
UNIVERSIDAD DE BARCELONA- IL3
MASTER EN TERAPIA A TRAVÉS DEL
MOVIMIENTO Y LA DANZA

ESTUDIO DE CASO
**DMT y Síndrome Autista: aportes para una
intervención desde una terapia por el arte.**

AUTORA: ANDREA VIVIANA RODRÍGUEZ

2008

INDICE

Sección 1:

	<i>Página</i>
■ Agradecimientos	3
■ Abstract	4
■ Presentación del tema de la tesina	5
■ Objetivos	6
■ Marco teórico referencial	7

Sección 2:

■ Descripción y Análisis del Estudio de caso	13
--	----

Sección 3:

■ Conclusiones	21
--------------------------------------	----

SECCIÓN 1

Agradecimientos:

Mi sincero agradecimiento a todas las personas que me han acompañado durante el curso del master: docentes, profesionales de prácticas, compañeros de aula, quienes con su presencia han contribuido a que la ilusión del master fuera posible.

Abstract

El presente trabajo se desarrolla en tres partes, en la primera presento el tema de la tesis, describo sus objetivos y el marco teórico referencial.

En la segunda parte realizo la presentación del estudio de caso.

La tercera parte está destinada a las conclusiones y reflexiones personales.

Palabras claves: Danza Movimiento Terapia, autismo, fenómenos transicionales, ritmo, creatividad.

Presentación del tema de la tesina:

El tema elegido, y que mejor refleja mi experiencia de prácticas, es *“DMT y Síndrome Autista: aportes para una intervención desde una terapia por el arte”*.

El estudio de caso se centra en una joven con retraso mental severo, con diagnóstico de TGD o autismo de alto funcionamiento.

Objetivos del estudio

Objetivos generales

- Integrar los conocimientos obtenidos en las asignaturas del master y en las supervisiones realizadas.
- Reflexionar acerca de mi rol como dmt¹, analizando mi proceso personal como terapeuta en prácticas.

Objetivos específicos

- Relacionar el estudio de caso presentado con conceptos teóricos de DMT.
- Profundizar en el conocimiento del arte de la danza como herramienta terapéutica: modos de implementarla, lecturas posibles, modalidades de intervención.

¹ Utilizaré la sigla dmt para designar al terapeuta y la sigla DMT para referirme a la profesión de Danza Movimiento Terapia

Marco Teórico Referencial:

El diagnóstico:

- √ Retraso Mental: es un síndrome de comportamiento heterogéneo, con deterioro a nivel intelectual y de adaptación. Se caracteriza por dos aspectos básicos: capacidad intelectual bastante por debajo de la media, expresada a través del rendimiento esperado para una edad concreta en un test estandarizado. Existen limitaciones en dos o más de las siguientes áreas adaptativas aplicables: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales, uso de recursos comunitarios, autocontrol, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El comportamiento adaptativo se refiere a la efectividad en el funcionamiento de una persona en el nivel esperado para su edad y grupo cultural. Todas las definiciones de trastorno poseen diez áreas de funcionamiento y se requieren deterioros significativos en al menos dos de ellas para el diagnóstico de Retraso Mental.

- √ Trastorno Generalizado del Desarrollo: según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV), se engloba junto a otros cuatro: 1) Trastorno de Rett 2) Trastorno desintegrativo de la infancia 3) Trastorno de Asperger 4) Trastorno autista 5) trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera. En el historial de la usuaria no se especifica a cual de los cinco subtipos del TGD pertenece. Uta Frith, mediante la traducción al inglés del texto de Asperger, dio a conocer en 1991 este síndrome que está concebido generalmente como sinónimo del autismo de alto funcionamiento.²

El diagnóstico que ha guiado mis intervenciones ha sido el de autismo de alto funcionamiento. El mismo se enmarca dentro de las llamadas psicosis infantiles.

Los síntomas se manifiestan precozmente en los primeros años de vida. La estructuración psíquica en el autismo no es la misma que la de las personas llamadas "normales" ya que no se ha producido el paso por el Complejo de Edipo, *"estructura normativa universal, simbólica que preexiste a cada sujeto y que*

² El 75% de los casos diagnosticados de autismo conllevan un retraso mental asociado a él y del 25% restante, un 15% implica un cociente intelectual límite.

interviene como solución para dar al niño un lugar en el mundo a partir de sus principales referentes: la madre y el padre. En la psicosis no hubo inscripción del Edipo."³

El sujeto queda sin coordenadas que le permitan situarse en el mundo. Al no haber identificación parental, el "yo" como proyección de la superficie corporal del niño no está presente. "El fracaso de la asunción de la propia imagen está visible sobretudo en la evitación de la mirada materna y en la falta de risa ante la madre".

"Las psicosis infantiles se caracterizan por una gran desconfianza hacia el mundo exterior, puede empujar al niño a crearse un mundo sin recurrir a nadie más que a él mismo. Si normalmente los niños confían en el otro, en las psicosis eso no sucede".

La figura del otro (tú) muchas veces es vivida como persecutoria o amenazante, figura de la cual debe defenderse. El lazo social se torna difícil de establecer.

Según Egge, M podemos llegar a la conclusión de que la causalidad del autismo está sin duda relacionada con la falta de un agarre simbólico del niño a su Otro (algo que por ejemplo es muy evidente en el caso del niño con una madre psicótica) o porque el niño no logra, a pesar del ofrecimiento de los padres, para él enigmático y opaco, salir de su estado de objeto.

Cada niño nace como objeto materno, del que depende en los primeros años la propia supervivencia. Sólo posteriormente, por medio del proceso de alienación-separación puede tomar una posición subjetiva. El niño autista rechaza alienarse al otro e intenta a través de una "auto terapia" garantizarse un mínimo de vida con sus actividades de repetición y alternancia, que son un esbozo, por lo menos, de lo simbólico.

Fenómenos Transicionales

Winnicott atribuye la máxima importancia, en especial en los primeros años de vida, al cuidado materno, con el fin de que el niño pueda alcanzar un Sí sano, capaz de contener todos los conflictos que emergerán en el futuro, tanto en su interior como en el mundo externo.

Según Winnicott, el recién nacido parte de un estado de no integración y sucesivamente se produce la inserción de la psiquis en el soma *"la psique se forja con el material de la elaboración imaginativa del funcionamiento corporal"*⁴.

³ Egge, M "El tratamiento del niño autista". Editorial Gredos S.A

⁴ Winnicott, D. Acerca de los niños. Editorial Paidós.

Winnicott sitúa las psicosis infantiles como cuadros clínicos que constituyen desarrollos defensivos contra el caos externo e interno. La escisión entre realidad externa y fantasía interna impide a estos sujetos crear "fenómenos transicionales" y "objetos transicionales".

La pauta de los fenómenos transicionales empieza a aparecer desde los cuatro a seis meses hasta los ocho a doce meses. Es una etapa de transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado.

Los fenómenos transicionales hacen referencia a la zona intermedia de la experiencia de individuación y separación (entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto) y tienen como función permitir a un sujeto ser una unidad, con una membrana limitante, un exterior y un interior.

En este sentido el autismo es una organización altamente sofisticada en la cual estos procesos están ausentes.

La auto terapia del niño autista

El principal síntoma del autismo es "bastarse a uno mismo" o sea el auto aislamiento y la aparente separación del mundo. Pero ese "mismo" indica también la repetición respecto a un orden dado, ya sea a nivel del lugar (es decir la fijación de los lugares y de los objetos) como del tiempo, a través del ritmo aplicado a los objetos, la estereotipia en lo relativo al cuerpo y las ecolalias a nivel lingüístico.

El ritmo

Es sabido que el ritmo tiene un efecto tranquilizante para el recién nacido cuando lo acurrucamos y lo sostenemos en brazos, paseándolo para hacerlo dormir. Un efecto de placer también se produce en el niño más grande con el caballo mecedor o el columpio. Con el vaivén se introduce una alternancia que se inscribe en el cuerpo. Como el péndulo, también el vaivén regresa siempre al mismo punto, a través de esta alternancia, con su previsibilidad se produce un efecto desangustiante, se trata de una regulación simbólica mínima (comenta Egge) introducida en el cuerpo a través del ritmo. El niño autista emplea activamente la misma dinámica en sus actividades repetitivas. Es un modo de dar "forma al mundo". El ritmo corta la angustia, porque al introducir una ley a nivel mínimo, es estructurante e induce a la espera de que haya algo más allá de la repetición hasta el infinito. El cuerpo debe seguir la ley introducida por el ritmo en el que está preso.

La repetición a través de los fenómenos del cuerpo y a nivel lingüístico

Las llamadas estereotipias son un tratamiento rítmico del propio cuerpo tomado como objeto, un modo de canalizar la pulsión. Las estereotipias aumentan en los momentos de tensión o de aburrimiento y se atenúan en los momentos de tranquilidad. Hay una analogía entre las estereotipias a nivel motor y las ecolalias a nivel lingüístico, que son repeticiones de sonidos, palabras o frases fuera de contexto.

Cuando los intentos de autocura anteriormente descritos ya no son suficientes, se manifiestan reacciones de angustia como gritos sin fin o autoagresiones. La angustia marca la salida del niño de la indiferencia hacia el mundo externo, que ahora le interesa, pero también constituye amenaza.

El trabajo desde DMT

DMT y Autismo

DMT suele colocarse en el área de los fenómenos transicionales a los que el niño autista no tuvo acceso, permite al terapeuta entrar en relación con el usuario, cuyo "sí mismo" es aún totalmente corporal, a través de la comunicación no verbal. Hablar con el cuerpo y "ponerlo en juego" a fin de estimular el proceso de simbolización.

Las actividades de danza movimiento terapia pueden ser también una experiencia de tipo lúdica y es justamente sobre esta base que se desarrolla la simbolización a través del cuerpo, utilizando el trabajo rítmico en sus diferentes valores sobre el plano corporal y sonoro-vocal.

Las estrategias de intervención de la DMT con niños autistas se basan en la utilización de los canales sensoriales, que el niño ofrece. De aquí nace la importancia de la elección de los estímulos que se proponen, su variedad, asociados a la evaluación de las respuestas.

El Encuadre

Cada sesión dentro de la metodología de DMT tiene una estructura bastante coherente y explícita que prevé un momento de inicio y de entrada gradual en el trabajo, una fase central temática en la cual los estímulos propuestos al niño son elegidos en relación con las problemáticas específicas; y un momento conclusivo. Es

muy importante la estabilidad del encuadre, es decir del espacio y de la estructura de la sesión. El ambiente de trabajo debe ser estructurado y mantenido neutro y estable en el tiempo, la duración de la sesión de terapia debe ser respetada y todo estímulo introducido individualmente.

Todo lo que introducimos en la sala de trabajo modifica este espacio y este tiempo; es muy importante entonces, en particular en el caso de estos niños, ritualizar y subrayar el inicio y el final de la sesión. Los elementos esenciales del encuadre están representados por un espacio y un tiempo preciso.

La música puede ser entonces considerada como el contenedor sonoro del setting que acompañan rítmicamente los movimientos. La repetición, con su acepción levemente hipnótica y de "eterno regreso", aseguradora y de desinhibición, favorece el *dejarse ir* y la tensión se canaliza.

Juego y creatividad

En DMT se considera que la relación terapéutica es un espacio transicional en el que se da la posibilidad de establecer vínculos creativos entre el mundo interno y la realidad externa, entre paciente y terapeuta.

Desde esta perspectiva me posiciono al iniciar las sesiones de DMT, mi intención es pasar del juego solitario de T al juego compartido, lo que implicaba toda una evolución en la relación establecida.

Por otro lado, como terapeuta practicante, adoptar una actitud de juego me liberaba de restricciones arbitrarias, así como me permitía expandir mis intervenciones. Tomando palabras de Nachmanovitch "*(...) nuestro juego estimula la riqueza de respuesta y de flexibilidad de adaptación. Éste es el valor evolutivo del juego...el hecho de que nos hace flexibles (...) evita que permanezcamos rígidos*"⁵

Un juego de a dos implica un reconocimiento del otro como par o compañero, en un mismo espacio y durante un tiempo determinado. La propuesta es jugar para salir del aislamiento.

⁵ Nachmanovitch, S. Free Play. Paidós Entornos 1.

SECCIÓN 2.

Descripción y análisis del estudio de caso

a) Motivo de derivación:

La usuaria es derivada a sesiones de DMT por el psicólogo del centro de prácticas "para mejorar su asertividad y autonomía personal". El pedido es de sesiones individuales.

b) Datos clínicos:

 Nombre: T

Año de ingreso al Centro: 1989.

Edad Actual: 24 años

Género: Femenino

Fecha de nacimiento: 13/12/1983.

Hace diecinueve años que está en el centro, primero en la escuela especial y luego en el centro ocupacional.

Diagnóstico: Retraso mental de origen multifactorial-connatal. Trastorno Generalizado del Desarrollo. Ausencia de lenguaje.

Nivel psicológico: es muy cariñosa y comunicativa con compañeros y educadores que habitualmente están con ella. Le agrada estar pendiente del adulto referente, lo sigue por todos lados. No le agrada quedarse sola en los espacios, aunque estén sus compañeros. Siempre necesita una persona adulta que le ofrezca seguridad o control de la situación.

Desarrollo perceptivo: presenta grandes dificultades en la percepción visual, no identifica ni discrimina objetos ni color, ni por sus elementos fundamentales, no capta detalles en las láminas.

Percepción auditiva: puede discriminar levemente algunos sonidos producidos por personas referentes, pero no en objetos, instrumentos o animales.

Percepción táctil: falta muy importante en discriminar diferentes objetos según su cualidad o característica (frío-caliente, áspero-suave, tierno-duro). Si es capaz de iniciar un reconocimiento de objetos de uso cotidiano como ropa o cubiertos

Percepción espacial general: graves dificultades en discriminar situaciones concretas como: abrir-cerrar, dentro-fuera, igual-diferente, delante-detrás, sobretodo en si

misma o en los otros. Hay cierta comprensión en conceptos: dentro.-fuera, poner-sacar en relación a los objetos.

Coordinación manual: coger y mantener objetos en la mano. En movimiento con mano grandes dificultades en prensión, fuerza y precisión.

Memoria visual: capaz de recordar lugares cotidianos y cercanos (habitación, wc). Reconoce personas referentes.

Tiene fijaciones muy concretas supuestamente relacionadas con aprendizajes anteriores: lanzar a la papelera cualquier papel que encuentra sobre la mesa, coger papeles para sacarse mocos, ponerse las manos en los bolsillos, etc.

Ocupación: rotuladores.

Comunicación: Plafón comunicativo.

SPC (sistema pictográfico de comunicación)

Relaciones actuales: vive en residencia. Visita del padre en fin de semana.

Medicación: Sinogran gotas: 5-5-5 Actualmente se la quitan.

c) Descripción del movimiento a partir del análisis del movimiento de R.

Laban.

Cuerpo: alta, de complexión media, con postura erecta. La mirada está dirigida casi siempre hacia el suelo, algunas veces para mirar lo hace moviendo los ojos sin mover la cabeza. Su cuerpo es rígido, presenta dificultad en flexibilizarlo, generalmente moviliza sus miembros de manera fragmentada. Su postura es cerrada y con poco enraizamiento.

Forma del cuerpo: Torso generalmente curvo hacia adentro. Rodillas juntas, las piernas están orientadas hacia adentro, como si escondiera la ingle. Brazos cruzados hacia adelante.

Actitud del cuerpo: introvertida, aparenta pasiva, pero por momentos muy atenta a todo lo que pasa a su alrededor. A veces ausente, con la mirada perdida.

Gesto Postura: Cuello y Cabeza: inclinados hacia adelante.

El gesto suele aparecer en la cabeza (moviéndola hacia los lados) cuando dice "no".

Espacio: predomina el cercano. Su kinesfera es bastante pequeña, se mueve poco y con baja amplitud. El nivel más utilizado es el medio. Pocos movimientos libres. Plano vertical-horizontal ó Puerta. Para desplazarse, deja caer el peso de su cuerpo hacia delante, su deambular no es en línea recta, sino que dibuja espirales en el suelo.

Dinámica: Esfuerzos: Flujo contenido, tiempo lento, espacio indirecto-flexible y peso liviano. Sus movimientos parten del centro de su cuerpo.

Relaciones: Tímida en el contacto, no suele iniciar el mismo, pero cuando tiene confianza suele pedir caricias. Su actitud frente a los objetos es desinteresada, si se la estimula responde.

Acciones: suele estar sentada e inmóvil por bastante tiempo. Su movimiento se inicia generalmente en las extremidades superiores. Uno de los brazos lo mantiene casi siempre dentro de un bolsillo de la bata. Se mueve poco, suele deambular con un pequeño balanceo lateral de caderas y de cintura escapular, aparenta cubrirse con los brazos sus zonas del centro del cuerpo.

d) Objetivos de las sesiones:

- ✚ Trabajar conceptos como "yo" y "tú", sensación del "si mismo" y del yo- no yo. En consecuencia, la interacción y comunicación con el entorno y, por último, la capacidad para decidir y expresar deseos.

Nº de sesiones realizadas: 16

Frecuencia: 1 sesión semanal, de 45 minutos aproximadamente.

e) Proceso cronológico de las sesiones.

Contacto inicial (primeras sesiones)

Mi pregunta durante esta fase ha sido "¿La DMT puede ser útil para estas personas? ¿Qué puede ofrecerles?"

T durante las primeras sesiones se mantenía con la mirada perdida, sin exteriorizar signos de percibir mi presencia. Para mí era importante discriminar si ella me notaba en la sala. Por lo pronto, se quedaba en la misma así que supuse que tenía cierto interés.

Me ha costado iniciar las sesiones, conocer a T, interpretar sus mensajes, en un primer momento

Por otra parte, la ausencia de lenguaje verbal dificultaba mucho la tarea, y centrando mi atención en el lenguaje no verbal, tenía temor de que mis interpretaciones fueran

demasiado parciales y respondieran más a ansiedades propias. En este sentido me han servido mucho las supervisiones realizadas.

T también mostraba diferentes estados de ánimo, algunas sesiones parecía enfadada, con más tensión muscular que de costumbre y otras veces estaba más relajada, sonreía mucho y estaba más predispuesta al contacto.

Mi propio movimiento fluctuaba en relación a esto, pero considero que mis dudas se reflejaban en los mismos, no quería entrar en la hiperkinesia ni tampoco quería estar totalmente quieta, ni forzarla a moverse de determinada manera. Encontrar la distancia justa y la calidad de movimiento acertada ha sido un reto.

Como primera pauta propuse la implementación de un ritual inicial y un ritual final o de cierre de la sesión. Como primera idea propuse el desvestirnos conjuntamente, ella quitarse la bata y yo la prenda que tuviera, T no lo acepta, no quería quitarse ni la bata ni los zapatos.

Continué con mis observaciones de sus movimientos y tomando su deambular característico, realizado frecuentemente en la sesión, le propuse a T cogermelo de la mano e iniciar la sesión caminando por todo el perímetro de la sala, delimitando el espacio por el que nos moveríamos con un gran círculo. Esta propuesta fue aceptada. Una vez noté que T estaba de acuerdo con este inicio de sesión, le propuse agregar una nueva figura espacial, un círculo pequeño en el centro de la sala donde ubicarnos, al final del ritual inicial, para comenzar a desarrollar el tema de la sesión (trabajo con objetos) y lugar al que volveríamos para finalizar la misma.

De esta manera el espacio cercano de T se ampliaba, a la vez que se estructuraba y tomaba dimensiones directas. A diferencia del desplazamiento indirecto que presenta habitualmente.

Poco a poco T fue aceptando mi presencia.

Proceso Personal:

Los diagnósticos que me ofrecía la institución sobre T me daban información sobre autismo, pero lo que yo observaba no era el típico caso del niño-adulto que constantemente está balanceándose, metiéndose objetos en la boca o golpeándose el cuerpo.

T tenía un lenguaje rudimentario formado por sonidos, como una especie de gruñido, ante alguna alusión a su persona respondía "no" (...) *"El no al otro no está vinculado*

*muchas veces con un contenido particular, sino que es un no defensivo, preliminar a cualquier petición o declaración del otro*⁶. Cuando se excitaba decía "puta, puta".

También presentaba ausencias o miradas con la vista perdida por largo tiempo, poca expresividad antes distintos estímulos, incluso ante mi presencia, de aquí mi preocupación por su motivación en las sesiones.

Por otro lado, y paradójicamente, en un principio me dejé llevar por el diagnóstico de autismo que lo cubría todo con adjetivos como "deficiencia" o "disminución", dejando de lado lo "psi" de T. Creo que en este punto me he identificado con la patología.

Empecé a pensar en lo "psi" de T comentando con sus educadores, las respuestas somáticas que presentaba cuando se enfadaba: "Se enrojece", "se llena de ronchas, pero no le dura mucho, solo lo que le dure el enfado", "No dice nada, pero le salen ronchas por todo el cuerpo" ó "hoy T está incómoda porque no ha ido al baño, es que el fin de semana vino su padre", "después de estas visitas se pone así".

Estos comentarios, dichos al pasar, me hicieron reflexionar sobre lo subjetivo de la joven con la que trabajaba y que había pasado por alto. Aunque las sesiones se desarrollaban con cierta fluidez, comencé a plantearme la importancia de que las mismas fueran un espacio de alojamiento subjetivo para T.

Rodando sesiones

Con el desarrollo de las sesiones, T comenzó a contactar más, se establecía una relación. Me cogía de la mano y la ponía sobre su espalda, como buscando la caricia.

Sus movimientos preferidos (infero esto por su sonrisa al realizarlos) casi siempre se iniciaban en las extremidades superiores y eran balanceos repetitivos del brazo, generalmente el derecho, el otro brazo lo mantenía en el bolsillo de la bata.

Realizábamos balanceos laterales repetidamente. A partir de este movimiento intenté ofrecerle alternativas para ampliar el recorrido del mismo. Llevando el brazo hacia arriba como si quisiéramos tocar el techo con la palma de la mano. Buscando nuevas dimensiones y planos a fin de ampliar la pequeña kinesfera de T.

Le propuse trabajar con diferentes objetos a fin de que sirvieran como estímulo y puente de comunicación. Probamos con pelotas, pañuelos de distintos tamaños, bandas elásticas. Los que más le gustaban han sido los pañuelos pequeños.

También, le propuse usar un pañuelo como objeto intermediario entre su mano y la mía. Esto porque muchas veces sentía que se "pegaba" literalmente a mi mano, lo que me generaba dudas en relación a lo terapéutico de este movimiento.

⁶ Egge, M. Ob.cit.

T tocaba el pañuelo, con pequeños movimientos de los dedos de la mano como sintiendo su textura y aceptaba el mismo. La calidad principal con este objeto ha sido la de deslizar. Usando tiempo lento y peso liviano característicos en T, pero variando el espacio, que en esta calidad es directo.

El movimiento ha sido asistido la mayor parte de las veces. El mismo brindaba soporte y muchas veces posibilitaba que T "se dejara ir", jugando con su propio peso, sintiendo, experimentando y entablando una relación de confianza conmigo. También alternaba entre momentos de movimiento y de silencio.

En relación a su postura, con el torso generalmente curvo hacia adentro, pude introducir una variación en la misma. A raíz de un bostezo espontáneo de T, le propuse ayudarla a desperezarse y a través del movimiento asistido extender esta zona. T se muestra receptiva y continúa con los bostezos.

Para el ritual de cierre de la sesión, y partiendo de las preferencias de T por las caricias y los masajes, le propongo un pequeño masaje, recorriendo con mis manos todo el contorno de su cuerpo, presionando levemente, desde la cabeza hasta los pies. Mientras lo efectúo nombro las diferentes partes del cuerpo por las que pasan mis manos y cuando termino la nombro. (Como una especie de modelado). Ella sonríe.

Con el paso del tiempo y el afianzamiento de la relación terapéutica las sesiones comienzan a estructurarse de la siguiente manera:

Inicio: Ritual inicial. Momento de transición entre la realidad vivida por la usuaria fuera de la terapia y del espacio/tiempo de la terapia. Saludo y reconocimiento recíproco de ambas.

Tema de la sesión: generalmente trabajo con materiales-objetos a fin de estimular sensorialmente a T. Los materiales-estímulo tienen distintas formas, dimensiones y consistencia por ejemplo: pañuelos de diferentes tamaños, telas, elásticos, globos, pelotas de colores. Utilización de música como contenedor sonoro.

Las técnicas propuestas han sido espejeo, dinámica de reflejo entre la usuaria y la terapeuta permitiendo instaurar una relación basada sobre el diálogo tónico, no verbal y el desarrollo de la empatía corporal.

Favoreciendo a través de esta dinámica de comunicación, el desarrollo de la capacidad expresiva-emotiva de la usuaria y un espacio para el despliegue de su subjetividad.

Final: Ritual de cierre y de despedida hasta el próximo encuentro.

Proceso Personal:

La mayoría de las veces intentaba ser muy cuidadosa en el modo en que me dirigía a T, sobretodo en ocasiones en que se encontraba muy quieta, tenía la impresión de que el moverme mucho e intentar que ella lo hiciera podía ser vivido como una invasión o una afrenta.

Por momentos me resultaba sumamente difícil conducir una sesión y dedicarla completamente al movimiento de brazos. Tenía que frenarme y respetar el tiempo y ritmo de T, generalmente lento, alternado con agitaciones de partes aisladas de la cabeza o del mismo brazo.

Por su postura tenía la sensación de que se escondía dentro de su propio cuerpo, así que cuando hicimos juntas el movimiento de desperezarnos me pareció que algo de T salía a la luz.

El ritual inicial fue evolucionando desde el reconocimiento del espacio en el que nos moveríamos, hasta una caminata, en las que nuestras posiciones variaban, podíamos ir lado a lado ó yo adelante y ella detrás, y cerca del final de las sesiones pudimos hacerlo al revés, yo le proponía "llévame tú" y T se colocaba delante de mí y caminaba. Jugando con la distancia y la cercanía entre nosotras.

Final de las sesiones

Durante las últimas sesiones la relación terapéutica con T se ha consolidado bastante, en varias oportunidades al ir a buscarla a su taller, al verme se ponía de pié, respondía a consignas simples: "Espera", "vamos". Si se lo pedía, guardaba el material usado en una bolsa, escogía el pañuelo con el que quería trabajar, señalaba un disco para poner la música.

Los rituales de inicio y final los realizaba. Luego del ritual final salía de la sala y esperaba al lado del ascensor.

En alguna de las últimas sesiones hemos podido llevar a cabo una mínima transición desde el balanceo del brazo hasta el balanceo del torso, incorporándolo en el movimiento, con oscilaciones adelante-atrás como si T se columpiara.

Además del trabajo con objetos, propuse como tema de sesión movimientos con ritmo y sonidos. A través de juegos como hacer palmas, golpear mano contra mano, variando la intensidad del golpeteo, trabajando no solo el espacio directo, sino también el peso fuerte y el tiempo rápido, elementos que han servido para enriquecer y estimular el movimiento de T.

Con el pañuelo como nexo, también probamos otros juegos que requerían movimientos de locomoción: caminar lado a lado, caminar una delante de la otra, una lleva/conduce a la otra.

Como paso previo al ritual final propuse a T un masaje rápido con pelota pequeña por todo el cuerpo, a modo de relajamiento de musculatura luego de las palmas.

Durante la última sesión jugamos a la “pilladita”, muy rudimentaria, pero pilladita al fin. T caminaba de una esquina a la otra de la sala y yo por detrás la seguía, cuando llegábamos a un extremo, volvíamos a comenzar y ella se dirigía a la otra pared. Bosquejos de movimiento y quietud, que se agregan al juego del pañuelo.

Proceso Personal

He tenido que desarrollar una observación casi microscópica (como reiteradas veces me lo han comentado en supervisión) porque los cambios en los movimientos de T eran diminutos.

Como me ha ocurrido, en prácticas anteriores, cuando he adquirido un conocimiento amplio de la persona con la que estoy trabajando y me he habituado a la dinámica del centro en el que estoy, las prácticas finalizan y es el momento de recapitular la experiencia y hacer el cierre correspondiente.

Mi experiencia con T ha pasado de la ansiedad por no saber como relacionarme con ella, a un estado de confianza y de distensión ante su presencia.

Lo que más me sorprende de ella es su capacidad para percibir todo lo que pasa a su alrededor, y sin embargo dar la apariencia de aislamiento y de lejanía.

SECCIÓN 3

Conclusiones

En muchas sesiones, sobretodo al principio, me he sentido desanimada porque pensaba que no podría conectar o que no era capaz de interpretar lo que observaba en T. Luego, al aparecer sonrisas y demandas claras de caricias, me fui tranquilizando y animando a proponer más cosas, distintos objetos y movimientos.

De los pilares fundamentales de la intervención en DMT, en este caso, el que ha adquirido mayor relevancia, para mí, ha sido el de la *relación terapéutica*. Pudimos establecer un pequeño juego entre nosotras. En él cada una tenía su lugar espacial y compartíamos el ritmo/tiempo del movimiento.

Los tiempos de T han sido lentos y paulatinos. Creo que por esta razón me he centrado en movimientos indulgentes, ya que tenía la sensación que si proponía algo más fuerte, la asustaría.

Sin embargo, a lo largo de las prácticas me he dado cuenta que no siempre era así. Esto me hace pensar en mi rol como terapeuta y en la posibilidad de arriesgar un poco más.

Uno de los movimientos característicos de T han sido el aferrar-soltar, esto lo puedo relacionar con la sintomatología de estreñimiento que suele presentar, sobretodo luego de las visitas del padre. Durante el proceso terapéutico hemos buscado distintas maneras (con la ayuda de diferentes materiales) de trabajar esta calidad de movimiento. Poniendo en práctica una de las principales formas de relación que presenta T y brindándole una herramienta de simbolización a través del movimiento.

¿Objetivos cumplidos? Por mi parte creo que en las sesiones he brindado todo mi esfuerzo, y espero que T haya podido disfrutar y tener una vivencia de si misma nueva, desplegando algo de su subjetividad.

Espero que estas sesiones hayan contribuido como apoyo para dar un paso al exterior, abriendo una brecha en su clausura. Pudiendo conectar su mundo interior con algo del mundo que la rodea.

En relación a la pregunta que formulaba sobre lo que puede ofrecer la DMT a este tipo de población, decir que es mi deseo que las sesiones hayan contribuido, como área transicional, a la estimulación no solo de la esfera corporal, sino también psicológica y relacional de esta joven con diagnóstico de autismo de tantos años de evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aspasim (2007) *Documento base de la institución*.
- Blatner, A. *El arte de exponer un caso*. Artículo en *Las Artes en Psicoterapia*. Volumen 30, edición 3, 2003, Páginas 131-135. Material didáctico del Master.
- Bielsa, A. (2006) Bibliografía de la cátedra de Psicopatología Infanto-Juvenil del Master en DMT.
- Chaiklin, S. y Schmais, C. *The Chace Approach to Dance Therapy*. Material didáctico del Master.
- Diccionario de la Real Academia Española. (2001). Vigésima Segunda Edición.
- Egge, M. (2008) *El tratamiento del niño autista*. Editorial Gredos S.A
- Fierro, A (1984) *Modelos psicológicos de análisis del retraso mental*. Publicaciones del Colegio Oficial de Psicólogos.
- Laban R. (1984) *Danza Educativa Moderna*. Editorial Paidós.
- Macdonald, J. *¿Bailas? ¡Claro, yo puedo!* Bibliografía de la cátedra de Principios Teóricos de DMT del Master en DMT.
- Nachmanovitch, S (1990) *Free Play La Improvisación en la vida y el arte*. Paidós Entorno 1.
- Puxeddu, V (2006) *La Danza Movimiento Terapia Integrada en el tratamiento con el niño autista. Aspectos metodológicos y aplicativos*. 1º Simposio DMT. Barcelona.
- Villena Fresquet, O. (2006) *Una experiencia de DMT con un niño con trastorno multisistémico del desarrollo*. 1º Simposio DMT. Barcelona.
- Wengrower, H y Chaiklin, S (Coords) (2008) *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Gedisa Editorial.
- Wengrower, H, Castelar, B, Sesma, C y Ramiro, J. (2006) *Transición entre los modelos psicoterapéuticos en la atención a la deficiencia mental*. 1º Simposio DMT. Barcelona.
- Winnicott, D. (1966). *Acerca de los niños. El autismo*. Paidós Barcelona.
- Winnicott, D. (1979) *Realidad y juego. Objetos transicionales y fenómenos transicionales*. Gedisa Editorial.