esta última característica tiene dos caras. Por un lado, estas personas tienden a ser muy perfeccionistas o a haberlo sido durante largo tiempo, pero teniendo este perfeccionamiento un carácter «donativo». Es decir, se dan a los demás e intentan llegar a todos y cada uno que les rodea de la mejor manera posible, la más perfecta. Además, tienden a sentir una responsabilidad muy grande ante la injusticia y el cumplimiento de valores como el de darse a los demás. Este pensamiento suele verse reflejado en frases como: «sí, me gusta hacer las cosas bien, si no mejor no hacerlas», o «suelo tomarme las cosas demasiado seriamente» o «me preocupo demasiado por cosas sin importancia». Por el contrario, este «perfeccionismo» y sentido de responsabilidad no es aplicado a ellas mismas. No porque no se lo exijan, que sí lo hacen, sino porque no tienden a cuidarse como hacen con los demás. Se olvidan de ellas mismas y de sus necesidades volcándose en las necesidades de los que las rodean. Existe un distanciamiento grande entre sus necesidades emocionales y ellas mismas, entre la capacidad de conectar y la de «alimentar» estas necesidades. Así, se observa cómo las personas con fibromialgia tienden a sufrir un «absentismo» tanto de sí mismas como del grupo de terapia (espacio también dedicado a ellas y a su mejora en cuanto a calidad de vida). Una vez más, estas personas prefieren que su diagnóstico sea de tipo médico más que psiquiátrico y/o psicológico, al igual que sucede con el trata-

miento. Si se trata de terapia suelen ser más reacias, considerando que la fibromialgia no tiene nada que ver con sus vidas, con ellas mismas y sus emociones. Es aquí donde también aparece ese absentismo de su mundo emocional, de su vida y de todo lo que ello conlleva. Por ello, estas mujeres construyen su «yo» basándose en los demás, en que les «quieran», «admitan» o «aprueben» los demás, olvidándose de ellas mismas y de su capacidad para decidir y actuar desde sí mismas.

Conceptos clave en el trabajo a través de la DMT con pacientes con fibromialgia

- a) Cuerpo = dolor
- b) No puedo / no quiero = responsabilidad (de su salud, su vida)
- c) No movimiento = no cambio / movimiento = emoción (si me muevo, siento; hay demasiados sentimientos no expresados que duelen)
- d) Burbuja (aislamiento emocional) y ansiedad = no relajamiento, no espontaneidad, no uno mismo
- e) Absentismo (de sí mismas, del grupo)

3. Conclusiones

Tal como hemos presentado a lo largo de estas líneas, las personas con fibromialgia tienen en su cuerpo tanto un «amigo incondicional» como un enemigo. Por un lado, sienten que es él el único que les entiende, el que sufre con ellas, el que no puede a veces ni levantarse de la cama por las mañanas. Por otro lado, este cuerpo dolorido es su enemigo porque no «les deja» llegar adonde quisieran. Esta contradicción de base resta mucha energía, es decir, ya de por sí plantea una fatiga, si no física sí desde luego emocional. Además, hay otra relación más: este cuerpo es su comunicador con el mundo que les rodea, es quien transmite el sentimiento de dolor que llevan consigo y que no es capaz de encontrar otra manera de ser expresado.

A través de la DMT, se ofrece un espacio donde construir esta nueva relación con su cuerpo. Una de las premisas básicas de este trabajo es que todo cambio corporal también tendrá un efecto cognoscitivo y psicológico. Asimismo, si logran relacionarse con el cuerpo de una

manera diferente y, a partir de ahí, modificar su manera de moverse en el espacio, ya sea solas o dentro de un grupo, descubriendo quiénes auténticamente quieren ser, también habrá cambios emocionales y cognitivos. Dentro del proceso de las sesiones de DMT se trabaja para que de manera activa «muevan» nuevos modelos de actuación, exploren el «cambio» y lo trasladen al mundo que les rodea, a las personas con las que mantienen relaciones significativas en sus vidas.

Es importante señalar que el dolor que sufren las personas con fibromialgia es *real*. Sin olvidar que además éste puede marcar diferentes niveles de disfuncionalidad dependiendo del grado de percepción de dolor que se tenga. Es aquí donde la medicina puede ayudar con tratamientos médicos como los antiinflamatorios, los ansiolíticos, los analgésicos, etcétera. El dolor acompaña constantemente y habrá que tenerlo en cuenta como punto de partida; si no se estaría olvidando una parte importante de la vida de estas personas. De esta manera, para poder ayudar a las personas diagnosticadas con fibromialgia será crucial el trabajo multidisciplinar entre los profesionales de la salud.

Por otro lado, cabría recordar una vez más que estas personas con fibromialgia han desarrollado estrategias de afrontamiento no «saludables» y a la larga nada efectivas para afrontar sus vidas. Es decir, han somatizado el dolor intentando de esta manera resolver su no enfrentamiento o no reconocimiento del dolor emocional, que también está ligado a sus vidas y a su cuerpo. Como decíamos anteriormente, *nosotros somos nuestros cuerpos*, y efectivamente el cuerpo recuerda, habla de quiénes somos y cómo nos relacionamos con nosotros mismos, así como con el entorno que nos rodea.

La DMT hace hincapié en escuchar el dolor para así conocer los diferentes componentes de éste: no sólo el físico, sino también el dolor emocional. Así, a partir de una nueva relación con el cuerpo en donde éste experimente otras emociones de tipo placentero, la persona puede buscar nuevas formas de expresar el dolor en todas sus dimensiones. Una vez expuesto y reconocido este dolor podrán optar y decidir qué hacer con él, cómo volver a integrar esas emociones o experiencias y cómo ajustarlas al estilo de vida que opten por desarrollar.

El perfil de personas con fibromialgia que hemos descrito en este capítulo se centra en la experiencia con este grupo en concreto. Las características encontradas que podrían definir a la persona con fibromialgia son las siguientes: mujeres trabajadoras, sensibles, responsa-

bles y perfeccionistas. Mujeres que han vivido una vida de alguna forma sacrificada en aras de los demás (trabajo, familia). Al cabo de los años, esta vida de alguna forma «forzada» o «impuesta por ellas mismas» resulta no tan satisfactoria y se convierte en «dolorosa». El dolor entendido de esta manera, ligado a la vida emocional de cada persona, puede ser no consciente, pero el cuerpo habla y les recuerda que sufren y que duele: «sus vidas duelen». Es el cuerpo el que expresa lo que ellas consciente o inconscientemente no pueden o no quieren. Así, el dolor «físico» se convierte en el grito «socialmente aceptado» para estas mujeres. Se trata pues de un dolor que se comunica de manera «entendible» para la sociedad, más directo, más tangible y más físico, especialmente a la hora de comunicarlo a los que las rodean. De este modo, no tienen que explicar o pararse a pensar en sus vidas y si éstas les llenan, les satisfacen, les hacen felices, es el dolor físico el que les boicotea la felicidad. No son ellas ni la responsabilidad de sus vidas. Estas personas tienden a sentir que intentar describir una emoción o sentimiento que llevan callado tantos años como, por ejemplo, «no aguanto más, mi vida necesita un gran cambio, necesito nuevas motivaciones, necesito amor, más comprensión, compañía, cariño, seguridad, etcétera», es difícil e incluso a veces les resulta imposible.

Todos estos temas e inquietudes son los que una vez iniciado el trabajo personal que se va desarrollando en las sesiones de DMT aparecen y dejan atrás el término fibromialgia para personalizar el abordaje de su salud. De esta manera, la psicoterapeuta creará un espacio donde la especificidad de la persona quede reconocida y así ésta pueda crecer y ser autora de su propio cambio y desarrollo.

Por último, para futuras investigaciones, se cree necesario e interesante continuar con la investigación desde este campo que es la DMT, ya que la investigación propuesta en este capítulo ha sido de tipo cualitativo y no cuantitativo, no pudiendo generalizar lo que hasta aquí venimos describiendo, tal y como lo exige la rigurosidad de la investigación científica. Por ello, proponemos las siguientes líneas de investigación:

- Mayor duración del tratamiento.
- Mayor número de sujetos para poder generalizar.
- Desde la DMT: profundizar en la metáfora de «no me muevo» representando «no expreso» luego «no siento» y la relación con el aislamiento/absentismo de sí mismas.

- Problemas médicos relacionados con la feminidad (6 de 7 mujeres habían tenido algún problema médico o trastornos como quistes en los ovarios, pechos o períodos traumáticos en el pre o posparto), lo cual es un tema interesante para profundizar y entender qué relación puede tener con las mujeres y la fibromialgia.

Finalmente, querríamos remarcar que esta intervención no hace más que reforzar la necesidad de animar a las personas afectadas por esta enfermedad que es la fibromialgia a que se den la oportunidad de escuchar ese dolor que sienten físicamente en todas sus dimensiones (física, emocional y espiritual), ya que realmente el dolor atendido de esta manera puede reducirse mejorando la calidad de vida de manera considerable.

4. Agradecimientos

Gracias a todas aquellas personas con fibromialgia que han colaborado con esta investigación, compartido sus vidas y su dolor, y en especial gracias a aquellas que a través del trabajo desarrollado en las sesiones de DMT se arriesgaron a comprender y evolucionar en su relación con la fibromialgia.

También quisiera agradecer a la Lliga Reumatològica Catalana su apoyo y confianza en este proyecto, apostando por la DMT.

Por último, dar las gracias a todos aquellos profesionales, en especial a mis directores de tesis y mi supervisora especialista en DMT, que con sus consejos y puntos de vista me han ayudado a comprender y orientar la investigación y el trabajo profesional con esta población.

5. Bibliografía

- Bojner, E., Theorell, R. y Anderberg, U. M. (2003a) «Fibromialgia patient's own experience of video self-interpretation: A phenomenological-hermeneutic study», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 17, pp. 257-264.
- Bojner, E., Theorell, T. y Anderberg, U. M. (2003b). «Dance/movement therapy and changes in stress-related hormones: a study of fibro-

- mialgia patients with video-interpretation», *The Arts in Psychotherapy*, vol. 663, pp. 1-10.
- Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., Kuck, J., Masur, V. L. D., Wagner, M., Waid, R. y Zisook, S. (1999) «Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia», *Psychosomatics*, vol. 40:1, pp. 57-63.
- Goldenberg D. L. (1995) «Fibromyalgia: why such a controversy?», *Annals of the Rheumatic Diseases*, vol. 54, pp. 3-5.
- Goldenberg D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S. y Schmid, C. (1994) «A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia», *Journal of Musculoskeletal Pain*, vol. 2 n.º 2, pp. 53-66.
- Hellström O., Bullington, J. et al. (1998) «A phenomenological study of fibromyalgia. Patient perspectives», *Scandinavian Journal Primary Health Care*, vol. 17, pp. 11-16.
- Kellner, R. (1991) *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*, Washington D.C., American Psychiatric Press Inc.
- Kestenberg, A., Loman, S., Lewis, P. y Sossin, K.M. (1999) *The Meaning of Movement Developmental and Clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile*, The Netherlands: OPA (Overseas Publishers Association) N. V. Published by licence under the Gordon and Breach Publishers imprint.
- Kirmayer, L. J. y Robbins, J. M. (1991) *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*, Washington DC, American Psychiatric Press Inc.
- Levy, F. J. (1992) *Dance Movement Therapy. A healing Art* (edición revisada), American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance 1900 Association.
- Lewis, P. (1979) *Theoretical Approaches in Dance Movement Therapy*, vol. I, Kendall, Hunt Publishing Company.
- Nicassio, P. M., Weisman, M. H., Shuman, C. y Young, C. W. (2000) «The role of generalized pain and pain behaviour in tender point scores in fibromyalgia», *The Journal of Rheumatology*, vol. 27, n.º 4, pp. 1056-1062.
- Quintner, J. L. y Cohen, M. L. (1999) «Fibromyalgia falls foul of a fallacy», *The Lancet*, vol. 353, marzo, p. 27.
- Raspe, H. y Croft, P. (1995) «Fibromyalgia», *Baillière's Clinical Rheumatology*, vol. 9, n.º 3, agosto.

- Söderberg, S. y Norberg, A. (1995) «Metaphorical pain language among fibromyalgia psychotherapy», *Psychotherapy Theory Research and Practice* (17): 63-68.
- Söderberg, S., Lundman, B. y Norberg, A. (1999) «Struggling for dignity: the meaning of women's experiences of living with fibromyalgia», *Qualitative Health Research*, vol. 9, pp. 575-587.
- Söderberg, S., Lundman, B., Norberg, A. (2002) «The meaning of fatigue and tiredness as narrated by women with fibromyalgia and health women», *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, pp. 247-255.
- Wessely, S. y Hotopf, M. (1999) «Is fibromyalgia a distinct clinical entity? Historical and epidemiological evidence», *Baillière's Clinical Rheumatology*, vol. 13, n.º 3, pp. 427-436.
- White, K.P., Ostbye, T., Harth, M., Nielson, W., Speechley, R.T. y Bourne, R. (2000) «Perspectives on posttraumatic fibromyalgia: a random survey of canadian general practitioners, orthopedists, psychiatrists, and rheumatologists», *The Journal of Rheumatology*, vol. 27, 3, pp.790-796.
- Winfield, J.B. (1999) «Pain in fibromyalgia», *Rheumatic disease clinics of North America*, vol. 25, n.º 1, febrero.
- Winfield, J.B. (2001) «Does pain in fibromyalgia reflect somatization?», *Arthritis & Rheumatism*, vol. 44, n.º 4, abril, pp. 751-753.

6. Del corazón al útero: la reconstrucción de la autoestima y de la imagen corporal a través del movimiento y el dibujo

*Descripción de un proceso de DMT con una mujer
que presenta quejas psicósomáticas y abusos sexuales
durante la niñez*

Isabel Figueira

1. La historia clínica

El caso de Laura comenzó diez años atrás antes de que la conociera por primera vez en un grupo de DMT. A la edad de 36 años fue admitida en un servicio hospitalario de urgencias con una crisis de angustia (*panic attack*). Después había recibido apoyo psiquiátrico y una terapia breve, que le ayudó a darse cuenta de que era incapaz de hacer el duelo por su padre, el cual había muerto hacía un año. A pesar de ello, sus problemas físicos y emocionales se incrementaron. Había percibido la complejidad de sus problemas, pero no sabía cómo afrontarlos y le asustaba la posibilidad de hacer más terapia. En su lugar, optó en los años sucesivos por refugiarse en una profunda depresión que ocasionó la pérdida de su trabajo, un intento de suicidio y la incapacidad de salir de casa. La abrumadora sensación de abandono por parte de las personas a las que quería estaba relacionada con el suicidio de su madre el mismo día que Laura cumplió tres años. Su madre había salido con Laura para comprarle un regalo de cumpleaños, pero dejó a la ni-

ña con unos amigos en un centro comercial. Después estuvo deambulando por las calles durante un rato y finalmente se arrojó al Támesis. Todo esto me lo contó a la edad de 46 años de una forma absolutamente distante, incapaz igualmente de hacer el duelo por su madre. Sus quejas giraban exclusivamente en torno a lo mucho que echaba de menos a su padre y lo indispuesta que se sentía desde que éste había muerto recientemente, mencionando la dependencia emocional que siempre le había unido a él.

Laura manifestaba síntomas de duelo patológico en virtud de su negativa a aceptar la muerte de su padre y de la ausencia de reacción emocional al relatar la temprana pérdida de su madre. Siguiendo la obra de Bowlby, Parker establece una conexión entre los estilos de vinculación, los problemas psiquiátricos y el duelo. Parker defiende la opinión de que «el duelo patológico podría ser consecuencia de la ruptura de unos vínculos atípicos» (Parker, 1993, pp. 260-288). Laura manifestaba un duelo retardado, el tipo de duelo que Parker identifica como característico de las personalidades compulsivamente seguras de sí mismas o pseudo independientes, en tanto que el duelo crónico aparece en las personas con vínculos dependientes (ibíd.). Para Bifulco y Harris (1991), la pérdida de la madre durante la niñez y el traslado a una institución, o el tener que hacerse cargo de hermanos menores, son factores de depresión durante la adultez. Todo esto le había sucedido a Laura. Además, estos autores consideran que las causas principales de depresión son la falta de cuidados, o los cuidados irregulares, y la sensación de indefensión padecidas durante la niñez (Bifulco y Harris, 1991). Los lazos inseguros, con la correspondiente falta de confianza en uno mismo y/o en los demás, pueden generar ansiedad, hostilidad, soledad y depresión (Limmer, 1995; Radke-Yarrow, 1993).

Laura llevaba cuatro años haciendo DMT cuando la conocí. A pesar de que estaba en un grupo dirigido por un psicoterapeuta en DM experimentado, siempre había permanecido en una actitud silenciosa y resistente. Como psicoterapeuta en DM en formación, me ofrecieron la oportunidad de trabajar individualmente con ella, desde abril de 1996 hasta diciembre de 1998. En las sesiones individuales, Laura pareció sentirse más cómoda a la hora de hablar y finalmente se decidió a revelar los acosos sexuales sufridos, que se prolongaron (aproximadamente, dado que sus recuerdos eran vagos) de los 8 a los 11 años. Después de morir su madre, cuando tenía tres años de edad la enviaron a

un orfanato junto con sus hermanos, porque su padre estaba tan afectado que no podía cuidar de los niños. Tres años más tarde, cuando tenía alrededor de seis años, se fue a vivir, junto con un hermano y una hermana menores que ella, con una tía, el marido de ésta y un primo. Fue en esta casa de la hermana de su padre donde se convirtió en presa de las incursiones sexuales de su primo. Cuando Laura tenía entre 11 y 12 años, su padre se sintió con fuerzas de reunir nuevamente a la familia y, en consecuencia, pudo alejarse de su primo adolescente, que la importunaba de forma regular todas las mañanas con la excusa de despertarla para ir a la escuela.

Los recuerdos de estos acontecimientos dolorosos fueron revelados al cabo de un año de iniciar nuestro proceso terapéutico y a Laura siempre le resultó difícil hablar de ello. En un primer momento, el uso de los dibujos pareció constituir una alternativa ante la dificultad que tenía Laura de entrar en contacto con su cuerpo y su incapacidad en lo referente a generar una expresión motriz genuina. Una de las premisas esenciales de las terapias creativas es que el proceso de autocuración puede verse intensificado por el uso de imágenes durante el proceso creativo (Chodorow, 1991; Johnson, 1987; Levy, 1995). Laura utilizó los dibujos como una forma de acceder a los traumas emocionales y de adquirir un vocabulario que le permitiera hablar de ellos.

2. Revisión de la bibliografía y antecedentes de la paciente

Se considera «abuso sexual» cualquier actividad o estimulación sexual sin un consentimiento mutuo. Con el transcurso de los años han ido apareciendo definiciones más detalladas (Finkelhor, 1979; Miller, 1998; Baker y Duncan, 1985). El abuso sexual «se ha venido definiendo en su mayor parte en virtud de las categorías niño/adulto o maduro/inmaduro. No necesariamente implica violencia o alguna forma de coacción» (Gilham, 1991, p. 5). Investigadores como Goldman y Goldman (1984) y Baker y Duncan (1985) ponen de manifiesto que las niñas tienen mayores probabilidades de ser objeto de abusos por parte de familiares. David Finkelhor estableció algunos criterios para determinar los abusos sexuales en términos de diferencias de edad, y uno de ellos es que el niño sea menor de 12 años y la otra persona sea menor de 19, pero como mínimo 5 años mayor que la víctima (Finkelhor, 1979).

Los abusos a Laura tuvieron lugar en sus primeros años escolares y se prolongaron hasta que cumplió los 12 años. Su primo era de hecho cinco años mayor que ella y estos acontecimientos marcaron fuertemente el desarrollo psicológico de Laura, aunque aparentemente los había olvidado. Sus dolencias principales habían sido las crisis de angustia entre los 35 y los 40, seguidas de depresión y de agorafobia graves hasta mediados de los 40, cuando la conocí durante el transcurso de mi formación como psicoterapeuta en DM. Los estudios han demostrado que la experiencia de la niñez tiene un efecto latente, «de modo que aunque el niño parezca psicológicamente ileso, el daño puede aflorar a la superficie cuando la persona contempla la experiencia desde una perspectiva adulta» (Gilham, 1991, p. 44).

Finkelhor (1984) sugiere la presencia de cuatro factores traumáticos en tales acontecimientos: sexualización traumática, traición, impotencia y estigmatización. Considero que los tres últimos factores han dañado el amor propio de Laura y su capacidad de confiar y establecer relaciones íntimas saludables. Laura pudo recordar en un momento ulterior de la terapia la impresión de sentirse impotente y dominada por alguien que le imponía su propia voluntad. Tenía la impresión de que la sensación de ser manipulada y de no ser capaz de resistirse a la invasión de su privacidad habían sentado las bases de su carácter ulterior: la paciente creció hasta convertirse en una mujer muy asertiva —incluso bastante agresiva— y directa, que no permitía que nadie se «tomara libertades» con ella. Ahora podía reconocer que utilizaba a los hombres en la misma medida que permitía que los hombres la utilizaran, tratándose siempre de hombres de poca confianza, nada cariñosos, mujeriegos o casados. Laura tomó conciencia de su miedo a que la dominaran y la controlaran, y de que siempre había evitado acercarse demasiado emocionalmente. Se comprende, en consecuencia, que el abuso sexual «constituye un ataque fundamental al proceso de desarrollo de la personalidad» (Gilham, 1991, p. 46).

Varios autores mencionan la culpa, la vergüenza y el odio hacia uno mismo o la conducta autodestructiva como consecuencias del abuso sexual (Everstine, 1992; Blume, 1990). Las personas que han sido víctimas de abusos sexuales durante la niñez «pueden volverse reservadas, aisladas, ansiando desesperadamente la intimidad y evitándola simultáneamente; son incapaces de establecer relaciones íntimas y duraderas, tienden a elegir parejas que las maltratan y tienen una

imagen muy pobre de sí mismas» (Everstine, 1992, p. 165). También tienden a asumir el papel de salvador o cuidador, y a sentirse utilizados o poco valorados. Esta tendencia era muy fuerte en el caso de Laura: además de cuidar de sus dos hermanos menores desde la muerte de su madre, siempre estaba ayudando a los amigos, al tiempo que quejándose por el hecho de no ser capaz de decir «no», de aceptar ayuda o de cuidar de sí misma. Everstine recuerda que «cuidar y ser cuidado son elementos que revisten una gran carga emocional para estas personas; la única forma que tienen de tolerar que los cuiden es enfermando o lesionándose a sí mismos. Así pues, muchos de ellos manifiestan enfermedades psicosomáticas o parecen propensos a tener accidentes» (Everstine, 1992, p. 166).

2.1 Abusos sexuales, estrés postraumático y quejas psicosomáticas

Frosh y Glaser afirman que «los abusos sexuales infantiles deben clasificarse junto con el maltrato emocional grave, de acuerdo con su estructura y efectos» (Frosh y Glaser, 1988, p. 9). En la misma línea de pensamiento, otros autores van más lejos y consideran que las víctimas de abusos sexuales infantiles padecen un trastorno por estrés postraumático (Welman, 1986; Helmich, 1999). Laura presentaba de hecho todos los síntomas mencionados por Helmich a propósito del trastorno por estrés postraumático. Tenía «síntomas intrusivos» bajo la forma de sueños o de recuerdos repentinos (*flashbacks*), «síntomas evitativos» como la disociación, y un «aumento de la activación (*arousal*) biológica» como, por ejemplo, «inquietud, una reacción de alarma exagerada e hipervigilancia» (Helmich, 1999, p. 45).

Bajo una presión emocional de tales características no es de extrañar que Laura presentara una pauta de movimientos rígidos, configurada por una actitud tensa y suspicaz, en la línea de la respuesta de ataque o fuga. La ansiedad, la actitud defensiva y la coraza muscular no podían sino conducir a la tensión física, de modo que había desarrollado muchas dolencias psicosomáticas. De acuerdo con McDougall, el cuerpo de Laura se había convertido en un teatro de lo inefable, dado que ella no era consciente, al igual que muchos pacientes psicosomáticos, de «ningún vínculo potencial entre la dolencia física y el dolor psicológico» (McDougall, 1989, p. 5). Sus conflictos no habían sido reprimidos, como en el caso de las neurosis, sino «borrados de la

conciencia», y su cuerpo estaba «reaccionando a la amenaza psicológica como si se tratara de una amenaza fisiológica» (McDougall, 1989, p. 9).

Laura estaba acudiendo a un centro psiquiátrico de día y su psiquiatra la recomendó para un grupo de DMT. Cabía la esperanza de que esto pudiera ayudar a Laura, que manifestaba «la inaccesibilidad de los afectos, la ausencia de capacidad imaginativa y las dificultades en la comunicación verbal» características de todos los pacientes psicósomáticos (McDougall, 1989, p. 11).

2.2. Agorafobia, problemas de límites y problemas de relación

Mencioné anteriormente la necesidad de una relación terapéutica contenedora porque los pacientes psicósomáticos carecen de un sentido claro de los límites personales y tienden a desarrollar un miedo a «fundirse». Sus dolencias físicas pueden ejercer «una función protectora como, por ejemplo, definir los propios límites corporales» (McDougall, 1989, p. 29). La necesidad extrema de mantener los límites corporales condujo a la paciente a evitar salir a la calle, pues la ansiedad que experimentaba en tales momentos la precipitaba a la seguridad de las paredes del hogar. Se trataba únicamente de una seguridad transitoria, dado que en sus sueños también las paredes parecían desvanecerse y permitir que los extraños pasaran a través de ellas. La confusión de Laura entre interior y exterior, tanto a nivel social como psicológico, constituía un tema muy importante que también apareció en sus dibujos.

Laura padecía agorafobia, que también es muy característica de este tipo de pacientes, junto con «una ceguera en relación con el significado de un determinado tipo de sentimientos» (Liotti, 1993, p. 218). A este respecto, las emociones «dejan de merecerse su estatus psicológico y son transformadas en los síntomas de una dolencia física» (ibíd.) A los agorafóbicos «les resulta difícil atribuir un significado a las emociones relacionadas con la amenaza de separación respecto de otra persona significativa» (Liotti, 1993, p. 217). Tanto los fenómenos psicósomáticos como los agorafóbicos sugieren la presencia de «una perturbación en la relación madre-hijo» (McDougall, 1989, p. 56).

La historia de Laura confirma los hallazgos de Liotti —los agorafóbicos han desarrollado durante la primera infancia a los niños

lares unos esquemas emocionales relacionados con los procesos interpersonales característicos de un apego ansioso e inseguro» (Liotti, 1993, p. 220). Este autor argumenta que estos esquemas «se han mantenido desconectados de las estructuras proposicionales del autoconocimiento» (ibíd.) y subraya la «necesidad de evaluar las influencias que pueden haber generado la disociación entre los esquemas emocionales relacionados con el apego inseguro y las estructuras de significado del autoconocimiento adulto» (ibíd.). En el caso de Laura, esto pudo haber sucedido durante la primera infancia con una madre que al parecer habría sido diagnosticada de depresión antes de suicidarse. Y sucedió ciertamente cuando Laura, con tan sólo tres o cuatro años, tuvo que cuidar de sus hermanos en el orfanato; o cuando estuvo viviendo con una tía paterna fría e indiferente, que parecía no darse cuenta de las intimidades ofensivas de su hijo.

Según Everstine, estos acontecimientos generan una «imagen de duro». Al menos a nivel superficial estas personas parecen «adultos triunfadores o con mucho mundo», con el solo propósito de enmascarar al «niño aterrorizado que llevan dentro» (Everstine, 1992, p. 156). Este proceso de disociación se encuentra presente en las producciones creativas de Laura, como se podrá ver más adelante. Sus sueños y sus dibujos ponen de relieve su confusión entre sentirse demasiado fuerte o demasiado débil, grande o pequeña, poderosa o atemorizada.

2.3 Disociación, procesos de escisión y utilización de la expresión artística

Los adultos que han sido víctimas de abusos sexuales durante la niñez tienden a desarrollar grandes disociaciones dentro de su personalidad y se las arreglan para vivir en un estado permanente de fragmentación (Blume, 1990; Bernstein, 1995). Los trastornos disociativos parecen deberse a los «traumas o abusos repetidos durante la primera infancia» (Maddison, 1995-1996, p. 11) y pueden oscilar de las ensoñaciones diurnas a las alteraciones de la identidad y la amnesia, como una forma de evitar el contacto con la realidad o con el propio cuerpo. La disociación «hace las veces de una estrategia adaptativa de supervivencia» en las víctimas de abusos sexuales y puede llegar a convertirse en un rasgo habitual de su personalidad (Bernstein, 1995, p. 47). Ello generará problemas relacionados con el autoconcepto, los propios límites y las relaciones interpersonales.

Estos pacientes suelen tener «dificultades en lo referente a poner límites, manifestar sus opiniones o acceder a la intimidad» (ibíd.). Trabajar con la expresión corporal y con los límites físicos a través del movimiento parece ser el enfoque apropiado y una prueba desafiante al mismo tiempo. Los psicoterapeutas en DM pueden verse enfrentados, como me ocurrió a mí, con la paradoja de intentar trabajar con el cuerpo y tener que encontrar una vía de acceso lenta e indirecta al mismo. En mi caso, parece que Laura encontró el método con el cual se sentía más cómoda, optando por dibujar antes de que llegara ni tan siquiera a acceder a moverse en la habitación conmigo.

Bonnie Meekums menciona el «dilema de la encarnación (*embodiment*)» en las mujeres adultas que han sido víctimas de abusos sexuales durante la niñez. El mecanismo de afrontamiento de estas mujeres parece haber consistido en «escindir las sensaciones corporales» (Meekums, 1995-1996, p. 8). Meekums menciona a este respecto las experiencias de sentirse fuera del propio cuerpo, los trastornos de alimentación, las autolesiones, las adicciones a sustancias psicoactivas o los problemas con la sexualidad (ibíd.). Los recuerdos de las experiencias traumáticas tempranas son difíciles de verbalizar (Winnicott, 1971), dado que el yo ha aprendido a situarlos fuera de la conciencia cotidiana, en un estado permanente de escisión. Para los pacientes con unas defensas emocionales tales como la disociación, la experiencia del movimiento durante las primeras sesiones de terapia puede suponer una experiencia amenazante.

Penny Lewis, una psicoterapeuta en DM que ha reconocido que una «experiencia encarnada puede ser demasiado intensa emocionalmente» (Amighi, 1999, p. 322), describe una experiencia terapéutica en la cual un paciente con emociones disociadas utilizaba los dibujos como una forma de manifestar su agresividad. Lewis considera que tal vez «el paciente comenzó a razonar que si podía darle una forma en el papel, podría tener algún control sobre la forma que adoptara su manifestación a través de su propio cuerpo» (ibíd.). Levy explica que otros psicoterapeutas en DM han incorporado otras modalidades artísticas al proceso terapéutico «en determinados momentos significativos dentro del tratamiento» (Levy, 1995, p. 2).

Una razón muy común para la utilización del dibujo dentro de la DMT es que cuando «el cuerpo ha quedado congelado como consecuencia de la experiencia traumática, el hecho de dibujar

tualmente preparar el terreno para la expresión corporal plena» (ibíd.). Parece que el proceso que siguió Laura estuvo en esta línea, dado que pasó de negarse en rotundo a intentar hacer ningún movimiento, a realizar improvisaciones coreográficas. Entre ambas actitudes se desarrolló una secuencia progresiva, de los garabatos y los registros gráficos de sus pensamientos y sus percepciones de sí misma a unos dibujos cada vez más complejos y simbólicos. La utilización inicial del papel y el lápiz parece haber supuesto una forma de protegerse del miedo a tener una experiencia motriz. Otros psicoterapeutas en DM han registrado observaciones similares: «Para muchas de las víctimas de abusos sexuales infantiles, el hecho de “abandonarse y bailar” ha quedado inexorablemente asociado al terror a la pérdida del control experimentada durante los abusos. Esta asociación puede paralizar el movimiento, a pesar de la voluntad de la persona» (Bernstein, 1995, p. 57). Al igual que otras víctimas de abusos sexuales, Laura encontró en la expresión visual una protección contra las emociones arrolladoras y una forma de comunicarse sin correr ningún peligro. Únicamente se mostrarán aquí unos pocos dibujos seleccionados, pero los mismos representan fielmente los diferentes períodos del proceso terapéutico de Laura. Me parece que el valor real de los dibujos dentro de este proceso fue que estimularon la progresiva conciencia corporal y la expresión corporal/emocional. Los dibujos fueron:

- a) un puente hacia el movimiento y la verbalización, como en el caso de sus dibujos iniciales, en los que Laura representó sus miedos y sus sensaciones de pánico, disociación y fragilidad (dibujos 1 al 4);
- b) una forma de registrar las experiencias motrices y las percepciones físicas que tenían lugar en el transcurso de los movimientos improvisados (dibujos 5 al 8). En este caso, sus imágenes corporales manifiestan claramente un cambio gradual en la percepción de sí misma, dado que progresó de representar su corazón roto sin más a ser capaz de ampliar la representación a otros órganos, incluido el útero. En esta fase del proceso, los dibujos desempeñaron un papel significativo en lo referente a mostrar cómo Laura fue sustituyendo sus quejas psicósomáticas por emociones, relacionándolas con diferentes partes de su

- c) finalmente, los dibujos constituyeron una cristalización de imágenes kinésicas y visuales con un significado simbólico personal que indicaban la presencia de un mundo interior y subjetivo más rico, una nueva autoestima y una forma diferente de relacionarse consigo misma y con el mundo (dibujos 9 al 12).

3. Los límites personales y la disociación dentro/fuera

En nuestras primeras sesiones, Laura solía expresarse de una forma muy práctica y concreta, siendo incapaz de hablar de su propio malestar emocional. Sus movimientos preferidos durante estos primeros días consistían preferentemente en flexionar y estirar los brazos como si se tratara de un ejercicio aeróbico, dado que pensaba que se esperaba que hiciera «algún tipo de gimnasia». Adoptaba una postura global rígida, con las rodillas pegadas y el torso tenso, moviendo únicamente los brazos desde la altura de los codos, sin la menor movilidad al nivel del torso. Las manos tocaban los hombros de una forma mecánica, dado que no había ninguna expresión en sus movimientos. Desde su primer perfil de movimiento (*movement profile*), realizado al comienzo de la terapia, observé la respiración superficial; los hombros tensos, levantados; el pecho inmovilizado; los movimientos periféricos y fragmentados de los miembros, principalmente los brazos; la disociación cabeza/torso y la disociación mitad superior/mitad inferior del cuerpo. La escasa movilidad que presentaba Laura correspondía a la mitad superior del cuerpo, especialmente los brazos y las manos; toda el área de cintura para abajo parecía olvidada o distante, permaneciendo rígida e inexpressiva. Junto con estas características de tipo motriz, su habla no presentaba símbolos ni imágenes.

La ausencia de simbolismo ponía de manifiesto su disociación respecto de los traumas profundamente enterrados. Laura podía hablar de ellos, pero siempre de una forma muy fría, sin emociones ni imágenes asociadas. La utilización exclusiva de un lenguaje concreto para hablar de sí misma y del mundo circundante pone de manifiesto que Laura, con sus antecedentes de abusos sexuales durante la niñez, también mostraba síntomas del trastorno por estrés postraumático, siendo uno de ellos la ausencia de expresión de una vida interior (Weltman,

persona extrovertida y con éxito, con frecuencia se sentía preocupada por su salud física. Cuando la atendieron por primera vez en el servicio de urgencias de un hospital, confundida y respirando con dificultad, pensaba que tenía un problema físico. Laura estaba teniendo de hecho una crisis de angustia (ataque de pánico).

De forma similar, durante las primeras sesiones de nuestro proceso terapéutico Laura podía hablar únicamente de dolencias corporales y de sensaciones físicas, mostrándose incapaz de identificar ninguna emoción. Estaba convencida de que su depresión y su ansiedad tenían una causa exclusivamente neurológica e inicialmente creyó que sería posible una intervención médica, mecánica:

A veces me gustaría que me desenroscaran la cabeza del cuerpo y le hicieran una limpieza a fondo, una especie de ducha o algo por el estilo. Podrían quitarme la cabeza, llenarme el cuerpo de vitaminas y de minerales, y acto seguido volver a ponerme la cabeza en su sitio.

Además de la disociación (*splitting*) evidente entre mente y cuerpo, este pasaje, que me encontré entre las notas que tomé durante las sesiones, pone de manifiesto su inconsciencia o su evitación del trasfondo emocional de sus problemas. Liotti escribe que la mayoría de las personas que padecen crisis de angustia y agorafobia «atribuyen sus impresiones dolorosas a una enfermedad inminente, ya sea somática o mental, pero en cualquier caso una enfermedad, es decir, un proceso absolutamente ajeno a su experiencia de sí mismos» (Liotti, 1993, p. 218). Laura presentaba un fenómeno observado por Liotti en todos los pacientes agorafóbicos: «una ceguera en relación con el significado de un determinado tipo de emociones, de modo que éstas dejan de merecerse su estatus psicológico y son transformadas en los síntomas de una dolencia física» (Liotti, 1993, p. 218).

Con el tiempo, sin embargo, pude ver cómo sus quejas se iban desarrollando de una forma metafórica, pasando, según sus propias palabras, de la *cabeza cargada y pesada*, el *corazón blindado y vacío* y el *estómago alterado* a ser capaz de mencionar la *energía solidificada y estancada dentro del útero*. A continuación, mostramos uno de los primeros autorretratos de Laura:



Sept 97 15 1/2 Stone

3.1 Pánico total y agorafobia

En nuestras primeras conversaciones Laura necesitaba explicar las sensaciones físicas de sus crisis de angustia, que describía como una experiencia de «pánico total». Los dibujos de este período me parecen una expresión nítida de la fragmentación y de la falta de contención. Laura mencionaba la sensación de que su mente se estaba «desbordando», como si de repente su vida interior se estuviera saliendo hacia fuera. Era, según explicaba ella misma, como si las cosas estuvieran «escapándose» de su cabeza. En un dibujo, por ejemplo, escribió: «Pánico total. Terror desconocido. Fortísimo. De naturaleza explosiva». Esta descripción se aproxima mucho a las de otras mujeres que han sido víctimas de abusos sexuales infantiles y que hablan del «miedo a enloquecer» (Ambra, 1995, p. 19).

El dibujo 2 (p. 229) representa cómo se sentía Laura en sus peores momentos, perseguida y amenazada por todo el mundo, impotente y atrapada. Lo llamé «Atrapada».

ños que solía tener habitualmente. En dichos sueños aparecía encerrada con llave en su casa, pero a través de las paredes entraban unos hombres que la agredían o la violaban. En otro de los sueños, se veía a sí misma durmiendo en su cama en mitad de la calle y se sentía muy sorprendida. Pensaba que estaba en su habitación, pero en realidad estaba al aire libre. Estos sueños ponen de manifiesto la ausencia de una separación nítida entre interior y exterior, tema éste que apareció una y otra vez a lo largo de las sesiones de terapia. La falta de distinción entre su habitación y la calle, así como la falta de protección ofrecida por las paredes, pone de manifiesto que la psique de Laura carecía de contención. Con tales dificultades para mantener un sentido claro de los propios límites, Laura se sentía amenazada en su casa, en su cuerpo y en su sueño. No había ninguna membrana que hiciera de límite, dado que dentro, en su casa, podía verse repentinamente invadida, o bien su cama podía resultar estar afuera.

La agorafobia puede entenderse como una reacción ante el hecho de sentirse abrumado por los demás (Liotti, 1993). De hecho, Laura percibía cualquier tipo de contacto social como una intrusión. Le daba la impresión de que la gente podía invadirla, al igual que su primo había hecho con sus incursiones ofensivas. Inicialmente, Laura solía venir a las sesiones mostrando signos de ansiedad de resultados de las vivencias agorafóbicas, dado que venía a terapia inmediatamente después de hacer la compra semanal en el supermercado de la localidad. Era el único

Chased in Dreams

Hunted. Trapped

over and over



Closing in ~~madness~~

día de la semana que salía de casa. El dibujo 3 (arriba) muestra que Laura percibía el mundo exterior como si la estuviera «cercando», como si las personas fueran como palomas «precipitándose» sobre ella. Liotti explica que «los agorafóbicos suelen sentirse angustiados ante situaciones cotidianas que objetivamente no revisten ningún peligro, pero de las que resulta difícil o imposible escapar rápidamente con objeto de refugiarse en un lugar más familiar» (Liotti, 1993, p. 216).

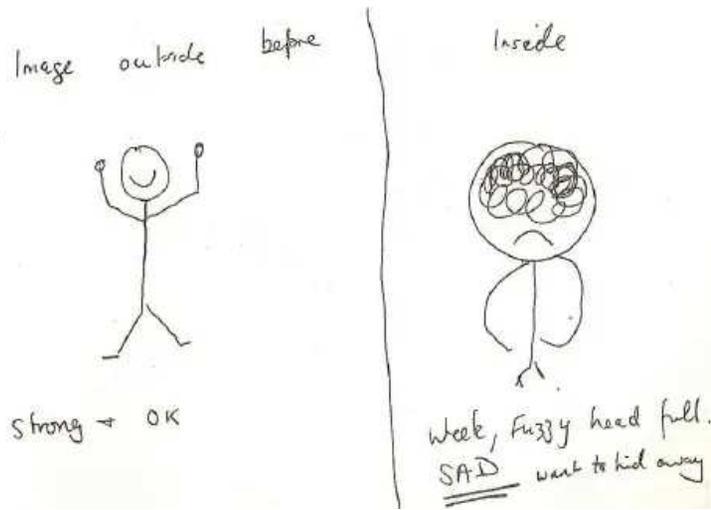
3.2 El trabajo con las polaridades: dentro/fuera, grande/pequeño, fuerte/débil

Al principio de la terapia, Laura tenía una imagen ambigua y a veces contradictoria de sí misma. El dibujo 4 (p. 231) pone de manifiesto esta falta de coincidencia entre lo que ella pensaba que era o deseaba ser de cara al exterior y lo que ella sentía por dentro. Laura explicó que la figura de la izquierda representaba a una «persona fuerte y sana», como ella se sentía, feliz, segura de sí misma, sin parar de salir y deseada por los hombres, con una vida social muy ajetreada. Curiosamente, a pesar de esta felicidad es evidente que esta figura parece estar inmobilizada, carente de vida interior. Como ella misma acabó reconociendo,

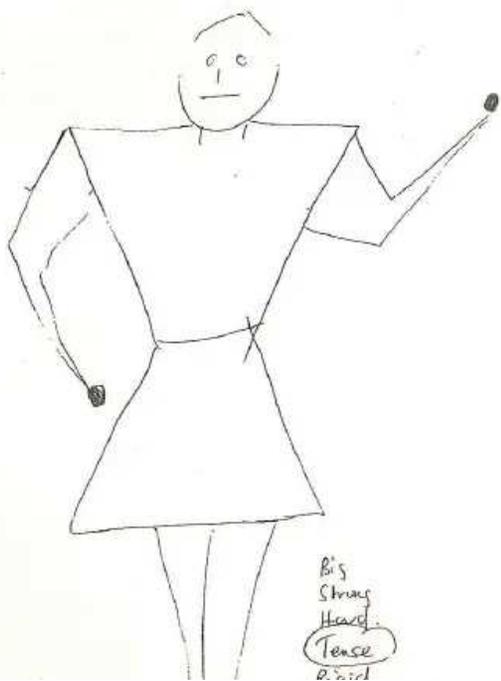
pesar de ello, «cada vez que yo, la terapeuta, cerraba la puerta de mi casa detrás de ella, aparecía otra Laura», cada vez que ella «entraba» dentro. La palabra *entrar* se refiere en este caso tanto a su propia casa como a sus sentimientos; la paciente se sentía de hecho frágil e infeliz cuando los demás no podían verla.

Esta falta de coincidencia consigo misma o entre su imagen interna y su imagen externa refleja lo que Winnicott denomina «el verdadero y el falso *self*». Este problema tiene su raíz en la relación madre-hijo: «Cuando no tiene lugar una maternidad lo suficientemente buena, el infante no es capaz de lograr poner en marcha la maduración del yo, o bien el desarrollo del yo queda necesariamente distorsionado en determinados aspectos de vital importancia» (Winnicott, 1962, p. 57). Dado que su madre había padecido una depresión, pudo darse el caso de que Laura no tuviera la contención necesaria para generar una personalidad «sobre la base de una continuidad del ser» (Winnicott, 1962, p. 60). De acuerdo con este mismo autor, la inseguridad emocional genera una «ansiedad impensable» y, en el caso de repetirse, «pone en marcha una pauta recurrente de fragmentación del ser» (Winnicott, 1962, p. 60).

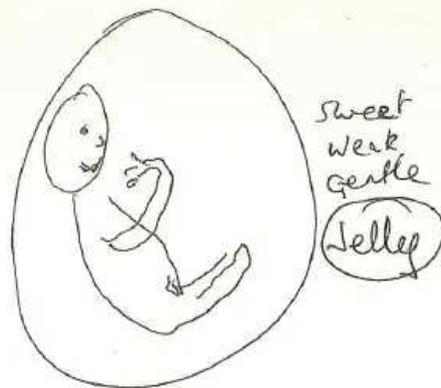
En su condición de mujer alta y de grandes hombros levantados, Laura se había esforzado por no ser, como decía ella, «débil, como mi madre». Ésta se había suicidado arrojándose al Támesis; Laura había



llegado a ser una buena nadadora. Andaba de una forma muy rápida y directa, y no había ninguna característica de abandono, femenina, en sus movimientos. Muchos autores hacen referencia a la necesidad extrema de controlar que tienen estos pacientes. Dado que en cierta ocasión vivieron una aterradora «pérdida de poder y de control» (Weltman, 1986, p. 56), necesitan desarrollar, de acuerdo con el psicoterapeuta en DM Anahda Ray, «un equilibrio entre el control y la libertad de elección» (Ambra, 1995, pp. 19-20). Laura y yo nos dedicamos a trabajar la diferencia entre parecer una persona *grande* y sentirse muy *pequeña*, como muestran los dibujos 5a y 5b (abajo y p. 233) también exploramos algunos movimientos *débiles* y *fuertes*, y Laura comenzó a tomar conciencia de que la necesidad que tenía de ser fuerte en todo momento no era más que un esfuerzo desesperado por no sentirse débil. La paciente reconoció que adoptaba una actitud agresiva y de liderazgo para compensar el miedo a sentirse dominada.



Bis
Strong
Heavy
Tense
Rigid



De acuerdo con el sistema de análisis de movimiento de Laban, Laura mostraba en sus movimientos todas las características propias del ataque (North, 1972). En sus propias palabras, explicó que se había negado a ser «suave y amable como las demás mujeres», a las que calificaba en un tono despectivo de «pavisosas». Ello demuestra una imagen estereotipada de las actitudes masculinas y femeninas, pero también indica su dificultad en relación con los aspectos femeninos.

En terapia habíamos estado trabajando con pares de movimientos de características opuestas, un enfoque que a veces se utiliza en DMT. Tina Stromsted y Sandy Dibbell-Hope mencionan que extraen «material de los registros verbales y de los gestos, los sueños o las ideas en movimiento de las víctimas de abusos, a menudo agrupados en polaridades» (Ambra, 1995, p. 20). Dada su forma disociada de abordar la realidad, Laura solía expresarse con la ayuda de imágenes opuestas; no es de extrañar pues, que, al igual que otros psicoterapeutas en DM, me viera trabajando con movimientos polarizados.

A medida que trabajábamos el contraste entre movimientos *fuertes* o *débiles*, pasamos a las cualidades de *duro* o *blando* y todo ello desembocó en la oposición entre *masculino* y *femenino*, *padre* y *madre*. Cierta día, con el deseo de explorar movimientos de características maternas, Laura cogió una pelota de fisioterapia y trató de sostenerla de una forma cariñosa y amable. Se sintió incómoda y dijo que sostener algo con suavidad le parecía demasiado blando y que daba la impresión de que la pelota «se le fuera a caer de las manos si no la sujetaba de una forma

lo. Laura dijo que había «dejado caer al bebé» y se produjo un silencio intenso, emotivo. Le señalé que su madre también la había dejado caer a ella.

Esto desembocó en una conversación acerca de su miedo a ser abandonada por su novio de turno y por mí, y de su tendencia a ser ella la que rompiera las relaciones, evitando constantemente la intimidad emocional. El miedo a que la abandonaran o a que la «dejaran caer», del mismo modo que ella había dejado caer la pelota, subyacía a su tendencia a deshacerse demasiado pronto de las relaciones, a romperlas ante la menor dificultad. En este caso, la acción concreta de «dejar caer la pelota» preparó el terreno para que Laura comenzara a aceptar la presencia de una larga pauta dentro de sus relaciones. Ello la ayudó a tomar conciencia de que a lo largo de los años aparecía un hilo conductor que atravesaba todas sus relaciones y sus decisiones, tales como el dejar repentinamente a una pareja o un trabajo. Se trataba, como ella misma pudo ver, de una reacción frente al miedo profundo a que la dejaran a ella. Laura estaba empezando a aceptar que lo que durante tanto tiempo había considerado que eran sus mayores cualidades (dura, fuerte e independiente) estaban sustentadas por un antiguo miedo inconsciente.

3.3. Confianza y juego

Laura y yo exploramos la idea de suavidad a través del movimiento con la ayuda de unas largas telas de seda. El hecho mismo de mover una textura delicada permitió introducir más movimientos sinuosos, serpenteantes y flotantes. Los movimientos indirectos, flexibles y distendidos estaban sustituyendo a las cualidades mecánicas, forzadas y directas. La imaginación estaba comenzando a aparecer. Laura se transformaba en una princesa descendiendo vertiginosamente por unas largas escaleras o en un pájaro volando hacia países exóticos.

La larga tela brillante se convirtió en un vínculo entre ambas. La sujetábamos conjuntamente y jugábamos a juegos que dirigía Laura. En uno de ellos, sugirió que sujetásemos la tela con una pelota encima y que la meciéramos tratando de evitar que se cayera al suelo. La metáfora de este juego parecía bastante obvia: el bebé/pelota era la propia Laura permitiéndome que la sostuviera un poco más, pero todavía poniéndome a prueba, tratando de ver si acaso yo dejaba que se cayera. Por mi parte, era consciente de que no se fueran a separar.

do independientemente, como ocurría durante la primera etapa, cuando lo único que hacía Laura eran «ejercicios aeróbicos». Ahora éramos dos personas haciendo cosas juntas, gozando de una cierta complicidad y diversión. Al comenzar a utilizar símbolos e imágenes, Laura estaba tanteando lo que Winnicott denomina *el tercer espacio* (Winnicott, 1971). Este espacio hace su aparición cuando ya no existe la necesidad de aferrarse a la figura de la madre/terapeuta, cuando es posible desprenderse, junto con la consiguiente experiencia de autonomía, de curiosidad y, en consecuencia, del simbolismo y del juego.

Por aquel entonces Laura había ideado varios «juegos de confianza», como ella los llamaba. La confianza y la seguridad son elementos importantes para estos pacientes, dado que toda la bibliografía subraya la necesidad de establecer una relación terapéutica que pueda sentirse como una base segura de cara a la exploración de experiencias pasadas difíciles. El paciente necesita, pues, tomarse su tiempo hasta llegar a confiar en el terapeuta (Meekums, 1995-1996; Helmich, 1999). Ambra escribió un artículo basado en diversas entrevistas con psicoterapeutas en DM que habían trabajado con adultos que habían sido víctimas de abusos sexuales durante la niñez, y concluyó que «la confianza y la seguridad constituyen los temas principales en el trabajo con esta población» (Ambra, 1995, p. 18). Los juegos que incluyen actividades del tipo de empujar o de tirar conjuntamente con el terapeuta, como el que Laura inventó conmigo, «le permiten al paciente experimentar», en palabras de Tina Stromsted, «la realidad de su cuerpo, además de sentirse visto dentro de un contexto seguro» (Ambra, 1995, 1995, p. 21).

3.4 El bebé dentro del avión

Al cabo de unos seis o siete meses de DMT, los juegos de Laura dieron lugar a la aparición de movimientos más regresivos. Tirada en el suelo, ahora se permitía recrearse moviendo los brazos y las piernas como un bebé, estirando los miembros hacia fuera o bien retorciéndolos. Laura estaba integrando movimientos de unas características que siempre se había negado a tener: movimientos pausados, flexibles, ligeros, en el lenguaje del análisis de movimiento de Laban (North, 1972). Hablaba de los bloqueos y de las tensiones en su cuerpo como si los percibiera por primera vez. Durante este período me contó el si-

Soñé que iba volando dentro de un avión muy grande, estábamos el piloto, yo y alguien más, no sé quién. Pero, no sé de qué manera, en la siguiente escena del sueño yo ya estaba fuera, con los pies en tierra, intentando dirigir al piloto, que quería aterrizar en medio de una tormenta terrible. Yo estaba muy preocupada y angustiada, podía ver que el piloto estaba teniendo problemas, pero él no podía verme a mí agitando los brazos y el avión se estrelló. Entonces me di cuenta de que, al fin y al cabo, no era un avión tan grande: era tan sólo un avión pequeño y estaba roto. Había un bebé dentro, nadie más. Me sentía responsable del bebé y sabía que tenía que cuidar de él.

Éste fue un sueño bastante significativo que refleja, en mi opinión, todo el trabajo que se estaba haciendo en las sesiones, tanto en cuanto al movimiento como al dibujo. El avión grande se correspondía con su yo inflado, su falso *self*, y con el *personaje* social que la paciente había creado. En medio de la tormenta de su enfermedad, se daba cuenta de que ella no era tan grande al fin y al cabo. Se volvía más pequeña, del mismo modo que el avión grande se convertía en un avión pequeño. Al desintegrarse, podía encontrar y rescatar al niño que había en su interior. Dentro de la mujer grande y segura de sí misma había en realidad un bebé pequeño e indefenso. La misma línea de significado discurre a lo largo de todo su sueño, de su trabajo motriz y de sus dibujos: *fuera, grande y fuerte versus dentro, pequeño y frágil*.

Parecía haber establecido una relación de confianza conmigo. Con la experiencia de sentirse sostenida y de estar conectada a la tierra dentro de la terapia, pudo entonces entrar en contacto con sus ilusiones engañosas, sus miedos y su fragilidad. *Dentro y fuera, fuerte y débil* se estaban aproximando, desplazándose en dirección a la integración. Laura aceptaba la responsabilidad del niño, dando a entender con ello que estaba aceptando e integrando su debilidad, su propia fragilidad.

4. Las quejas psicósomáticas, el cuerpo y la autoimagen

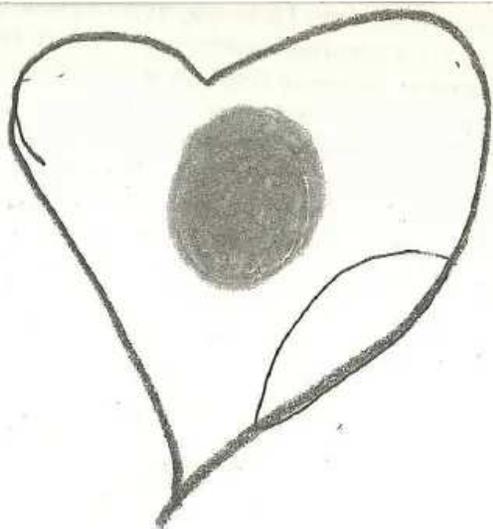
En el caso de los pacientes con estrés postraumático, el dolor oculto suele manifestarse a través de los síntomas desplazados, de las quejas físicas que aparentemente no guardan ninguna relación con el trauma original. Laura prefería hablar de sus problemas digestivos, del dolor constante en los hombros, de la opresión que sentía en el pecho, de la

zona lumbar, de la tensión alta. Dado que, en palabras de la propia Laura, «sólo estábamos haciendo movimientos», el hecho de hablar del cuerpo parecía un territorio seguro en el que poder encontrarse conmigo.

Los hombros levantados podrían ser una consecuencia de la respiración superficial, que constituye de por sí un rechazo de las emociones. Tal vez la fibrosis en el ovario tuviera que ver con su historia como mujer y con la cadena de relaciones en las que se había visto envuelta, sin permitirse confiar o sentirse cerca. Laura había tenido muchas relaciones en las que los problemas de poder y la falta de intimidad emocional parecían ser dominantes. Ello constituía probablemente una resistencia a la vivencia de cercanía, a la nostalgia y la fragilidad que dicha sensación pudiera acarrear. Le resultaba más fácil hablar de cirugía que aceptar la tristeza asociada a su vida sexual y afectiva, la frustración de no tener hijos. Por mi parte, tenía que respetar sus defensas y encontrarme con ella a este nivel. Laura y yo podíamos, como decía ella, «hablar únicamente del cuerpo». Si nuestras conversaciones adquirían un tono demasiado emocional, ella cambiaba de conversación y se refugiaba nuevamente en las dolencias o los síntomas corporales. Acepté que hablásemos de imágenes corporales y sugerí que las dibujara. Con la ayuda de estas imágenes pudimos acceder gradualmente al mundo interior que las diferentes sensaciones corporales estaban representando.

El dibujo 6 (p. 238) lo hizo después de llevar muchas sesiones mencionando la pesadez en el corazón. Laura tomó conciencia de que la mitad superior de su cuerpo formaba una concavidad, de que siempre llevaba los hombros levantados y echados hacia delante como si pretendiera, decía ella, «proteger el corazón». Su padre había muerto de un paro cardíaco. Laura se quejaba de tener la tensión alta y a veces decía que a ella también le iba a dar un ataque al corazón. Invitada a analizar la sensación de pesadez en el corazón, Laura dijo que el suyo era pesado porque estaba vacío. Ambas nos preguntamos qué clase de «vacío» podía ser tan pesado y finalmente logró expresarlo con palabras: tal vez, dijo, pudiera ser tristeza. A continuación dibujó un gran corazón rojo en el centro de la hoja, junto con lo que describió como un «agujero azul».* Se recreó en pintar el área azul, diciendo: «Quiero que

* El azul es el color de la tristeza en la cultura anglosajona, de ahí el sentido disfó-



sea verdaderamente azul... así es como me siento yo, azul...». Laura dijo esto con una expresión pausada e íntima de tristeza. Ésta fue una de las primeras veces que pudo relacionar una queja física habitual con una emoción. La imagen del corazón vacío azul se convirtió en un símbolo de su tristeza y continuó refiriéndose a esta imagen a lo largo del proceso terapéutico.

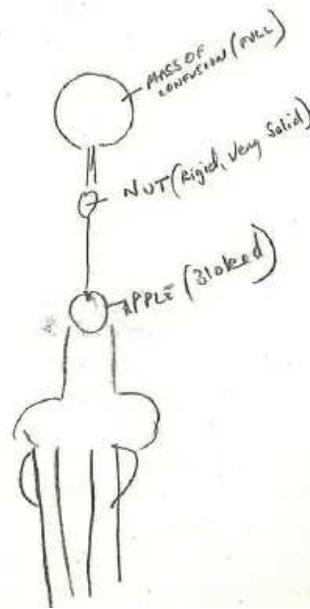
4.1 De la sensación a la emoción

Los dibujos y el movimiento desempeñaron un papel importante en el proceso de transformación de las quejas psicósomáticas en un discurso emocional integrado. A partir de la imagen visual o de los gestos, Laura comenzó a organizar un mundo de referencias personales y a conectar sensaciones con recuerdos, sentimientos y emociones.

El **dibujo 7** (p. 239) es una representación de la mitad superior del cuerpo de Laura visto desde dentro. En las sesiones precedentes habíamos trabajado con los movimientos, intentando que sintiera una mayor flexibilidad en el área del pecho. El dolor siempre estaba presente, decía, pero Laura empezó a realizar movimientos más nucleares, que incluían toda el área del pecho y de la columna vertebral. Ello suponía una nove-

dad dentro de su perfil motriz y mostraba en qué medida sus *insights* en relación con su cuerpo estaban haciendo cambiar algo dentro de ella. Laura también empezó a eructar muchísimo, lo que demostraba que se estaba relajando y entrando en contacto con una parte más amplia de su torso. Tomó cada vez más conciencia de su estómago y describió la sensación de «llevar dentro una piedra desde hacía siglos», algo que todavía no había sido digerido. Yo hice una referencia al cuento de Blancanieves y partir de entonces Laura solía mencionar «la sensación de manzana» cada vez que sentía ganas de eructar después de moverse. Blancanieves se había tragado un trozo de manzana envenenada y cayó en un largo sueño hasta que vomitó el trozo de manzana sin digerir. De forma similar, Laura parecía estar despertando, accediendo a un nuevo sentido de sí misma y comenzando a tomar conciencia de que también ella había estado llevando dentro durante mucho tiempo sentimientos estancados que estaban comenzando a salir a la superficie.

14/10/97



Después de realizar algunas improvisaciones coreográficas, solía ponerse a eructar, y yo también, bajo el impulso de una fuerte contra-transferencia somática (Siegel, 1984, p. 125). Laura decía que parecía algo así como «hacer eructar al bebé». Con ello estaba de hecho haciendo referencia a cierta sensación de regresión provocada por los movimientos. Estábamos trabajando a un nivel muy primario, en un período de intensa transferencia durante el cual Laura estaba comenzando a entrar en contacto con la pérdida de su madre y permitiéndose ser sostenida y alimentada por mí, temas éstos obviamente relacionados con sus dolores de estómago.

Las características relajadas y distendidas estaban siendo descubiertas en virtud de la regresión parcial a un estado a través del cual Laura se permitía sentir en qué consistía ser sostenida como un bebé. Estos movimientos incluían la columna vertebral, la conexión entre la cabeza y la cola, lo que recuerda, según Cohen, los movimientos básicos de un bebé y la anterior postura fetal (Cohen, 1993). A consecuencia de esta nueva sensación corporal, Laura estaba comenzando a ser capaz de realizar movimientos persistentes más flexibles, procedentes de un área que por lo general no solía mover demasiado. Esto puede verse en el **dibujo 7** (p. 239), donde Laura representa la conexión plena entre la cabeza y el torso. Probablemente, esto revela que estaba integrando la disociación identificada en este área, además de experimentar emociones y sensaciones más complejas.

Laura se refería a su cabeza diciendo que estaba «llena de pensamientos», que era «una masa de confusión», y decía que le daba la impresión de tener el corazón pequeño, cerrado y «rígido, muy sólido», como una nuez. Finalmente se decidió a dibujar su estómago y lo hizo a la manera de una manzana, diciendo que dentro había una manzana entera que no había sido digerida. Ya no se trataba de un pedazo de manzana, explicó, sino de una manzana entera, dado que sentía que tenía cosas más grandes y más antiguas por digerir. Laura parecía estar dispuesta a aceptarlas y empezar a digerirlas, dado que también estaba hablando mucho más libremente de todos sus traumas en terapia. El anterior proceso físico de confianza, que le permitió ser sostenida por mí, se estaba manifestando también a través del proceso verbal. La paciente parecía confiar en que yo «sostendría» las cosas terribles que ella estaba revelando acerca de sí misma.

En comparación con el **dibujo 6** (p. 238) es evidente que su conciencia corporal estaba mejorando, extendiéndose desde la percepción aislada

de su corazón a la percepción total de la línea media de su cuerpo: cabeza, corazón y estómago. Laura era capaz de representar su cabeza conectada de alguna manera con el resto del cuerpo, lo que suponía una mejoría, dado que durante mucho tiempo había mencionado que sentía como si tuviera la cabeza separada del resto del cuerpo. Ahora parecía percibir una relación entre la confusión de pensamientos en la cabeza, el corazón rígido y los constantes eructos. Estaba conectando los aspectos *cognitivos*, *emocionales* y *físicos* de sí misma: la *cabeza* confusa, el *corazón* triste y el *estómago* alterado. Estaba tomando conciencia de que los diferentes síntomas de los que se quejaba guardaban una relación entre sí; poco a poco, estaba logrando juntar las piezas de su rompecabezas personal.

Fue muy importante para Laura dibujar esta primera percepción de la línea media. Esta conexión inicial entre la cabeza, el torso y el estómago es la primera en cobrar forma en el feto y la primera en activarse en el recién nacido con vistas a la nutrición y a la relación con la madre. A través de la secuencia de sus dibujos, Laura va mostrando el establecimiento de una imagen interna de sí misma. Su corazón ha dejado de ser una pieza aislada tal como se muestra en el **dibujo 6** (p. 238), un órgano que parecía todo lo que ella podía ser, como si no pudiera ser nada más que un corazón azul mordido. En el **dibujo 7** (p. 239), Laura se muestra consciente de su cuerpo como una estructura viva en la que los órganos se relacionan mutuamente, aunque continúen siendo «centros de dolor». La *masa de confusión/cabeza*, la *nuez/corazón* y la *manzana/estómago* aparecen unidas en una secuencia que recuerda la referencia de Cohen al tracto digestivo, el primer sistema de organización y estructuración del ser humano (Cohen, 1993). Pude ver que los movimientos de este período se corresponden igualmente con el período oral de Kestenberg (1999, pp. 32-35), el período evolutivo que Laura necesitaba trabajar en esta fase.

A lo largo de un período de regresión parcial que se prolongó durante meses, Laura estuvo haciendo un uso exclusivo del suelo toda la sesión, siendo capaz ahora de echarse en él y de disfrutar de sus características contenedoras. Esto había sido incapaz de hacerlo durante el período inicial de la terapia, cuando permanecía de pie rígidamente en medio de la habitación, con las piernas y las rodillas rectas, como si tuviera que estar haciendo un esfuerzo constante por mantenerse en una posición erguida. La reintegración de los movimientos horizontales, introducidos lentamente a través de los ejercicios de Bartenieff, permitió la aparición de movimientos más flexibles.

Existe una conexión entre el tracto digestivo, que parece salir a la luz en el **dibujo 7** (p. 239), y la experiencia de la madre/alimento. Laura estaba mostrando que al sentirse maternizada por mí y tener la experiencia de ser sostenida y alimentada, ahora podía ser más oral en su expresión kinestésica, bajando hasta el estómago y tolerando las emociones que hasta entonces habían permanecido inmovilizadas dentro del mismo. Los eructos eran muy intensos y yo también seguía eructando, sobre todo inmediatamente después de movernos, durante el *feedback* verbal. Esto se podría ver como una «contratransferencia encarnada», dado que se estaba dando una «encarnación en el analista de un aspecto del mundo imaginario del paciente» (Schaverien, 1999, p. 120).

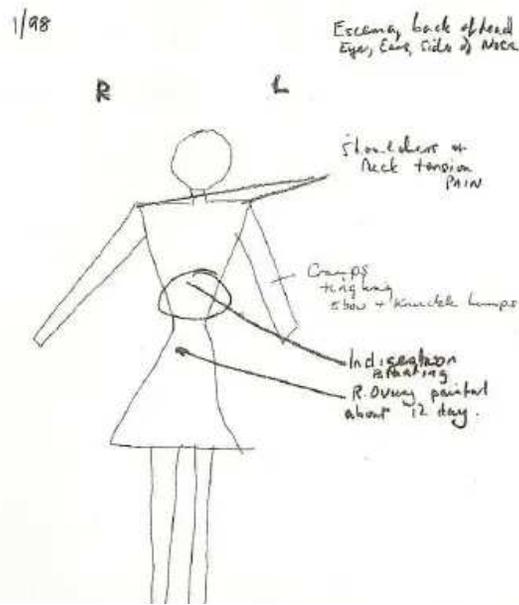
Parece que en nuestra relación estaban teniendo lugar una identificación y una compenetración (*rappor*t) muy íntensas. En este caso, mis propios eructos reactivos muestran en qué medida las necesidades orales de Laura formaban parte de nuestra comunicación. Los movimientos o las reacciones corporales constituían una expresión encarnada del proceso transferencial. La «sensación de manzana» que logramos activar estaba relacionada con las conversaciones sobre comida, maternaje y la necesidad de complicidad con su hermana o con otras mujeres. Laura también hablaba de su reconocimiento de que le faltaba amabilidad en los movimientos, y de su anhelo de acceder a formas más suaves de expresarse.

4.2. Los mapas corporales de las dolencias físicas y emocionales

El **dibujo 8** (p. 243), realizado inmediatamente después del paréntesis con motivo de nuestras segundas vacaciones de Navidad, muestra que Laura sentía el período de descanso como un rechazo y se refugiaba en un nivel de comunicación más objetivo. En este caso, dibujó un mapa corporal de sus dolencias, como si quisiera mostrarme que yo había sido una mala madre/terapeuta por abandonar a un bebé que tenía tantas necesidades, tantos problemas físicos. Me mostró el eczema que tenía detrás de la cabeza, añadiendo que le había salido en otras partes del cuerpo años atrás y que tenía miedo de que pudiera volver a extenderse por todas partes. Me estaba hablando del miedo a que pudiera olvidarme de ella. Este miedo, en el caso de hablarlo, podría reactivar posiblemente la experiencia de la falta de contención. Esta conversación acerca de los problemas cutáneos...

vez más de la fragilidad de los límites emocionales de Laura y de que nuestra separación transitoria había amenazado la delimitación entre su interior y su exterior, que todavía era bastante frágil. Laura había tenido escasas oportunidades de desarrollar una *piel emocional* firme. La piel y los contornos corporales son importantes metáforas de los límites emocionales, psicológicos (Meekums, 1995-1996, p. 8).

En el **dibujo 8** (abajo) Laura prosiguió haciendo una lista de sus problemas: tensión en los hombros, calambres y agarrotamientos en los miembros, indigestión e hinchazón en el vientre. Las letras que aparecen arriba indican su lado derecho (R) e izquierdo (L). Por primera vez, se decidió a ir un poco más abajo y pudo hablar del dolor que sentía en su único ovario cada duodécimo día del ciclo menstrual. Me di cuenta de que ésta era la primera vez que podía representar esta área de su cuerpo. Aun cuando la mencionara de una forma un tanto mecánica, como parte de una larga lista de dolencias, ello suponía otro paso importante. Demuestra que su conciencia corporal se estaba extendiendo en dirección a abarcar un área más amplia y que el área genital aparece ahora incluida dentro de una referencia general al cuerpo.



Unos pocos meses más tarde, realizó un dibujo mucho más complejo en el que su conciencia corporal aparece más detallada y más relacionada con sus emociones. En el **dibujo 9** (abajo), Laura fue capaz de representar todo su cuerpo. La cabeza y los pies aparecen separados, pero al menos era más consciente de que su cuerpo estaba fragmentado. Al final de la hoja escribió que podía percibir que los pies estaban separados, pero también podía ver la existencia de un vínculo entre los pies y el resto del cuerpo. En otras palabras, estaba comenzando a tomar conciencia de su contacto con el suelo, a tener los pies en la tierra, a sentirse más a ras del suelo, a aceptar la realidad.

Not physical pain
Sadness/Pain
Repressed/Anxiety.



Confusion
Messy/Unsettled
Blank, sometimes

Heart/ solid/stone
Solar Plexus/chuck



Pain/hurt
Devastation
Very sad/Tragic

Painful
Apple/Blocked

Womb/ Hard tick
Stagnant
Blocked



Feet
Work up.

Detached: but can now see link.

Por aquel entonces, Laura estaba alternando entre moverse en el suelo o permanecer de pie, pero a ambos niveles yo me estaba asegurando de introducir más movilidad en la parte inferior de su cuerpo. La invité a ejercitarse en la autoafirmación, dando patadas, empujando las piernas contra una pelota que yo también estaba empujando, saltando o deambulando expresivamente por la habitación. En este dibujo, la conciencia de sus pies y de su contacto con el suelo eran una consecuencia directa de los muchos movimientos que yo había estado introduciendo gradualmente, tales como doblar las rodillas o golpear el suelo con los pies, trabajando con cualidades más terrenales.

En el **dibujo 9** (p. 244) Laura realizó una representación muy elocuente de los principales órganos de la línea media, dado que ahora era capaz de sentir su núcleo desde el interior. La cabeza y los pies están representados desde fuera, pero el área del torso está representada desde dentro. Me pareció que Laura podía percibir que su cuerpo tenía un interior y un exterior al mismo tiempo. Podía representar la fragmentación estructural, la cabeza y los pies desconectados, y mantener el contacto con su núcleo. Ahora tenía un centro del que podía hablar, tanto física como emocionalmente. Esto es lo que se desprende de la elección de las palabras en sus comentarios. A la izquierda utilizó adjetivos que tenían una referencia física, pero a la derecha registró las correspondientes emociones. Escribió que el corazón era «sólido, como una piedra» y era consciente de que ello se debía a la desolación, a la tristeza enorme, a la que podía incluso calificar de trágica.

Laura era capaz de referirse a la sensación en el estómago como «agresividad bloqueada», a base, según explicaba, de «cosas sin digerir», pero también de cosas que sentía que no había dicho o no había «soltado». La agresividad se convirtió en un asunto a tratar durante este período y Laura estaba empezando a manifestarla a través de improvisaciones coreográficas. Con frecuencia mencionaba que tenía cosas por decir pegadas en la garganta o en el plexo solar. Fuera de la terapia, tuvo varios enfrentamientos con algunos miembros de su familia, dado que era consciente, como ella decía, de que «no quería tragárselo, como siempre había hecho».

4.3. En busca de modelos: el ensayo de movimientos circulares distendidos

Laura podía ahora representar el útero como una parte de ella misma

rollando progresivamente a partir de la representación aislada del mencionado corazón vacío y roto. Consciente de toda la ambigüedad que sentía en relación con el área de la pelvis, Laura reflexionaba a propósito de cuestiones relativas a la feminidad y a la sexualidad en otros términos, siendo capaz ahora de expresar que «no había aprendido a ser mujer». Salía con más frecuencia, e iba a pasear con su hermana o sus sobrinas a los parques o al campo. La visión de una pareja en el parque fue una lección perturbadora para Laura, dado que se daba cuenta de que era incapaz de realizar los gestos amables de la muchacha. Más abierta y más consciente del mundo circundante, por primera vez Laura estaba admitiendo que podía moverse y expresarse de una forma hasta entonces desconocida.

Dado que yo era consciente de su ansia de realizar movimientos amables, sugerí el uso de una pelota de fisioterapia que Laura desplazaba amablemente por todo su cuerpo, echada en el suelo, como si le estuviese enseñando a su cuerpo o despertándolo a nuevas expresiones motrices. Esta exploración se prolongó durante varias sesiones. Advertí que con frecuencia presionaba la pelota contra su pecho, como si lo estuviese acariciando, y también fue capaz de tocar con la pelota, en base a una serie de movimientos circulares, toda el área del vientre, una parte de su cuerpo de la que se estaba ocupando por primera vez y que ahora parecía reconocer y aceptar. Por aquel entonces realizó el **dibujo 10** (p. 247), al que llamó *Twissle*, un personaje extraído de un antiguo programa de televisión y que tiene la capacidad de estirar los miembros de una forma flexible y circular, como sugiere claramente la imagen. El dibujo demuestra que los movimientos circulares y en espiral estaban siendo integrados, y que la nueva conciencia corporal de Laura presentaba una mayor flexibilidad y, en consecuencia, una expresión más emocional.

5. Simbolismo e integración emocional

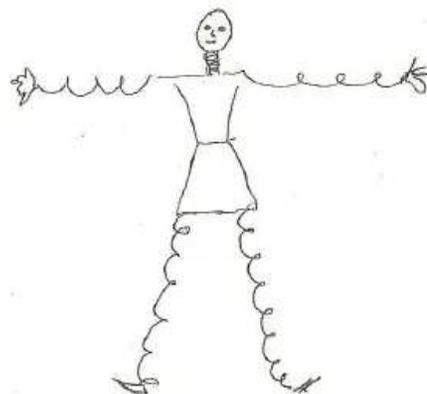
5.1 Las olas y la serpiente

El tema de la circularidad se extendió al resto de su cuerpo y cuando estuvo preparada para ello se olvidó de la pelota y exploró los «movimientos circulares» con los brazos, las piernas y el torso. En el suelo,

28/10

Twissle?

Bendy - stretchy - Toy - Flexible in: Action Physical thought



Flexible → ← Rigid
+ +

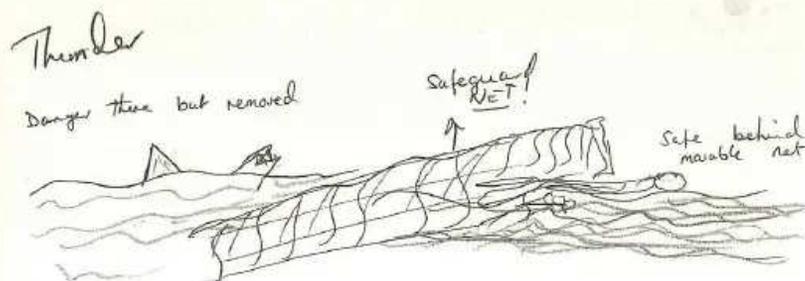
cas», dado que los temas del agua, la fluidez y la flexibilidad comenzaban a abrirse paso en sus conversaciones. Existen conexiones culturales simbólicas entre el agua y las emociones (Jung, 1998) y parece evidente, por lo tanto, que Laura se estaba abriendo cada vez más a la expresión emocional. La cualidad de su expresión demuestra una mayor integración y una dimensión simbólica que no aparecía anteriormente.

Durante el último semestre de nuestra labor, sus movimientos suscitaban imágenes de «estar nadando en aguas tropicales, cálidas», lo que demuestra que las cualidades distendidas le resultaban cada vez

imaginarse flotando en estas aguas cálidas, algo que había estado tratando de hacer con escaso éxito. Continuó hablándome y mencionó que sentía el calor del sol sobre la piel. Realizó unos movimientos flexibles, ligeros, pausados, mientras me describía un paisaje de palmeras, la playa de dorada arena y las olas suaves meciéndola. Pero de repente advirtió la presencia de un tiburón que pasaba cerca de ella. Añadió que durante toda su vida había sido consciente de que había «tiburones por ahí sueltos». Logró controlar su ansiedad al tiempo que me decía que las cosas serían diferentes, dado que ahora podía imaginarse una red de seguridad entre el tiburón y ella. A través de sus improvisaciones coreográficas, Laura había sido capaz de modificar el viejo guión relativo a sentirse impotente ante la presencia de una amenaza.

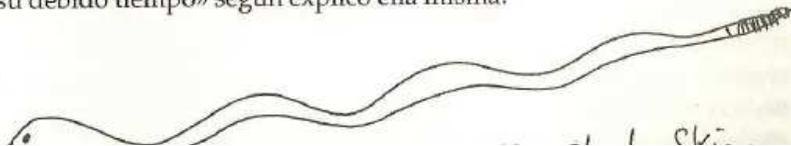
Este momento de imaginación activa a través del movimiento, registrado posteriormente en el dibujo 11 (p. 249, arriba), demuestra que Laura disponía de un mayor sentido de los límites personales. Laura y el «otro amenazante» aparecían finalmente separados y ella sabía ahora que no estaba en peligro, dado que disponía de una nueva protección. De acuerdo con Siegel (1984), la experiencia de emociones intensas durante el movimiento puede favorecer la autoconciencia y una nueva estructura del yo que refuerce los límites corporales y la imagen corporal, enfatizando así la separación del sujeto. Como paciente que inicialmente había realizado una regresión a un estado fusional oral con la psicoterapeuta en DM, Laura estaba ahora demostrado que había crecido emocionalmente, y que tenía un mayor sentido de sí misma y distinguía más claramente entre *yo* y *no yo*.

Una red representa también el cambio habido en su psique, donde la rigidez había dejado paso a la flexibilidad y sus miedos habían sido sustituidos por una mayor sensación de confianza. El movimiento de nadar, que suponía una novedad en su perfil motriz, siguió apareciendo en lo sucesivo. Laura extraía un placer visible de realizar movimientos que exigían que todo su cuerpo «se moviera al unísono, como una sola pieza», tal como ella misma lo describió. Sus improvisaciones en el suelo se volvieron más sinuosas, con movimientos que ondulan a todo lo largo del cuerpo. En términos de Kestenberg, Laura estaba realizando ahora ritmos genitales libidinales, que eran los apropiados para una mujer de su edad (Kestenberg, 1999, pp. 45-55). Parecía que su nivel de relación objetal y, por tanto, su perfil de movimiento,



En una de las últimas sesiones, le vino a la mente la idea de una serpiente y se decidió a explorarla un poco más, moviendo la cabeza, la columna vertebral y los miembros en base a una serie de ondulaciones laterales. Estos movimientos de serpiente representaban más plenamente un estado evolutivo correspondiente a los movimientos genitales libidinales (ibíd.). Parecía que Laura había logrado integrar su lado grande y su lado pequeño y ahora podía ser una mujer, moviéndose desde el núcleo de su conciencia femenina y expresando su sensualidad de una forma que no era ni carenciada ni agresiva, sino más bien apropiada a un estado de integración emocional. Mientras se movía tenía la sensación de que se estaba desprendiendo de algo, como si se le estuviese cayendo la piel vieja. Al igual que una serpiente, dijo, estaba «mudando la piel».

Laura realizó el dibujo 12 (abajo) para representar en qué consistía moverse como una serpiente. Sonriendo para sus adentros, dibujó pedazos de piel que ya se habían desprendido y dijo: «Dejo un poquito, todavía me queda un poco de piel vieja». Laura había representado la sensación kinestésica propia de una serpiente, que consiste en un «movimiento uniforme, ondulado y rítmico a la manera de una ola» (Woodman y Dickson, 1996, p. 71), y también añadía el nivel simbólico, consciente de que la piel desprendida representaba todos los cambios por los que había pasado. La piel negruzca que todavía quedaba en la cola de la serpiente, en el dibujo, era algo que se desprendería «a su debido tiempo» según explicó ella misma.



Marion Woodman, la analista jungiana que ha escrito acerca de la feminidad encarnada, menciona que la metáfora de la serpiente en relación con las mujeres evoca el «poder de la serpiente» y es «una de las formas que la Diosa tiene de superar la dualidad» (Woodman y Dickson, 1996, p. 71). De hecho, Laura sólo pudo realizar estos movimientos después de trabajar las disociaciones corporales y emocionales, de abordar las dualidades en su expresión corporal y su vida emocional y de anhelar tener una conciencia y unas formas de expresión más femeninas. Laura sustituyó sus movimientos fragmentados periféricos por movimientos centrales dorsales, que demostraban una mayor integración. «Dentro de nuestro centro, la columna vertebral se parece a una serpiente y se mueve como una serpiente» (Woodman y Dickson, 1996, p. 72).

Laura había sacado a la luz experiencias enterradas al tiempo que vivía un período de transformación, que también está representado por el cambio de piel que hace la serpiente. Sus movimientos le permitieron entrar en contacto con antiguos acontecimientos y cambiar sus emociones en relación con los mismos. La transformación sólo puede tener lugar a través de la experiencia encarnada (Schaverien, 1999). Clarkson señala que las cuestiones arquetípicas o transpersonales «aparecen hacia el final de la terapia, e indican renovación, completud, muerte y renacer» (Clarkson, 1995, p. 166) y describe un sueño en el que el tema de «mudar de piel» constituye un símbolo universal asociado al renacimiento y la regeneración» (Woodman y Dickson, 1996, p. 149). Parece evidente, en consecuencia, que mediante el uso de esta imagen Laura estaba poniendo de relieve el comienzo de un nuevo período dentro de su vida, en el que finalmente podía abrazar el pasado tanto tiempo negado o rechazado.

5.2 La danza de la agresividad y la danza de la tristeza

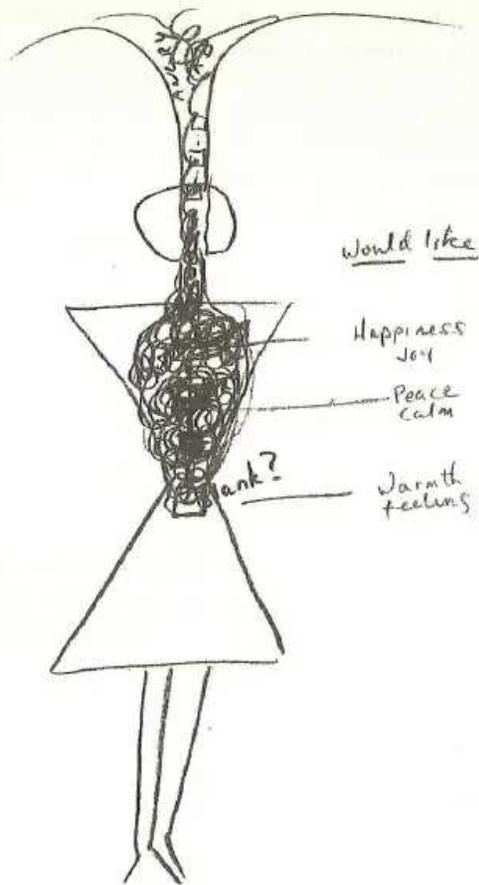
El trozo de piel que quedaba sobre la serpiente significaba que todavía había algo esperando encontrar una expresión. Laura dibujó una representación de cómo «se mueven las cosas dentro de mi cuerpo», según ella misma explicó. En lugar de hablar de una emoción relacionada con un órgano aislado, explicó que este dibujo tenía que ver con «todas las cosas juntándose» saliendo de «todas las habitaciones cerra-

po». Laura explicó que parecía como si las «cajas cerradas con llave» dentro de ella estuvieran comenzando a abrirse y los sentimientos correspondientes estuvieran «saliendo a borbotones». Tal vez, añadió, toda su «depresión» había sido el resultado de su constante esfuerzo por mantener «todas estas cosas comprimidas a la fuerza dentro de ella». Necesitaba mantenerlas bien ocultas, dado que temía que su agresividad y su tristeza pudieran destruirla a ella y a los demás.

Laura se daba cuenta ahora de que sus dolencias físicas eran el resultado de su esfuerzo por mantener controlada su agresividad. Como explica Leonard, «muchas mujeres sufren de hipocondría, padecen debilidad física y enfermedades que en realidad esconden la energía reprimida. Los dolores de cabeza, los dolores de espalda, las úlceras, las colitis y los trastornos estomacales suelen desaparecer desde el momento en que aceptan la agresividad» (Leonard, 1982, p. 120). Blume también afirma que «mientras crecían, muchas de las víctimas de abusos incestuosos emplearon todas sus energías en disociar su agresividad, en disecarla, en distanciarse de ella» (Blume, 1990, p. 133).

Laura decidió mostrar a través del **dibujo 13** (p. 252) lo que pasaría si pudiera expresar la agresividad de una forma segura. La agresividad saldría del útero y atravesaría el estómago y la cabeza. Sería una «masa de cosas, tal vez de sentimientos» que finalmente encontrarían la salida por el centro de la cabeza y «esta vez saldrán al exterior en medio de una explosión, a la manera de un volcán». Laura decía que si pudiera «explotar», tal vez lograría deshacerse de todas las cosas malas que la enfermaban. Deseaba que, después de liberarse del «viejo relleno», apareciera una nueva percepción corporal y nuevas emociones. Le pedí que nombrara algunas de las cosas nuevas que le gustaría tener en «sus cajas viejas», que probablemente serían los órganos que había venido representando anteriormente. Con los ojos cerrados y echada en el suelo, eligió reemplazar todas las viejas dolencias localizadas en cada uno de los órganos.

El **dibujo 13** es el resultado de su nueva representación corporal. El «corazón pesado» se llenaría de «felicidad y alegría»; en su estómago anteriormente «amargo» habría ahora «paz y tranquilidad». Por lo que respecta al útero, al principio se preguntaba si seguiría «dando la impresión de que estaba vacío». Ésta es la razón de que escribiera ese signo junto al mismo; no sabía si tendría cabida en él una «sensación



En una sesión ulterior pareció como si Laura estuviera permitiendo de hecho que sus sentimientos salieran a la superficie. Mencionó muchas cosas que la ponían furiosa y dijo que todos estos recuerdos y emociones se estaban juntando y explotando, exactamente como en «un volcán». Se sentía ligeramente emocionada y, a pesar de estar todavía muy controlada, se decidió a dibujar «un volcán con cosas saliendo por arriba». Pero también dibujó una correa negra sobre el volcán, consciente de que eso era lo que siempre había estado haciendo

si su enfermedad no habría hecho las veces de una correa y Laura admitió que había preferido sentirse enferma antes que enfrentarse realmente a sus necesidades, su dolor y su agresividad.

Con objeto de completar el proceso, le sugerí que se quitara la correa, en el caso de que se sintiera capaz de hacerlo, y manifestara su agresividad a través del movimiento. Dado que ya la había verbalizado y también la había dibujado, la danza de la agresividad de Laura demostró ser muy profunda y emotiva. No fue una expresión catártica, sino simbólica. No fue demoledora, como ella había temido que fuera. No fue un *acting out*, dado que Laura mantenía una actitud controlada, consciente de cuáles eran sus sentimientos y eligiendo libremente exteriorizarlos, conforme a su deseo. En lugar de sentirse manipulada por la agresividad, como siempre había ocurrido cuando se esforzaba por ocultarla, Laura pudo representarla y utilizar sus movimientos como una expresión ritual de cosas respecto de las cuales se sentía furiosa. Esto fue muy significativo e importante para ella, dado que le permitió entrar en contacto con su agresividad, expresarla dentro de un marco contenedor y a continuación tomar conciencia de que podía salir con vida. Me parece interesante que su conciencia física y emocional pasara por dos momentos que podemos ver expresados claramente a través de sus dibujos. Primero había *descendido*, reconstruyendo su esquema corporal y su percepción física interior del corazón al estómago y el útero, y después había *ascendido* con una nueva percepción de sí misma, tanto a nivel físico como emocional, con la comprensión (*insight*) de que las diferentes partes del cuerpo y las emociones estaban relacionadas. Laura fue capaz de representar este movimiento ascendente de emociones con la imagen del volcán, que dibujó y bailó, logrando reunir en esta nueva imagen tanto la representación de los viejos sentimientos enterrados como una nueva capacidad de autoafirmación.

En otra de las sesiones ulteriores, Laura dijo que había estado llorando la mayor parte del tiempo, «ahora que la agresividad se ha ido». De hecho, según Leonard, «detrás de la rabia suelen estar las lágrimas. Por debajo de la agresividad están la vulnerabilidad y la posibilidad de la ternura y de la intimidad» (Leonard, 1982, p. 121). Dado que sólo nos quedaban tres sesiones, me preguntaba si sería beneficioso analizar toda la enorme tristeza que repentinamente estaba aflorando a la superfi-

gráfica a la que más tarde llamó «la danza de la tristeza». Estaba arrodillada, una posición en la que jamás la había visto anteriormente. Con los brazos y las manos apartaba sentimientos no deseados, como si ritualmente se estuviera deshaciendo de algo a través de las manos. Los gestos no eran nuevos, lo novedoso era la cualidad de sus movimientos, como si se encontrara en condiciones de rendirse a los sentimientos de tristeza. Esta secuencia de movimiento constituyó una expresión creativa en la que el simbolismo estaba plenamente encarnado. Entonces, por primera vez en todo el proceso terapéutico, Laura permitió que las lágrimas le cayeran lentamente por el rostro y vivió un momento en el que el duelo encontró verdaderamente una expresión.

No tenía otra forma de sumarme a ella salvo permaneciendo a su lado, haciendo los mismos movimientos obsesivos, al tiempo que tratando de encontrar las palabras oportunas para los sentimientos que estaban saliendo a la luz. Sin abandonar sus movimientos, Laura comenzó a hablarme y le vinieron a la mente las mujeres griegas que había tenido ocasión de ver en uno de sus viajes, todas vestidas de negro, gritando y tirándose de los cabellos durante un entierro. Continuamos así durante bastante tiempo, con nuestros brazos en una cadencia regular, obsesiva, mientras les dábamos nombres a las penas de Laura y sus lágrimas seguían corriendo. Parecíamos dos plañideras griegas, dos mujeres de negro haciendo el duelo por el pasado y las penas de Laura.

Las «mujeres de negro» eran probablemente una imagen de aquella parte de la psique de Laura que finalmente se mostraba capaz de hacer un duelo; al fin estaba desprendiéndose de su padre y de todas las cosas de las que tenía que hacer el duelo. Estaba aceptando sus pérdidas, integrando partes de sí misma con las que hasta ese momento apenas había podido entrar en contacto. Estaba abriéndose de par en par a los sentimientos que venía evitando desde hacía tanto tiempo. Estaba aceptando sus propios sentimientos y el hecho de llorar por sus penas podía ser una forma de ponerle fin a la influencia que éstas habían ejercido sobre ella. También era una forma de poner fin a nuestro proceso terapéutico: se había acabado el tiempo y los objetivos terapéuticos se habían cumplido de una forma impredecible, gracias a la disposición de Laura a encontrar «algo nuevo» para su vida y al aumento de su capacidad de *insight*, de autoexpresión y de sentir. No

consiste en ayudar a los pacientes a recuperar la «capacidad de sentir que habían perdido, pues sólo por la vía del sentimiento podrán encontrar su verdadero *self*» p. 56).

6. Algunas reflexiones sobre el uso de dibujos en DMT

Tengo la impresión de que es preciso reflexionar sobre el uso de las dos formas artísticas empleadas dentro de este proceso terapéutico. ¿Qué función desempeñaron los dibujos en la totalidad del proceso? ¿Se trataría de una función específica y claramente identificable, o más bien dicha función fue cambiando junto con la mayor conciencia de sí misma y el crecimiento emocional de la paciente? ¿En qué se diferencia su uso dentro de la DMT y dentro del proceso de una arte terapia? ¿Había alguna relación entre el proceso emocional seguido por Laura y su uso progresivo del color? ¿Puede tener algún significado el hecho de que sus imágenes fueran inicialmente muy simples, casi icónicas, y posteriormente se volvieran tan penetrantes y simbólicas? ¿Existía alguna relación entre los temas que aparecían en sus dibujos y aquellos que estaban siendo expresados directa o indirectamente de otra forma, a través de la comunicación verbal o en movimiento? Podrían formularse otras muchas preguntas y directrices a seguir. Mis reflexiones constituirán más un intento de suscitar algunas cuestiones significativas que de encontrar respuestas definitivas, dado que pienso que la relación entre las diferentes expresiones artísticas dentro de un proceso terapéutico es bastante compleja y exige una mayor investigación dentro del ámbito de las terapias expresivas.

Parece evidente que el uso de los dibujos por parte de Laura fue cambiando a lo largo del proceso terapéutico, dado que los fue abordando con diferentes propósitos y de diferentes formas. El uso inicial del papel y el lápiz parece haber supuesto una forma de protegerse contra el miedo a la experiencia del movimiento. Al igual que otras víctimas de abusos sexuales durante la niñez, Laura encontró en la expresión visual una protección contra unas emociones arrolladoras y una forma de comunicarse sin peligro.

En muchas ocasiones, los dibujos de Laura constituyeron un primer paso en dirección al movimiento y a la verbalización. También

lidad fluida e inaprensible de la experiencia del movimiento. Utilizando los conceptos de Schaverien, pienso que sus dibujos iniciales (2 al 4) son de una naturaleza «diagramática», dado que representan sensaciones o percepciones, pero no una emoción real, en tanto que los últimos dibujos (8 al 13) son de una naturaleza «encarnada», pues representan emociones vivenciadas a través del cuerpo y de la psique. Desde la perspectiva jungiana de Schaverien, los dibujos «encarnados» (*embodied*) remiten a un ámbito arquetípico y ponen de manifiesto la vida psíquica del paciente en proceso de transformación (Schaverien, 1999, p. 5). Además, sus dibujos iniciales pueden considerarse «diagramáticos» por el hecho de ser descriptivos, un instrumento de comunicación sin más. En consecuencia, necesitan ser explicados, dado que representan una idea mental determinada previamente conocida por el artista. Por otro lado, las características simbólicas de los dibujos 10 al 12 trascienden lo conocido conscientemente, no son sólo una explicación gráfica sino una experiencia emocional, a veces difícil de expresar con palabras. Sus últimos dibujos poseen la cualidad numinosa propia de una «imagen encarnada», constituyen «una presencia» (Schaverien, 1999, pp. 86-105). Si una imagen encarnada es «aquella que encarna la transferencia» (Schaverien, 1999, p. 5), por mi parte me atrevería a ampliar esta idea y decir que las imágenes encarnadas de Laura son aquellas que muestran el resultado de su encuentro con sus transferencias y el proceso de transformación que vino a continuación.

El concepto de «imagen encarnada» que propone Schaverien puede llevarse todavía más en lejos dentro del proceso de DMT presentado. El concepto de encarnación no sólo se refiere a la cualidad numinosa de la imagen (ibíd.), sino al proceso real de entrar dentro del cuerpo, de darle forma o movimiento a una imagen o de encontrar una imagen dentro del propio movimiento. En otras palabras, en el proceso que acabo de describir, las imágenes encarnadas no aparecen únicamente a través del dibujo. Su presencia o su paso pueden verse a través del cambio de postura del paciente, de un uso distinto del cuerpo o de un nuevo perfil de movimiento. Al principio, los dibujos fueron su primera expresión artística, dado que Laura necesitaba acceder a su cuerpo de una forma muy indirecta. Al cabo de un tiempo, los dibujos la llevaron al movimiento y después se convirtieron no tanto en un catalizador de éste, cuanto en una forma de registrar la experiencia kinestésica, un medio de plasmar la trascendencia.

Utilizados como un mecanismo de defensa durante las primeras sesiones, los dibujos le permitieron a Laura controlar nuestra relación, hablar de sí misma sin correr el riesgo de la impredecibilidad propia de una improvisación coreográfica. Cuando empezó a moverse, lo hacía de una forma rígida y mecánica, y sus correspondientes expresiones pictóricas eran icónicas, constituían meros registros gráficos que se correspondían directamente con lo que quería representar (dibujos 2 al 4). En la expresión simbólica que hizo su aparición mucho más adelante, el significado de la imagen ya no es tan simple, no se presta a una sola lectura inmediata, como en sus primeros dibujos. Tal vez sea significativo que en estos dibujos simbólicos aparezca el uso del color, sugiriendo que Laura había reemplazado las imágenes oscuras de su depresión por otras más positivas y esperanzadas. Feder menciona que, para muchos arte terapeutas, el color está relacionado con las emociones y, efectivamente, parece que éste surgió de hecho cuando se produjo una liberación de la creatividad de Laura y de sus emociones sepultadas (Feder, 1981, pp. 57-58).

Cuanto más avanzaba Laura en sus *insights* y en la conciencia de sí misma, más reemplazaba su expresión pictórica por secuencias de movimientos, primero conmigo, y después por sí sola. Ello fue posible cuando la fase fusional y dependiente fue sustituida por un período más independiente, donde finalmente tuvo cabida la expresión simbólica. En nuestra relación diádica, adapté mi forma corporal (*body shape*), mi ritmo o mi respiración a la suya, al tiempo que invitaba a Laura a tomar la iniciativa y la tranquilizaba. Paulatinamente apareció el espacio lúdico entre ella y yo (Winnicott, 1971) y Laura comenzó a ocupar el centro de la habitación, a tomar sus propias decisiones y a desarrollar su imaginación y su expresión simbólica.

Supongo que el papel de los dibujos en este proceso de DMT es diferente del que adopta en un proceso de arte terapia, dado que los dibujos parecen haber sido para Laura principalmente una preparación inicial de cara al movimiento y después un eslabón entre el movimiento y la toma de conciencia, entre el movimiento y la verbalización. Laura no se involucró de forma exclusiva en un proceso de exploración creativa a través del medio pictórico, como podría haber sido el caso de haberse utilizado un enfoque arte terapéutico. Los dibujos se utilizaron principalmente como una transición en dirección al movi-

con las vivencias transformadoras que tenían lugar a través del movimiento. En realidad no fui yo la que eligió este enfoque, sino que me vi guiada por Laura, cuyo miedo a moverse era tan paralizador que sugerí que podía hacer uso de los dibujos durante el período inicial encaminado a establecer una relación terapéutica.

Pienso que podrían hacerse algunas otras reflexiones adicionales sobre las diferencias y los puntos en común entre un dibujo, un movimiento que pretende expresar un dibujo y un dibujo que pretende expresar un movimiento. Los dibujos en DMT parecen ayudar a registrar emociones o imágenes que aparecen en el transcurso del movimiento. Puede ser importante, en el caso de algunos pacientes, disponer de una secuencia de dibujos a propósito de experiencias que, de lo contrario, podrían ser disociadas nuevamente. Reflejadas en el papel, es posible volver a verlas, expresarlas con palabras y «digerirlas» mejor. Los dibujos le ayudaron a Laura en primer lugar a atreverse a moverse, en segundo lugar a comprender sus experiencias en movimiento y a verbalizarlas y, en tercer lugar, a desarrollar su imaginación personal a través de una expresión motriz más compleja, en virtud de la cual se produjo una liberación de los viejos traumas y emociones. En relación con la verbalización, los dibujos tuvieron un doble uso: sustituyeron a las palabras cuando el uso de la comunicación verbal hubiera sido prematuro o dificultoso, y más adelante prepararon el terreno para la capacidad de dar nombres, de adjetivar, de explicar emociones o de desarrollar una narración. Partiendo del estado indiferenciado de los primeros dibujos, Laura pudo finalmente desprenderse de sus imágenes plásticas y kinésicas y verbalizar su mundo interior. «Cuando el momento (*timing*) es oportuno, la palabra ofrece la posibilidad de separarse del estado indiferenciado; la palabra puede entonces impulsar la toma de conciencia (*insight*)» (Schaverien, 1999, p. 105).

Pienso que me mantuve siempre dentro de los límites de un proceso de DMT, dado que el movimiento constituyó la forma principal de relación y la observación del movimiento mi principal herramienta de trabajo. Aun cuando no hubiera ningún movimiento, su ausencia se consideraba significativa y era interpretada, al igual que interpreté la necesidad que tenía Laura de refugiarse en los dibujos, su posición con respecto a mí mientras dibujaba, el espacio ocupado en la habitación, su postura, su forma corporal (*body shape*) y su flujo corporal

desviación del movimiento, cuanto más bien un primer paso en dirección al mismo. De hecho, Knill señala que tanto el dibujo como el movimiento incluyen impresiones sensomotrices y táctiles (Knill, 1994, p. 322). Por mi parte, no interpreté los dibujos de Laura como un arte terapeuta podría haberlo hecho; me serví de las técnicas de observación del movimiento para comentar la forma en que utilizaba su cuerpo mientras dibujaba, los movimientos que realizaba mientras hablaba acerca de un dibujo que acababa de hacer. Así fue, de hecho, como ayudé a Laura a hacer la transición de la expresión plástica a la expresión cinética. Yo reflejaba en espejo su postura y sus gestos mientras dibujaba y mientras me describía sus dibujos. A veces yo exageraba alguno de sus movimientos o bien le pedía que los completara.

Laura empezó a moverse mientras permanecía sentada en la silla, como una forma de clarificar las emociones que acababa de representar en imágenes. La invitación a levantarse y a moverse vino como una prolongación de los movimientos en la silla, y pienso que esta preocupación por pasar al movimiento no estaría presente en un proceso arte terapéutico normal. En el caso de Laura, el uso de las imágenes plásticas y kinésicas la ayudó a desplegar gradualmente su imaginación y a crear su mundo simbólico. Las imágenes de Laura se «encarnaron» cuando la ayudaron a darle formas y nombres a su vida interior. Las imágenes se convirtieron más adelante en símbolos y la vida psíquica de Laura fue capaz de moverse junto con estas imágenes y de crear otras nuevas. Me parece que los métodos pueden ser utilizados o compartidos más allá de las fronteras estrictas de las terapias expresivas. Pienso que lo importante es la forma en que el terapeuta utiliza el medio o la herramienta principal, su grado de fidelidad al enfoque principal, y su claridad de ideas en lo referente al propósito de combinarlos con otras modalidades de expresión artística en beneficio del paciente.

Este capítulo pone de relieve que es posible mejorar la percepción que una paciente tiene de sus bloqueos físicos y emocionales, y superar así un estado de *alexitimia* y agorafobia facilitando formas no verbales de comunicación e interacción con el terapeuta. La progresiva conciencia corporal de Laura se convirtió en una expresión de su condición de mujer y permitió la erupción de una importante producción simbólica a través de la cual pudo trabajar algunos de sus traumas y

emociones suelen estar presentes en las mujeres adultas que han sido víctimas de abusos sexuales durante la niñez (Blume, 1990), pero son muy difíciles de elaborar. Reconocerlas puede significar una ruptura en el sistema defensivo que estas mujeres han encontrado con objeto de poder mantener una vida aparentemente normal. El uso de la imaginación activa y del poder curativo de las imágenes personales y colectivas, como defiende Jung, ha sido ampliamente comprobado por los terapeutas que trabajan con esta población (Chodorow, 1991; Bernstein, 1995; Levy, 1995).

El estudio que acabo de presentar ofrece cierta evidencia sobre la validez de las imágenes a la hora de trabajar con las psiques y los cuerpos de mujeres maltratadas y de reconstruir un sentido más integrado de la feminidad. Este estudio ejemplifica igualmente el uso combinado del movimiento y el dibujo como una forma de alentar a los pacientes y permitirles utilizar diferentes medios no verbales de expresión al tiempo que elaboran los recuerdos dolorosos en dirección a una mayor integración y comprensión. Me gustaría añadir finalmente que es necesario proseguir la investigación sobre la utilización de los dibujos en DMT, dado que la expresión plástica en este caso adopta una dimensión diferente a la que adquiere en la pictoterapia propiamente dicha.

7. Referencias bibliográficas

- Ambra, L. N. (1995), «Approaches used in Dance Movement Therapy with Adult Women Incest Survivors», *American Journal of Dance Therapy*, 17, 1, pp. 15-24.
- Amighi, J., Loman, S., Lewis, P., et al. (1999), *The Meaning of Movement Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Amsterdam, Gordon and Breach Publishers.
- Bernstein, P. (1995), «Dancing beyond Trauma: Women Survivors of Sexual Abuse», en: F. J. Levy, J. P. Fried y F. Leventhal (eds.), *Dance and Other Expressive Arts Therapies: When Words are Not Enough*, Londres, Routledge.
- Bifulco, A. y Harris, T. (1991), «Loss of Parent in Childhood, Attachment Style, and Depression in Adulthood», en: Colin Murray Parkes y John S.

simbólica a través de la cual pudo trabajar algunos de sus traumas y emociones reprimidas, tales como la agresividad y la tristeza. Estas

- Blume, E. S. (1990), *Secret Survivors: Uncovering Incest and its After-effects in Women*, Nueva York, Wiley.
- Chodorow, J. (1991), *Dance Therapy & Depth Psychology. The moving imagination*, Londres, Routledge.
- Clarkson, P. (1995), *The Therapeutic Relationship*, Londres, Whurr Publishers.
- Cohen, B. B. (1993), *Sensing, Feeling and Action*, Barckley, North Atlantic Books.
- Everstine, D. S. y Everstine, L. (1992), *Child Sexual Trauma in Children and Adolescents - Dynamics and Treatment*, Nueva York, Bruner & Mazel Publishers.
- Feder, E. y Feder, B. (1981), *The Expressive Arts Therapies. Art, Music and Dance as Psychotherapy*, Nueva Jersey, Prentice-Hall.
- Finkelhor, D. (1979), *Sexually Victimized Children*, Nueva York, Free Press.
- Finkelhor, D. (1984), *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*, Nueva York, Free Press.
- Frosh, S. y Glaser, D. (1988), *Child Sexual Abuse*, Londres, McMillan Education.
- Gilham, B. (1991), *The Facts about Child Sexual Abuse*, Londres, Cassel.
- Gordon, Rosemary (1985), «Imagination as Mediator between Inner and Outer Reality», *The Arts in Psychotherapy*, 12, pp. 11-15.
- Helmich, Jennifer (1999), «Dance Movement Therapy with Adults Who Experienced Sexual Abuse in Childhood: the Early Phase of Recovery», en: *Dance Therapy Collections*, Australia, ADTAA.
- Holme, P. (1992), *The Inner World Outside: Object Relations Theory and Psychodrama*, Londres, Routledge.
- Johnson, D. R. (1985), «Envisioning the Link among the Creative Arts Therapies», *The Arts in Psychotherapy*, 12, pp. 233-238.
- Johnson, D. R. (1987), «The Role of the Creative Arts Therapies in the Diagnosis and Treatment of Psychological Trauma», *The Arts in Psychotherapy*, 14, pp. 7-13.
- Johnson, D. R. (1991), «On Being One and Many», *The Arts in Psychotherapy*, 18, pp. 1-5.
- Johnson, D. R. (1998), «On the Therapeutic Action of the Creative Arts Therapies: the Psychodynamic Model», *The Arts in Psychotherapy*,

- Nueva York, Pantheon Books; trad. castellana en: *Obras Completas*, Madrid, Trotta.
- Knill, P. J. (1994), «Multiplicity as a Tradition: Theories for Interdisciplinary Arts Therapies - an Overview», *The Arts in Psychotherapy*, 21, 5, pp. 319-328.
- Levy, F. J., Fried, J. P. y Leventhal, F. (eds.) (1995), *Dance and Other Expressive Arts Therapies: When Words are Not Enough*, Londres, Routledge.
- Limmer, E. (1995), *The Body Language of Illness*, Spokane, Evergreen Press.
- Liotti, G. (1993), «Insecure Attachment and Agoraphobia», en: Colin Murray Parkes y Joan Stevenson (eds.), *Attachment across the Life Cycle*, Londres, Routledge.
- McDougall, J. (1989), *Theatres of the Body. A Psychoanalytical Approach to Psychosomatic Illness*, Londres, Free Association Books; trad. castellana: *Teatros del cuerpo*, Madrid, Julián Yébenes.
- McNiff, S. (1981), *The Arts and Psychotherapy*, Springfield, IL, Charles Thomas.
- Meekums, B. (1995-1996), «The Dilemma of Embodiment for Survivors of Child Sexual Abuse», *ADMT Newsletter*, VII, 4, pp. 8-10.
- Miller, A. (1990), *El saber proscrito*, Barcelona, Tusquets.
- North, M. (1972), *Personality Assessment through Movement*. Plymouth, MacDonald & Evans; 1990, Plymouth, Northcote House Publishers Ltd.
- Parker, C. M. (1993), «Attachment, Bonding, and Psychiatric Problems after Bereavement in Adult Life», en: Colin Murray Parkes y Joan Stevenson (eds.), *Attachment across the Life Cycle*, Londres, Routledge.
- Radke-Yarrow, M. (1993), «Attachment Patterns in Children of Depressed Mothers», en: Colin Murray Parkes y Joan Stevenson (eds.), *Attachment across the Life Cycle*, Londres, Routledge.
- Schiffrin, J. (1999), *The Revealing Image*, Londres, Jessica Kingsley.
- Siegel, S. L. (1984), *Dance Movement Therapy: Mirror of Ourselves*, Nueva York, Human Sciences Press.
- Wainscot, D. W. (1962), «Ego Integration and Child Development», en: *The Maturation Process and the Facilitating Environment - Studies in the Theory of Emotional Development*. Londres, Hogart; trad. castella-

- Weltman, M. (1986), «Movement Therapy with Children who have been Sexually Abused», *American Journal of Dance Therapy*, 9, pp. 47-66.
- Winnicott, D. W. (1971), *Playing and Reality*, Londres, Tavistock; trad. castellana: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.
- Woodman, M. y Dickson, E. (1996), *Dancing in the Flames: The Dark Goddess in the Transformation of Consciousness*, Dublín, ColourBooks.

7. La Danza Movimiento Terapia y sus aplicaciones con los adultos mayores

Dra. Rosmarie Cammany Dorr

Este capítulo tiene como objetivo acercar al lector/a a las características específicas que definen el escenario de la persona senescente. Conocerlas ayuda a comprender la eficacia que ha demostrado la intervención psicoterapéutica a través de modalidades artísticas, en este caso la DMT.

1. El proceso de envejecimiento. Características

El envejecimiento es una característica de nuestra especie: en el reino animal no existe, pues la presión en la cadena trófica da lugar a que la mínima pérdida de capacidad funcional implique la depredación de la especie superior. En este sentido, cuando hablamos de envejecimiento en el ser humano, debemos diferenciar varios conceptos:

- Vejez
- Envejecimiento
- Vejez social
- Edad cronológica
- Edad biológica
- Edad psicológica

Si bien el concepto de *vejez* corresponde con aquella etapa socioló-

ne ninguna instauración automática de pérdida de funcionalidad y pérdida necesaria del rol. En nuestra cultura, y en relación con épocas anteriores o ámbitos rurales concretos, la persona mayor acostumbra a perder lo que se ha denominado los tres poderes:

- *El poder de prestigio y autoridad.* El conocimiento pretécnico y experimental está subvalorado en nuestra sociedad (especialmente la urbana).
- *Poder económico.* También es frecuente en nuestro ámbito social establecer un trato diferencial entre personas mayores que mantienen su poder económico y aquellas otras que con la misma condición cronológica tienen una peor situación económica.
- *Poder de referencia.* En las comunidades rurales, la memoria histórica y la transmisión oral tienen aún un valor de referencia; en cambio, este valor no existe en el ámbito urbano. El paso de una situación de remuneración activa a una retributiva supone un proceso de pérdida del valor adquisitivo.

El concepto de vejez no es único, por lo que para poder entender su realidad deberíamos diseccionarlo en sus partes integrantes, pertenecientes a los ámbitos biológico, psicológico y sociocultural.

El *envejecimiento* es un proceso psicobiológico con pérdida de función progresiva e irreversible. Es intraindividual, heterogéneo, asincrónico y acumulativo, traduciendo progresivamente en hipofuncionalidad, fragilidad y predisposición a una reducción de la homeostasis, a un aumento del catabolismo sobre el anabolismo y a la pérdida de autonomía, capacidad adaptativa o independencia. Se empieza a envejecer en el mismo momento de nacer, y los primeros signos aparecen a partir de los 30 años. Así pues, en el proceso de envejecer se trata de retardar al máximo las consecuencias negativas de la pérdida de función. No se trata de una enfermedad, pero sí se debe decir que debilita al individuo y favorece que pueda caer enfermo de forma aguda o crónica.

La *vejez social* se conceptualiza por una retirada con respecto a las funciones sociales y culturales, en la que destaca la jubilación. En ésta se sustituye el salario (obtenido como un producto más o menos compensador de la fuerza de trabajo) por la pensión de jubilación, percibida en un acto pasivo. En esta transición de salario a pensión se crea

gica posterior a la fecha de jubilación, el hecho de ser viejo/a no supo-

interés sociológico y que conductualmente se pueden traducir en los diferentes roles que ostentan los jubilados/as.

Una tendencia que se produce en esta transición es la hipovaloración progresiva de utilidad como individuo y el incremento del sentimiento de dependencia. Hay que tener en cuenta las vivencias de aislamiento y desarraigo, especialmente en las personas procedentes del ámbito rural que se trasladan a la ciudad por diferentes razones.

Debemos distinguir la *edad cronológica*, entendida como la acumulación de unidades arbitrarias de tiempo vividas y que se asocia a la edad de jubilación, de la *edad biológica*, la cual nos indica la situación del sujeto respecto a su potencial de mantenimiento de vida, es decir, el índice biológico de su proceso vital, el cual está vinculado a la herencia genética y a la biografía de salud del individuo. La *edad psicológica* vendría determinada por el grado de capacidad adaptativa que ha desarrollado el sujeto frente a las exigencias de su medio ambiente en referencia a sus factores intelectuales y componentes de su personalidad.

2. Bio-psico-sociología del envejecimiento

2.1 Aspectos biológicos

A pesar de los esfuerzos de numerosos gerontólogos experimentales, no se ha encontrado una explicación al proceso de envejecer que aclare satisfactoriamente todas las etapas de éste y que, además, sea aceptado de forma universal. A continuación se exponen las principales teorías que dan soporte a este proceso; no obstante, ninguna de ellas es concluyente, si bien conjuntamente ofrecen una visión globalizadora del proceso.

2.1.1 El envejecimiento como resultado de la interacción entre organismo y medio ambiental

Miquel (1990) nos describe que el envejecimiento es siempre el resultado del intercambio entre materia y energía y el medio ambiental. Dicho autor niega el envejecimiento intrínseco, ya que el organismo permanece vivo por el resultado de este intercambio. Se hipotetiza la influencia que ejercen el oxígeno, la temperatura y los diversos com-

2.1.2 Teorías basadas en el envejecimiento de órganos y sistemas

Estas teorías defienden la pérdida de rendimiento fisiológico y las alteraciones anátomo-patológicas que tienen lugar en muchos órganos por el paso del tiempo. La disminución progresiva de la capacidad homeostática del individuo da lugar a una reducción funcional de la mayoría de los sistemas fisiológicos. Los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos tienen un gran protagonismo en la regulación de la fisiología orgánica.

2.1.3 Teorías del envejecimiento celular

Esta teoría, defendida por Hayflick (1980), describe que existe una duración determinada de las células humanas. Este límite está registrado genéticamente en la molécula de ADN. Según este autor, los fibroblastos humanos pierden su capacidad mitótica cuando llegan a 50 divisiones en un cultivo.

2.1.4 Teorías moleculares del envejecimiento

Estudios experimentales realizados en diferentes especies demuestran que los mecanismos de la biología celular en el envejecimiento no son muy diferentes entre una especie y otra. Miquel, ya en 1979, nos mostraba que las alteraciones más importantes encontradas a nivel subcelular producidas por el envejecimiento son una desorganización estructural que se acompaña de una amplia variedad de alteraciones bioquímicas. Dentro de las teorías moleculares destacan la teoría de la lesión mitocondrial por radicales libres (Miquel, 1990) y la teoría de la mutación genética y el error catastrófico en la síntesis de proteínas.

En este marco de teorías, hemos de diferenciar lo que es el envejecimiento fisiológico del patológico. El proceso de envejecimiento es el resultado de una multitud de factores endógenos y exógenos. Entre los factores endógenos que inciden en la longevidad de cada individuo estaría el género, la etnia y la herencia. Como factores externos destacarían los que tienen un gran protagonismo en el descenso de la esperanza de vida como son la obesidad, la falta de higiene y los hábitos tóxicos. El envejecimiento patológico empieza cuando las variables homeostáticas del cuerpo llegan a un punto de fragilidad e inces-

Las principales alteraciones morfológicas y funcionales que se dan en el cuerpo humano en el envejecimiento no son homogéneas ni sincrónicas. Es decir, cada sistema funcional presentaría su ritmo de envejecimiento. No obstante, los principales cambios que se observan son:

- Variaciones en el peso corporal: disminuye el H₂O corporal y aumenta la grasa y su acumulación en tronco y abdomen.
- Modificación de la estatura y el contorno corporal: la talla disminuye por la osteoporosis en columna vertebral, así como el diámetro de la espalda y el diámetro anteroposterior del tronco.
- Modificaciones en la piel: aparición de arrugas por disminución de la grasa subcutánea, disminución de la elasticidad y alteración en la síntesis de melanina.
- Disminución de la capacidad cardio-circulatoria y pérdida de la elasticidad de las arterias (hipertensión).
- Disminución de la capacidad respiratoria, así como el volumen de aire absorbido.
- Disminución de la capacidad concentradora y diluyente renal: reducción del tamaño de los riñones y del flujo plasmático.
- Cambios nutricionales: disminución de la necesidad de ingesta a causa de una menor actividad. La desnutrición es frecuente por déficit nutricional y vitamínico por causas psicológicas (depresión) y sociológicas (aislamiento). Además, existe una pérdida de la capacidad de absorción y digestión de los alimentos.
- Alteraciones sensoriales:
 - vista: reducción de la percepción luminosa y dificultad en localizar los objetos (o muy próximos o muy lejanos = presbiopia).
 - oído: pérdida de la audición selectiva con mayor afectación en la percepción de sonidos de alta frecuencia (agudos = presbioacusia).
 - motricidad física y global: la motricidad es mucho más lenta, el sujeto se fatiga más rápidamente y necesita más tiempo de recuperación. Estos cambios son el resultado de la disminución de la capacidad sensorial y de la fuerza muscular, así como del aumento del tejido graso, la inflamación del hueso por la osteoporosis (osteoporosis) y la presencia

- modificaciones en el tejido óseo por disminución de su solidez debido a la osteoporosis, dando como resultado una disminución de la frontera para que se produzca una rotura ósea.
- modificaciones en la función sexual: en términos generales, existe un debilitamiento de la respuesta sexual con la edad, lo que no supone su desaparición.

2.2 Aspectos psicológicos

En el envejecimiento, todas nuestras conductas y experiencias se encuentran determinadas por procesos psicológicos que fundamentalmente son debidos a cambios sensoro-perceptivos en la memoria, la inteligencia, el aprendizaje, la capacidad cognitiva y la creatividad. Es importante resaltar la importancia que tiene no tan sólo mantener un nivel estimulativo adecuado para que las capacidades intelectuales persistan operativas en la persona senescente, sino tener la motivación de persistir en el uso de las mismas. El mantenimiento estimulativo frena o retrasa su involución. La estimulación ambiental tiene un papel preponderante en cuanto que facilita la movilización psíquica y física del sujeto.

2.2.1 La memoria

Las pérdidas más importantes se concentran en la entrada de datos o en la fijación de las impresiones sensoriales. En relación con la memoria de corto y largo plazo, parece que la primera es la que resulta más afectada. No obstante, nuevas investigaciones afirman que lo afectado es la totalidad de la memoria en sus tres etapas: entrada de datos, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

2.2.2 La inteligencia

Horn y Cattell (1966, 1977) proponen la existencia de dos formas de inteligencia, una fluida y otra cristalizada. La primera depende de la genética, está poco influida por la cultura y representa la capacidad de evolución y adaptación rápida a las situaciones nuevas. La inteligencia cristalizada vendría dada por la capacidad resultante del proceso de educación, aprendizaje y culturalización, así como por la cantidad

disminuiría con la edad, mientras que la cristalizada aumentaría con los años por ser fruto de la experiencia.

2.2.3 La capacidad de aprendizaje

Según Lehr (1980), las disfunciones de los sujetos de edad en el proceso de aprendizaje afectan principalmente a la apercepción o percepción de las situaciones, la retentiva próxima y la formación de una huella persistente. No obstante, investigaciones más recientes defienden que uno de los aspectos más importantes en el aprendizaje es la motivación y la imagen de los contenidos del aprendizaje.

2.2.4 Creatividad

Si tenemos en cuenta la necesidad de seguridad psicológica otorgada por la satisfacción de las principales necesidades básicas de todo ser humano (comida, cobijo, bienestar físico y emocional) como uno de los requisitos para el desarrollo de la actividad creativa, veremos con qué elevada frecuencia la carencia de estos requisitos está en la persona senescente. La falta de recursos económicos, junto a una vivencia de desvinculación con un entorno social que no posee sus mismos intereses, impide la posible canalización de su capacidad creativa. Cabe reflexionar en la percepción generalizada de una CREATIVIDAD en letras mayúsculas, ejercida por artistas, científicos y filósofos, y en la poca valoración que existe de una creatividad en letras minúsculas, ejercida en situaciones comunes de la vida cotidiana como son la preparación de una comida, la realización de unos ejercicios físicos o jugar una partida de cartas. Es importante poder valorar una creatividad general en mayúsculas que no tan sólo estime el producto de dicha actividad creativa, sino el proceso (medio, participación, motivación) del mismo. No obstante, considerada la situación frecuente de precariedad de esta función cognitiva en la persona de edad, dada la escasez de recursos tanto de carácter individual —por carecer del conocimiento de los mismos— como socioeconómico y cultural, cabe señalar que la creatividad no tiene edad. Contrariamente, algunos autores manifiestan la presencia de la sensación de imposibilidad de crear llegados a esta etapa de la vida. Karen Horney (1950) describe este sentimiento en personas que han tenido una grandiosa percepción de ellos mismos y de sus posibilidades: la no realización de las mismas los ha llevado a un

Numerosos autores han estudiado este fenómeno de la dualidad de la percepción propia como grandiosa o de fracaso. La experiencia nos demuestra que numerosas personas pueden empezar a ser creativas entradas en edad si son capaces de descartar grandes expectativas.

Otro hecho presente en la actividad creativa es que no sigue un ritmo constante con la productividad de la misma. Períodos de gran creatividad alternan con períodos de estudio, aprendizaje, observación e incluso meditación. Tal es el caso, por ejemplo, de Miguel Ángel, el cual fue muy activo hasta la edad de 40 años; hizo la Piedad a la edad de 25 años, el David a los 29, la Capilla Sixtina a los 37, y completó el Moisés a los 40. De los 40 a los 55 no realizó prácticamente nada para, a partir de cumplida esa edad, continuar produciendo obras maestras hasta el final de sus días.

Butler (1967) subraya cómo numerosos hombres han tenido una larga vida y han sido productivos hasta el final. Menciona como personajes ilustrativos de creatividad persistente ya entrados en edad a Sófocles, Miguel Ángel, Cervantes, Goethe, Verdi, Tolstoi, Freud, Churchill y Picasso, entre los más importantes. Debemos cuestionarnos las capacidades y condiciones que les rodearon para llevar a cabo la actividad creativa ya en su vejez. Seguramente muchos de los factores anteriormente expuestos, tanto en el aspecto individual como en el contexto cultural, estuvieron presentes. Lo que es cierto es que la creatividad tiene un efecto saludable en la persona creativa. Incluso podemos afirmar que las alteraciones en la memoria son poco prominentes en personas creativas de edad avanzada, y si existen son fácilmente compensadas por otros factores como son la amplia capacidad de visualización y la facilidad de sus poderes asociativos.

2.2.5 Personalidad

Como estructura funcional psicológica, de base genética y sujeta a la influencia ambiental y al proceso de aprendizaje, responsable del estilo de comportamiento del sujeto, se pondrá a prueba frente a los diferentes estímulos que desde un ámbito social incidirán en la persona de edad. El narcisismo queda afectado por los diferentes cambios corporales ocurridos en contra de su voluntad. El proceso de adaptación a los cambios bio-psico-sociales que irán ocurriendo en el proceso de envejecimiento será positivo cuando exista un equilibrio entre la asimilación de su situación en relación con el entorno y la acomodación

A continuación, destacaremos tres procedimientos que aparecen frecuentemente en la persona de edad, fruto de la dificultad de adaptación a los cambios que ocurren en el proceso de envejecer y que actúan como preservadores de la integridad del ego cuando vivencian amenazas de desestructuración.

- *La regresión.* Renuncia del sujeto a sus intereses actuales, orientando sus deseos y objetivos a épocas tempranas en su proceso psicoevolutivo.
- *El aislamiento.* Distanciamiento de las vivencias afectivas cuando se hallan asociadas a elevados niveles de ansiedad. La pregunta es: ¿qué es primero: la necesidad progresiva de aislamiento por parte de la persona mayor determinada por el mismo proceso de envejecer, o bien el resultado de vivir una marginación social?
- *Negación.* No querer aceptar la realidad negando su evidencia.

2.2.6 Concepto de crisis, soledad, miedo y muerte

Crisis proviene del vocablo griego «krinein», que significa separar o rescindir. Toda crisis posee dos propiedades. Una es de inmediatez emocional, generalmente traumática y angustiante, que acostumbra a conllevar un cambio producto de una pérdida o renuncia. Este cambio altera el equilibrio relativo alcanzado. Su otra propiedad es la reinterpretación de la realidad, que nos obliga a buscar un sentido a la situación, dilucidando lo esencial de la misma. Esta propiedad nos permite madurar y crecer como personas.

A lo largo de la vida se presentarán dos tipos de crisis: las previsibles y las imprevisibles. Las primeras, aunque nos sorprenden cuando acontecen, son aquellas en las que existe una racionalización de la seguridad de que aparecerán: muerte de familiares, amigos, enfermedades, situaciones de incompreensión, incluso nuestra propia muerte. Las crisis imprevisibles son aquellas que acontecen por sorpresa tanto racional como emocional.

Los primeros síntomas externos de la vejez, la pérdida progresiva funcional e intelectual, la muerte de la pareja, la pérdida de los amigos de la misma cohorte, así como la jubilación, pueden desencadenar una crisis de identidad en la persona senescente que conllevará una situación de aislamiento y soledad. La oportunidad de una formación posterior

ción y para la vivencia del individuo en cada instante, revalorizando lo esencial y ayudando a vivir un mejor ahora.

2.2.7 La comunicación y la expresión

La valoración del ser humano como instrumento de comunicación (Bateson, 1965), equipado de órganos sensoriales, órganos efectores, transmisores internos y cerebro, nos lleva a la comprensión holística (integración de psique y soma) del acto comunicativo. Es a partir de aquí donde el cuerpo como elemento comunicativo toma relieve, considerándose más natural que el lenguaje y, por tanto, con una expresión más primitiva y verdadera (Birdwhistell, 1968). Si bien Birdwhistell llega a identificar que el 80% de información emocional en cualquier tipo de interacción proviene del componente no verbal que opera en la misma, es importante la valoración del contexto y la cultura en la que tiene lugar la interacción, dada la variabilidad de significados existentes bajo los mismos significantes (Birdwhistell, 1970).

En la persona mayor observamos la existencia de alteraciones sensorio-perceptivas, actitudes al respecto (negación, evitación, etcétera), temor a la expresión de sentimientos y pensamientos por sus posibles consecuencias en las áreas afectiva, familiar, de seguridad, económica e institucional, así como una afectividad lábil por la situación de pérdida emocional masiva que supone el envejecimiento en su dimensión bio-psico-social. Estas circunstancias implican una disminución de la capacidad comunicativa del sujeto. Se hace preciso entonces potenciar los canales de recepción de sus necesidades, inquietudes y sentimientos. Para ello se han de valorar todas las expresiones kinésicas, gestuales, posturales y/o artísticas como elementos informativos integrantes de la persona. La capacidad empática es la cualidad esencial que permite la apreciación del individuo y su estado emocional. Por tanto, es importante cuando nos comunicamos con un sujeto de edad:

- La observación del sujeto: lugar que ocupa en el espacio, expresión facial, tono de voz, actitud, postura y movimiento corporal.
- La valoración del estado emocional.
- Recogida de información, demandas o expresión realizada.
- Ser congruentes y sincrónicos en la respuesta emitida verbal y preverbal.

2.2.8 Vías para la longevidad

Son tres los ejes por los que circulan las posibilidades de conseguir una saludable vejez:

- Dotación genética que se continúa con una óptima prevención y mantenimiento de la salud.
- Estilo de vida orientado a la actividad y creatividad en positivo, manteniendo una actitud de sujeto frente a la existencia sin rendirse nunca a las adversidades, sabiéndose adaptar a las circunstancias en un sentido piagetiano, es decir, la adaptación como capacidad de adecuación inteligente al medio. Mantener activas las capacidades funcionales e intelectuales y la motivación de persistir en la importancia de esta actividad para retrasar lo más posible su deterioro.
- Aprovechamiento y mejora del contexto socioambiental y ecológico en el que se encuentra el individuo, dada la importancia del contexto ubicacional a lo largo de todo el proceso de envejecimiento. La aplicación de medidas preventivas es aconsejable e imprescindible por el riesgo potencial que supone su transgresión.

2.3 Aspectos sociológicos

Dentro del campo de las ciencias de la salud, son numerosos los estamentos profesionales que han elaborado teorías con el objetivo de explicar la influencia que en el senescente tienen los factores sociales y culturales. Cummings y Henry (1961) son partidarios de la teoría de la desvinculación. La ancianidad como etapa se define por una reducción de la integración en el tejido social, reelaborando el senescente un nuevo equilibrio orientado a un desacoplamiento del resto de la colectividad. Lawton y Simon (1968) definen la teoría de la dependencia ambiental. Para estos autores la capacidad de transformación de la realidad disminuye con la edad, siendo el sujeto más frágil respecto al contexto.

Rose (1965) es partidario de la teoría de la subcultura. Para él la relación de las personas mayores entre sí favorece la génesis de una subcultura, la cual se encuentra propiciada por el tipo de estructura fun-

teniendo éstas una función sobre los efectos más que sobre las causas de la desigualdad. Lawton (1986) es partidario del modelo ecológico, lo cual recuerda la teoría de Piaget. Para Lawton cada etapa evolutiva implica conseguir una homeostasis entre las capacidades aptitudinales manifiestas y las condiciones del contexto. De la resultante de esta interacción se producirá un mayor o menor equilibrio adaptativo. Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) subrayan que la personalidad en el individuo senescente se hace más consistente y estable. Como consecuencia, se estructurarán una serie de tipologías básicas de ancianos.

Para Pastalan (1970), el proceso de envejecimiento implica un cúmulo de déficits y pérdidas que en la práctica se traduce en una disminución del espacio vital. Blau (1975) expresa la teoría de la actividad. Para este autor, con la llegada de la jubilación, si se mantiene o incrementa el sentimiento de utilidad, la pérdida narcisística es menor, lo que favorece una estabilidad del «self» al reducir la frustración de la pasividad, la depresión de la represión y la melancolía por pérdida del objeto de valor (Klein). Gubrium (1993) defiende que la biografía personal, el estilo de vida, el ciclo vital y su interacción con el concepto de anomia inciden en el comportamiento disonante que el sujeto anciano puede adoptar en su porvenir existencial.

Al senescente le preocupan fundamentalmente su seguridad —física y psíquica, económica y social—, su proyección presente y el quehacer cotidiano, así como orientar su ocio y tiempo libre para no tener necesidad de «matar el tiempo» como forma pasiva de prolongar la existencia.

Una preparación previa a la jubilación favorecería la adquisición de recursos, actitudes y cogniciones que facilitarían que en esta etapa vital la satisfacción y la utilidad fueran soporte de las pérdidas en un sentido de dignidad trascendente, asumida por el ego y reconocida por el medio.

3. Las artes creativas en psicoterapia como modelo de intervención

Grandes pensadores ya en el pasado nos han ayudado a conceptuali-

garlo. El arte abstrae de la realidad individual y concreta su significado universal y trascendente. Es este sentido de comunidad de la experiencia humana el que acerca a todos los humanos en la conciencia de que compartimos la alegría y el sufrimiento de la misma manera que lo han hecho los hombres y mujeres a lo largo de la historia.

El arte es un instrumento que alienta al hombre a experimentar y definir sus pensamientos, sentimientos y conductas, los cuales, en momentos transitorios de inspiración, sobrepasan los límites de la expresión verbal y consciente, precisando un medio de expresión menos cognitivo, más vivencial, más primario. El artista, como técnico en su medio de expresión, convierte en estético el producto de sus pensamientos y sentimientos. Esta experiencia trascendente, ya sea de una forma de explosión de actividad creativa o en la forma perceptiva de belleza, es sentida como una intensa experiencia emocional que, en efecto, cambia el mundo de la persona que lo experimenta. Es en el sentido de esta expresión emocional donde la utilización de las artes ha sido estudiada e investigada como modalidad terapéutica, por utilizar los conceptos de comunicación y creatividad.

Comunicación en el sentido de expresión no limitada al medio verbal, consciente y voluntario, sino enfatizado en la comunicación de la emoción y el afecto, uno de los objetivos más comunes en todo tipo de psicoterapias (Karasu, 1978). Creatividad en el sentido de posibilitar la conexión entre el material expresado simbólicamente, que es producto del proceso primario de funcionamiento de la psique humana, y por tanto inconsciente, y el proceso secundario, que es el que opera de manera consciente y lógica, y por tanto capaz de identificar el pensamiento y/o emoción expresada, así como finalmente, con lo que Arieti (1976) ha denominado el proceso terciario, que es la combinación de los dos anteriores, y que lleva a cabo la «síntesis mágica» de integración entre los mundos de la mente y la materia, descubriendo nuevas conexiones y analogías en conceptos que quizás habían estado disociados anteriormente.

Zwerling (1979) describe dos conceptos operacionales de suma importancia en la aplicación clínica de las artes creativas en psicoterapia:

- 1) El medio no verbal empleado por las artes creativas en psicoterapia es más directo en el abordaje de procesos emocionales que

y expresados mientras se canta o se toca un instrumento, mientras nos movemos con un ritmo dado, mientras se pinta, son rápidamente disponibles en la interacción entre terapeuta y paciente para identificarlos, desarrollarlos y cambiarlos.

- 2) Su carácter es intrínsecamente social, basado en la realidad. La acción *per se* da una vivencia más inmediata del estado emocional, mayor que lo que la persona pueda expresar al hablar de ello. En este sentido, podemos entender que no es lo mismo verbalizar un problema de imagen corporal que vivirlo en movimiento.

Los aspectos teóricos y terapéuticos comunes que la Asociación Americana de Psiquiatría define en las artes creativas en psicoterapia son:

- a) La introducción o presentación del paciente y del sistema a través de los aspectos no verbales de la modalidad.
- b) Utilización de los medios artísticos para estimular la expresión y comunicación entre terapeuta y paciente.
- c) Incremento del uso del proceso simbólico.

4. Aportaciones de la Danza Movimiento Terapia en adultos mayores

Existe la concepción generalizada de que promover actividades en el senescente es una medida de activación de su capacidad intelectual, psicológica, social y física. Existen, no obstante, tres tipos de programación de actividades para personas de la tercera edad. En primer lugar, las que se programan para que el senescente permanezca pasivo y disfrute del entretenimiento aportado por fiestas, películas, obras de teatro, etcétera. Otro tipo de programas subrayan la importancia de mantener el interés en aquellas habilidades que previamente ya han sido adquiridas a través de trabajos manuales y de artesanía. Estos programas concentran su atención en la relación del paciente con la habilidad y el producto.

La tercera opción ofrece programas en los cuales la interacción entre pacientes y personal es el núcleo central de su actividad. Crear una

seguir a partir de tres medios: 1) estableciendo una atmósfera segura por parte del líder del grupo en el que el mismo adquiriera una clara identidad a partir de la percepción de consistencia; 2) estimulando las actividades que faciliten compartir reminiscencias por parte del grupo; y 3) facilitando la confrontación cuidada y con cautela en el ahora y aquí con las vivencias reprimidas de limitaciones físicas y psicológicas, enfrentamiento a la muerte y otros acontecimientos vitales de gran trascendencia.

- 1) Establecer un ambiente estable y familiar es un prerrequisito para desarrollar interacciones duraderas y con sentido, especialmente para pacientes con un alto grado de confusión. Si el grupo se reúne en un lugar concreto, con consistencia a lo largo del tiempo y se es parte integrante del grupo, ellas son tácticas que ofrecen una importante orientación. Este marco consistente y estable es facilitado enormemente con la actividad corporal. El movimiento ayuda a expresar y concretar vivencias internas y ofrece una mayor organización a las respuestas de los pacientes. La consistencia en la actividad del grupo se puede conseguir empezando y concluyendo la sesión con un ritual de grupo como puede ser sostener las manos en un círculo y emitir un sonido de saludo, al mismo tiempo que se realiza un contacto visual con todos y cada uno de los componentes. El grupo provee una concreta y relativamente simple estructura para favorecer la relación social.
- 2) Compartir reminiscencias. Las reminiscencias son para Butler (1974) un vehículo para compartir y comunicar con otros. El objetivo es la calidad de las relaciones interpersonales más que la capacidad integrativa del individuo de acontecimientos pasados. Hasta que el grupo no pueda compartir las propias experiencias de su desarrollo como tal, el material que forma parte de la biografía de cada miembro es el medio más rico para aportar y compartir en el grupo. Uno de los objetivos en un grupo de adultos mayores es facilitar la expresión común de las propias experiencias y así favorecer los vínculos entre los miembros.

Asimismo, las actividades físicas concretas son útiles para estimular asociaciones con experiencias pasadas con personas sig-

ma de compartir reminiscencias. La actividad estimula asociaciones e imágenes que son usadas por los pacientes para verbalizar sus memorias.

- 3) Crear una interacción de grupo con sentido y finalidad es un objetivo que encuentra su mayor obstáculo en la realidad concreta de cada uno de sus miembros. Hemos de pensar que muchos están en silla de ruedas y tienen severas y múltiples discapacidades, incluyendo sordera, ceguera, afasia, amputaciones o incontinencia. Algunos tienen además una severa pérdida de memoria u otros déficits cognitivos. Muchos de ellos han perdido a su pareja y a otros seres queridos. Algunos están en fase terminal. Cuando la confianza y la identidad de grupo se desarrolla, estas realidades son difíciles de ignorar. Mover el cuerpo, subir la voz y recordar hacen aflorar los sentimientos de pérdida, los déficits de la propia salud y la disminución de la esperanza.

Muchas discapacidades del senescente se asocian comúnmente a la tercera edad y se aceptan como la consecuencia inevitable de envejecer. Recientemente numerosos investigadores y clínicos han cuestionado esta creencia. Están aprendiendo que muchos de estos problemas de salud del senescente son el resultado de un estilo de vida sedentario, en el que la inactividad favorece el cúmulo de tensión flotante en el cuerpo, la cual se manifiesta en insomnio, irritabilidad y desasosiego. Esta situación está especialmente presente en personas que por estar encamadas o bien en sillas de ruedas hacen poco ejercicio. El desasosiego y el insomnio son a menudo tratados con farmacoterapia o restricción física, en lugar de realizar actividades con el fin de reducir la tensión.

La depresión es otra condición prevalente, especialmente en personas senescentes institucionalizadas. La pérdida de rol social, la pérdida de la pareja o la disminución de la capacidad física son situaciones que favorecen la depresión, y uno de los primeros signos de ésta es la inactividad. Se debe evitar la entrada en el círculo vicioso de inactividad y depresión ya que una condición refuerza la otra. La actividad física estimula el sistema respiratorio, circulatorio y esquelético. El ejercicio promueve el tono muscular, el equilibrio, la coordinación y la orientación espacial. No obstante, el movimiento pasivo (como el de la DMT)

DMT). Los objetivos de estas modalidades están orientados a incrementar la movilidad y mejorar la respiración y circulación, así como a relajar la tensión muscular. El bienestar emocional proviene de la vivencia de un mejor funcionamiento físico. La DMT, además de estos objetivos, ofrece incrementar la autoestima y promover la interacción social. Las actividades de movimiento acompañadas de música buscan estimular la creatividad, la espontaneidad y la conciencia corporal en un espacio social. La DMT integra los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales y busca dar sentido al movimiento a través del desarrollo de imágenes dentro de la interacción motriz. Mientras estimula las reacciones emocionales y procesa respuestas afectivas (positivas y negativas), la DMT facilita la interacción social. El movimiento no es el objetivo, sino que es la herramienta a través de la cual se crea un medio terapéutico (Sandel, 1987).

Una sesión de DMT con senescentes se inicia con los pacientes sentados en un círculo (hemos de recordar que en edades avanzadas las discapacidades motoras perjudican gravemente la espalda y la posición de sentado es más protegida). Las técnicas específicas que según Sandel (1987) han probado ser eficaces en la dinámica de una sesión de DMT son:

- *Los ejercicios de calentamiento* favorecen la estimulación de músculos y nervios, y pueden ser iniciados y dirigidos por los propios pacientes. La música provee de un marco rítmico, aunque no se necesita para toda la sesión. Estos ejercicios pueden sugerir imágenes vinculadas a experiencias pasadas o situaciones presentes.
- *La formación de un círculo:* contribuye a la percepción de la unidad de grupo y favorece el contacto visual de todos sus miembros.
- *El tacto mutuo* (sostener las manos, masajear...) es un elemento extremadamente importante en la sesión. No se trata de ser recipientes pasivos de actividades de tacto como lavar, secar o vestir, sino estimular el alcance de los demás en el grupo. Para promover una atmósfera de mutualidad el terapeuta no manipula las extremidades de los pacientes que tienen dificultad en moverse, sino que la actitud es «que cada uno participe en su propio nivel».
- *La música* provee de un estímulo eficaz en el inicio de la sesión, ya

nezca a la época de los pacientes. Se utiliza en el inicio de la sesión y siempre que ésta no interfiera con sonidos, canciones o conversaciones emitidas por el grupo. En estos casos, se debe apagar.

- **Vocalización.** Siempre que sea posible Sandel (1987) recomienda la emisión de sonidos por parte de los pacientes cuando se mueven. Un «ah» o «hum» estimula la respiración, la circulación y la vinculación del núcleo del cuerpo con el movimiento. Esta actividad es particularmente útil con pacientes que han padecido una hemiplejía o están severamente discapacitados en el habla, ya que permite participar aunque no puedan emitir palabras. Cuando el grupo se siente cómodo con la vocalización de sonidos, el terapeuta puede estimular la emisión de sonidos que identifiquen sentimientos, lo que combinado con el movimiento puede aumentar la gama de conductas expresivas y comunicativas.
- **Accesorios.** Ciertos objetos son particularmente útiles por estimular la actividad y la interacción entre pacientes convalescentes. Los favoritos son accesorios textiles de «stretching», pañuelos de colores, pelotas de espuma (Lindner *et al.*, 1979). Estos materiales se pueden utilizar en el inicio de la sesión para motivar actividades como exprimir, lanzar, estirar, golpear..., lo que puede favorecer entrar en juegos de participación que incrementen la conciencia interpersonal. En grupos con un nivel de desorientación y confusión elevadas, los accesorios son útiles como soporte externo para ayudar a mantener el grupo conectado y unido. En pacientes con mayor nivel de alerta, los accesorios pueden ayudar en el inicio de la sesión, pero una vez estimulada la interacción entre los miembros éstos pueden no ser ya necesarios.
- **Movimiento empático.** Constituye una de las características distintivas de la DMT en relación con otras disciplinas corporales (Chace, 1975), por la cual el/la terapeuta guía y desarrolla la interacción del grupo a partir de los movimientos expresivos que los diferentes integrantes del grupo aportan a la sesión en su desarrollo. El psicoterapeuta en DM carece de un guión preconcebido de los movimientos que han de surgir en el grupo, e introduce los movimientos que los propios pacientes aportan en la sesión a partir de la observación motriz y la capacidad empática

que favorece la inclinación natural a responder al ritmo. Es especialmente recomendable la música con un buen ritmo y que perte-

una atmósfera que estimula la autoexpresión a través del movimiento, respondiendo así a los sentimientos y pensamientos que son expresados, más que imponer movimientos musculares que condicionen cambios posturales o evoquen ciertos sentimientos.

- **Imaginaciones.** El desarrollo de imágenes a partir del grupo es otra técnica de la DMT distintiva de otras técnicas corporales físicas. El uso de la imaginación en una sesión cambia la experiencia de una simple acción a otra de carácter simbólico que se comparte. La guía básica es empezar con el movimiento y permitir que una imagen se desarrolle a partir de la acción. Esto permite a los participantes expresar ideas y asociaciones propias sin limitar el grupo a las imaginaciones que aporte el terapeuta. El uso de la imaginación es útil en la identificación de sentimientos, así como para relacionar movimientos con situaciones reales y facilitar el proceso de reminiscencia, ya que el desarrollo de imágenes da sentido a los movimientos. Muchos pacientes que se hallan en centros de convalecencia no están motivados para hacer ejercicios por los beneficios físicos que se derivan. El uso de imágenes en el grupo cambia el foco de atención de la acción a los sentimientos, pensamientos y memorias que se expresan, convirtiéndose en la motivación para el movimiento.
- **Reminiscencia.** Las sesiones de DMT con senescentes es una oportunidad para recordar en un contexto social. Butler (1963) describe que recordar es una conducta adaptativa que debe ser estimulada en los mayores en circunstancias apropiadas. Las memorias que surgen en el proceso de reminiscencia pueden ser agradables o dolorosas. La misma guía de aplicación que se utiliza en la imaginación es aplicable a esta actividad. Siempre se empieza por el movimiento, y debe permitirse que la imagen o la reminiscencia se desarrollen a partir de la acción. La progresión desde la experiencia sensorial (movimiento) a la simbólica (imagen o asociación) permite el despliegue de material durante la sesión.

Los objetivos generales de una sesión de DMT son apropiados para las necesidades de los mayores institucionalizados, ya que incrementar la actividad, disminuir la vivencia de aislamiento y estimular la ex-

de incorporarlos en el propio movimiento del terapeuta y aportarlos al grupo. En la utilización de esta técnica, el terapeuta crea

patologías concretas exigirán variaciones en las técnicas que el/la psicoterapeuta en DM emplee.

5. La Danza Movimiento Terapia con población afectada de demencia. Resultados de un estudio piloto

Una investigación piloto realizada por Kowarzik (2003) y presentada en la Conferencia Anual de DMT de noviembre de 2002 aporta resultados sobre la implementación de un programa de «movimiento y comunicación» para clientes con demencia en un centro residencial de Londres. Los efectos observados en este tipo de población tras tres meses de sesiones semanales en DMT fueron, entre otros, los siguientes:

- El ambiente terapéutico creó un espacio que estimuló la autoexpresión.
- El grupo de movimiento y comunicación proveyó de un ambiente en donde los pacientes pudieron redescubrir habilidades como moverse, cantar y comunicarse con los demás.
- El formato del grupo ofrecía una estructura coherente que se repetía semana tras semana. Esta repetición permitía experimentar habilidades por mucho tiempo no usadas y ganar confianza en su movilidad.
- La diversión generada a través de actividades de juego promovieron y facilitaron la interacción en el grupo.
- Incremento del nivel de energía aportado por el grupo debido al sentimiento de logro (gracias a la realización y permanencia de sesiones durante un período largo de tiempo).
- Facilitar la salida del grupo como miembro cuando supone una decisión que requiere un acto de autorregulación y autocuidado no propio de pacientes con un grado de dependencia elevado.
- Posibilidad de expresar cualidades como el cuidado por los demás y ayudar a otros en tareas tan sencillas como acercar una silla para un miembro o bien ayudar en hacer el nudo de la corbata.
- Coordinar esfuerzos para realizar actividades conjuntas como cantar en un dueto por parte de dos pacientes.

presión y socialización puede ser útil para la gran mayoría de esos ancianos. No obstante, ciertas necesidades específicas determinadas por

les a partir de actividades como el canto, darse la mano o bien darse besos en la frente.

Estos resultados nos demuestran cómo las sesiones de movimiento y comunicación permiten a pacientes con demencia activar sus recursos dormidos a nivel físico, emocional y relacional, permitiendo experimentar y disfrutar de una actividad de grupo.

6. Bibliografía

- Altarriba, F. X. (1992), *Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*, Barcelona, Editorial Boixareu Universitaria.
- Arieti, S. (1976), *Creativity: the magic synthesis*, NY Basic Books INC Publishers.
- Bartenieff, I. (1972), «Dance therapy: A new profession or a discovery of an ancient role of the dance?», *Dance Scope*, 7, 6-19.
- Bateson, G, Birdwhistell, R, Goffman, I. et al. (1982), *La nueva comunicación*, Barcelona, Kairós.
- Bateson, G. (1965), «Information et codification», en: Lévy, A. (ed.), *Psychologie sociale, Textes fondamentaux anglais et américains*, París, Dunod.
- Berger, M. M. (1970), «The impact of non-verbal communications in human interaction». *Proceedings of the 5th Annual Conference on the American Dance Therapy Association*, 11-23.
- Birdwhistell, R. (1970), *Kinesics and context. Essays in body motion communication*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Birdwhistell, R. (1968), «Kinesics», en: Sills, David, L. (ed.), *International Encyclopedia for the Social Sciences*, Nueva York, Mac Millan, vol. 3, 24-29.
- Blau, P. (ed.) (1975), *Approaches to the Study of Social Structure*, Free Press, Nueva York.
- Bortz, W. (1985), «Effect of exercise on aging-effect of aging on exercise», *American Geriatrics Society*, 28, 49-51.
- Butler, R. (1974), «Successful aging and the role of life review», *Journal of American Geriatrics Society*, 22, 529-535.

- Autoexperiencia como individuos con afectos y vivencias sexuales. (eds.), *Psychodynamic Studies on Aging*, Nueva York, International Universities.
- Butler, R., (1963), «The life review: An interpretation of reminiscence in the aged», *American Geriatrics Society*, 28, 49-51.
- Chace, M. (1975), *Her papers* (H. Chaiklin Ed.), Columbia, MD, American Dance Therapy Association.
- Cummings, E. y Henry, W. E. (1961), *Growing old: The process of disengagement*, Nueva York, Basic Books.
- De Vries, H. (1974), «Education for physical fitness in the later years», en: S. Grabowski y W. Mason (eds.), *Learning for aging*, Washington DC., Adult Education Association.
- Gubrium, J. F. (1993), «Voice and context in a new gerontology», en T. Cole, A. Achenbaum, P. Jakobi y R. Kastenbaum (eds.), *Voices and Visions of Ageing: toward a critical gerontology*, Nueva York, 1993.
- Guilford, J. P. (1959), *Traits of creativity*, en: Anderson, H. H. (ed.), *Creativity and its cultivation*, Nueva York, Harper and Row, 142-146.
- Hayflick, L. (1980), «Cell Aging», en C. Eisdorfer (ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26-67, Nueva York.
- Horn, J. L., y Cattell, R. B. (1968), «Age differences in fluid and crystallised intelligence», *Acta Psychologica*, 26, 107-129.
- Horn, J. L., y Cattell, R. B. (1966), «Refinement of the theory of fluid and crystallised general intelligences», *Journal of Educational Psychology*, 58, 253-270.
- Horney, K. (1950), *Neurosis and human growth*, Nueva York, Norton.
- Irwin, K. (1972), «Dance as a prevention of, therapy for, and recreation for the crisis of old age. Writings in body movement and communication», Monograph n.º 2, Columbia MD, American Dance Therapy Association.
- Johnson, D. R. (1984), «Envisioning the link among the creative art in therapies», *International Journal of Arts in Psychotherapy*, 6, 17-10.
- Karasu, T. B., (1978) «Towards a medical model for psychotherapy», *The psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 3 (4), 237-242.
- Kowarzik, U. (2002), «ADMT workshop on "Movement and Communication with People with Dementia"», Conferencia.
- Kraus, H. (1956), «Principles and practice of therapeutic exercise», Springfield, ILL, Charles Thomas.
- Lawton, M. P. (1986), *Environment and Aging*, CSA, Albany, Nueva York.
- Lawton, M. P. y Simon. B. (1968). «The ecology of social relationships

Butler, R. (1967), «The destiny of creativity in later life: Studies of creative people and the creative process», en: Levin, S. y Kahana, R.

- Leer, U. (1980), *Psicología de la senectud*, Barcelona, Herder.
- Lindner, E. C., Harpaz, L. y Samberg, S. (1979), *Therapeutic dance/movement: Expressive activities for older adults*, Nueva York, Human Sciences Press.
- Miquel, J. y Johnson, J. E. (1979), *Senescent changes in the ribosomes of animal cells in vivo and in vitro*, *Mech Ageing Dev.* 8: 1-20.
- Miquel, J. (1990), «Envejecimiento celular: Teorías y datos experimentales», en: Hyflick, L., Barcia, D. y Miquel, J., *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*, Madrid, Ela.
- Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1984), *El proceso de envejecimiento*, Madrid, Ediciones Morata.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1961), «Life satisfaction index [LSI]», en: Mangen, D. J y Peterson, W. A., *Research instruments in social gerontology* (3 vols.), Minneapolis, MN, University of Minnesota Pr. V.1, *Clinical and social Psychology*, 219-222, 237-239.
- Pastalan, L. y Carson, D. H. (eds.) (1970), *Spatial behavior of older people*, Ann Arbor, University of Michigan Wayne State Press.
- Rogers, C. R. (1959), «Toward a theory of creativity», en: Anderson, H. H. (eds.), *Creativity and its cultivation*, Nueva York, Harper.
- Rose, A. (1965), «The subculture of aging: A framework for research in social gerontology», en: A. Rose y W. Peterson (eds.), *Older people and their social world*, Philadelphia, Davis.
- Sandel, S. (1987), *Creativity and hope in the nursing home*, Nueva York, Harworth Press.
- Sandel, S. (1978), «Reminiscence in movement therapy with the aged», *Art Psychotherapy*, 5, 217-221.
- Schefflen, A. E. (1972), *Body language and social order*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall Inc.
- Shanon, C. y Weaver, W. (1949), *The mathematical theory of communication*, Urbana-champaign ILL, University of Illinois Press.
- Torrance, E. P. (1964), «Education and creativity», en: Taylor, C. W. (ed.), *Creativity: progress and potential*, Nueva York, McGraw Hill.
- Wallach y Kogan (1965), «The distortion between creativity and intelligence», *Journal of personality*, 351.
- Winicot, D. (1971), *Playing and Reality*, Nueva York, Mc Graw-Hill; trad. Castellana: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.
- Zwelling, I. (1979) «The creative arts therapies as "real therapies"»