
This is the **published version** of the master thesis:

Chávez, Carolina; Rodriguez Jimenez, Rosa María (dir.). *La construcción de un método de trabajo con Danza Movimiento Terapia : un caso de esquizofrenia*. (Universitat Autònoma de Barcelona), 2021 (Dansa Moviment Teràpia). 91 pag.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/248962>

under the terms of the  license.

La construcción de un método de trabajo con Danza Movimiento Terapia: un caso de
esquizofrenia

Tutora:

Dra. Rosa María Rodríguez

Carolina Chávez

Máster en Danza Movimiento Terapia

Universidad Autónoma de Barcelona

Junio 2021

Índice

Resumen	4
I. Contexto	5
1.1. Introducción	5
1.2. Descripción del proyecto “Les Fades”	6
1.3 Presentación del caso Xelai	6
II. Marco teórico	7
2.1 Viaje a la Fenomenología	7
2.2. Reducción o epoché	8
2.3. Objetividad-para-la-subjetividad y la estructura intencional de la conciencia	11
2.4. Concepción de la esquizofrenia	14
2.5. Yo prerreflexivo	16
2.6. La esquizofrenia como trastorno del yo corporal	16
2.7. Arco intencional	17
2.8. Sentido mínimo del yo / ipseidad e intercorporalidad	18
2.9. Encarnación y cuerpo vivido	19
2.10. Interacción y Comunicación	19
2.11. El camino hacia el simbolismo	22
2.12. Alianza terapéutica	23
2.13. ¿Qué es la empatía kinestésica?	25
2.14. Capacidad empática como columna vertebral de la DMT	25
2.15. Hacia la simbolización	27
2.16. Enfoque dramático o análisis dramatúrgico de la vida cotidiana	27
2.17. Estudio de los movimientos corporales	28
III. Proceso Terapéutico	31
3.1 Antecedentes	31
3.2 Observación cuerpo y movimiento	34
3.3. Rituales, Transiciones, Guía – Terapeuta	38
3.4. Conciencia corporal	41
3.5. Imagen corporal	42
3.6. Grounding	43

3.7. Imágenes, símbolos, espontaneidad, iniciativa y creatividad	44
3.8. Mirroring	45
3.9. Rasgos obsesivos compulsivos	45
3.10. El proceso post confinamiento	47
IV. Metodología: Tabla TRIC	54
V. Resultados	63
VI. Discusión	64
VII. Conclusiones	68
VIII. Referencias bibliográficas	71
IX. Anexos	81

Resumen

Este trabajo expone la construcción de un método de trabajo para el desarrollo de sesiones de DMT (Danza Movimiento Terapia) con personas con esquizofrenia a raíz de las experiencias de las prácticas de DMT del Máster con esta población.

Como objetivo vehicular se encuentra el trabajo de búsqueda de conocimiento del trastorno de esquizofrenia. Y esto es replicable para cualquier trastorno, enfermedad o problema social que presente el paciente que participa en un proceso psicoterapéutico de DMT. Esto requiere, según mi opinión, de una investigación siguiendo parámetros biopsicosociales.

Como segundo objetivo se transmite la importancia de crear un método de trabajo para las sesiones de DMT, que consta de un método de observación y anotación para la recogida de datos de las sesiones y de la puesta en práctica del triple proceso de escritura, movimiento y escritura como método de autosupervisión. Dentro de este segundo objetivo, se encuentra la propia creación de una herramienta de recogida de datos específicos respecto a las interacciones entre el terapeuta y el paciente esquizofrénico paranoide en las sesiones de DMT. Esta herramienta se llama Tabla de Relaciones InterCorporales (TRIC).

Y cómo hipótesis, se plantea que las sesiones de DMT promueven cambios, aumento o aparición de los elementos o ítems de la TRIC en el paciente con esquizofrenia.

Palabras clave: Danza Movimiento Terapia, Esquizofrenia, Tabla de Relaciones Intercorporales.

I. Contexto

1. 1. Introducción

En la década de los 80 hubo un cambio en el modelo de la atención en salud mental en Cataluña a partir del modelo de la desinstitucionalización y la sectorización. Las personas afectadas por un trastorno mental ya no son atendidas únicamente en una institución psiquiátrica ("manicomio ") sino que son atendidas a nivel comunitario en los Centros de Salud Mental (CSM) de cada comarca. Es a partir de aquí que se empiezan a crear servicios que permitan una atención cercana al lugar de residencia de la persona, evitando una desintegración de su medio.

Así nace la Red de Salud Mental y Adicciones de las Comarcas, a partir de la cual se descentraliza la atención desplegando recursos comunitarios en diferentes sectores / comarcas.

El Centro de Día (CD) abre sus puertas dos días a la semana, con la presencia de dos profesionales y dando atención a una quincena de personas y a sus familias. En estos momentos iniciales, el sector estaba subdividido de manera que el equipo de profesionales era el mismo en los dos municipios y el centro no podía ofrecer programas y actividades cada día.

Con el paso de los años, el CD ha ido creciendo y no se podía dar respuesta a las nuevas necesidades, así que en 2007 el CD se trasladó al nuevo edificio CAP2, integrado con el CSM, CSMIJ (Centro de Salud Mental InfantoJuvenil) Y EIPP (Equipo de Intervención Precoz Psicosis).

El último cambio ha sido la transformación de Centro de Día a Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), pasando de un modelo más ocupacional al modelo de la rehabilitación y la recuperación, donde la persona afectada toma un papel protagonista en su proceso de mejora. Actualmente el SRC atiende a 70 personas y el equipo está formado por 4 profesionales (2 monitores, 1 educadora social, 1 psicólogo).

1.2. Descripción del proyecto “Les Fades”

He realizado prácticas durante dos años en el en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, SRC en adelante. Se programó formar un grupo de usuarios de dicho servicio para participar en el proceso terapéutico de Danza Movimiento Terapia, DMT en adelante, de 25 sesiones, el nombre final de este grupo sería “Les Fades”, formado por 5 mujeres, (3 de las cuales sabría después que tenían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide) de edades aproximadas. Durante las sesiones de DMT, en el grupo de “Les Fades”, todas contribuíamos a una creación común, a la creación de un espacio de transición o tercer analítico dónde los procesos de transferencia y contratransferencia los viví como algo co-construido (Hinshelwood, R.D. 1990). Durante el segundo año de dichas prácticas se creó otro grupo con 6 mujeres (3 de ellas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide). La previsión fue realizar 30 sesiones con este grupo hasta junio de 2020. Las sesiones estaban programadas semanalmente con una duración de una hora y media.

2.3. Presentación del caso Xelai

A mediados de enero del 2020, comienzo un contacto directo con Xelai (con un claro diagnóstico de esquizofrenia paranoide según el psicólogo del centro y mi tutor de prácticas). Joven ruso de 36 años, vive con sus dos padres hace más de 10 años en España. No sabe hablar ni castellano, ni catalán por lo que las entrevista se realizan casi siempre a través de una intérprete. Presentaba problemas de aislamiento social rechazando diversas actividades del centro. Aprovechando sus antecedentes como bailarín de una compañía rusa, se le ofrece la posibilidad de participar en un proceso DMT, pensando que quizá la palabra “danza” llamaría su atención, así fue. En total el proceso abarcó 2 sesiones de 45 minutos y 29 de una hora. Desde el inicio del proceso, la comunicación que se daba era básicamente a través de los movimientos, gestos, posturas, en definitiva, a través de un gran campo que concierne lo relativo a la comunicación no verbal, no idiomática y dónde ser danza/movimiento terapeuta se hacía más relevante. Entiendo la

comunicación humana como Albert E. Scheflen (1975, citado en Fischman, 2013), quien sostiene que lo lingüístico, lo paralingüístico, lo kinésico (movimientos corporales incluida la expresión facial), lo táctil, lo territorial o proxémico, la emisión de olores, el atuendo, las manifestaciones que provienen del sistema neurovegetativo comprendiendo la coloración de la piel, la dilatación de la pupila, la actividad visceral, forman parte del comportamiento comunicativo del ser humano (Fischman, 2001).

Para la adaptación de la herramienta que utilicé, la tabla de observación relacionada con la dimensión de interacción, que finalmente llamaré “Tabla de Relaciones InterCorporales (TRIC)” y teniendo tantos elementos que forman parte del comportamiento comunicativo, quise, en cierta manera, encontrar elementos fácilmente observables que podían ser indicadores inequívocos. También consideré que la tabla debía tener, como característica fundamental, la cualidad de poder ser completada fácilmente por el terapeuta después de la sesión. Generalmente los danza-movimiento-terapeutas no filmamos las sesiones ni contamos con otros observadores que nos ayuden a completar la tabla. Decidí, entonces, adecuar la tabla al proceso individual, es decir, en función al proceso terapéutico con Xelai.

II. Marco teórico

2.1 Viaje a la Fenomenología

¿La fenomenología puede ayudar a la DMT que intenta lidiar con el fenómeno de la esquizofrenia?

El concepto Fenomenología va unido a la utilización de un lenguaje y conceptos difíciles de entender y asimilar, fundamentalmente debido a la necesidad de conocimiento sobre filosofía que demanda la fenomenología (Rulf, 2003).

Los filósofos que se identifican con la práctica de esta disciplina son muy diversos en sus intereses y en su interpretación sobre todo de sus temas centrales. La fenomenología, como movimiento histórico, está relacionada con pensadores sumamente diversos y difíciles de ubicar en una sola corriente o

disciplina. La influencia en los trabajos de muchos pensadores se deriva de la confluencia de una serie de caminos de pensamiento y disciplinas. El uso de la metodología fenomenológica puede ser entendido también como complemento de otros métodos empíricos convencionales (Rulf, 2003).

Destacan las aportaciones de Dermot Moran (2011) quien ofrece una guía completa incluyendo las contribuciones de diversos pensadores a lo largo de la historia. Por su parte, a inicios del siglo XIX, destaca la influencia de Franz Brentano, quién aseguraba que la conciencia no es un acto del sentir mismo, más bien está relacionada con un sentido común interno que es consciente de la operación del acto primario. En otras palabras, Brentano quería decir que, al sentir, uno es consciente de que está sintiendo. Así, luego profundizó sobre la relación entre el objeto y el acto en términos de la relación entre parte y todo. Cuando somos conscientes de un fenómeno complejo, la conciencia de la parte está presente en la conciencia del todo, aunque ello puede no ser explícitamente advertido. Según Brentano y Husserl, sobre el que se hablará a continuación, la filosofía es la descripción de lo que es dado en la “auto-evidencia” directa.

El pensamiento de Brentano, desde la psicología, repercute en Husserl, que orienta la fenomenología en el plano filosófico y hacia un método que consiste en “describir las estructuras esenciales puras presentes y manifiestas (fainómenon) en el campo intencional de la conciencia” (Ardiles, 1977, citado en Garza, 2008). Método al cual le llamó reducción fenomenológica, en él se establece como única realidad el fenómeno a comprender, buscando analizarlo suspendiendo cualquier juicio previo sobre el mismo (epoché).

2.2. Reducción o epoché

Hacia 1905, Husserl plantea el método de la “reducción”. Desde una perspectiva fenomenológica pura, no se permite ninguna hipótesis científica o filosófica ya que se debe sólo atender a los fenómenos en sus modos de “darse”. Husserl utiliza el término “darse” (Gegebenheit) para explicar que toda experiencia es experiencia para alguien, según una manera peculiar de experimentar y, además, existe

un elemento “de dar” y un “a quién”. La fenomenología propone un análisis de las estructuras eliminando ideas previas que puedan influenciar la mirada. De esta manera se permite describir y definir las cosas tal como aparecen en la conciencia. Husserl llamó a esa práctica (epoché o epojé) de varios modos: abstención (Enthaltung), dislocación, desconexión o exclusión (Ausschaltung) de los supuestos sobre el mundo y de nuestras ideas de la realidad que experimentamos.

Rulf (2003) comenta que varios autores han notado la similitud que existe entre la situación de un practicante de la reducción trascendental y la del esquizofrénico, para quien esta reducción se da en contra de su voluntad, se podría decir. Si bien tanto el fenomenólogo como el esquizofrénico han dejado atrás la "actitud natural" con su fuerte apego a la experiencia cotidiana y la calidad de la experiencia evidente y que se da por sentada, el proceso y el resultado difieren ampliamente. Mientras que el investigador debe vencer una gran resistencia para captar un momento fugaz de la reducción trascendental, el esquizofrénico queda, por así decirlo, atascado en él como en un planeta extraño del que no puede regresar (a la naturaleza natural).

Autoexperimentada en sesiones de DMT y un paciente con esquizofrenia, esta práctica (epoché), se podría decir que lleva consigo la necesidad de deshacerse de juicios y conocimientos, viviendo y experimentando de una nueva manera, principalmente en interacciones y prácticas meditativas ya que fue clave en la creación de una comunicación fluida. Asimismo, se siente también la sensación de sentir el cuerpo con un gran flujo libre y de textura blanda o esponjosa, reina una sensación de vacuidad que según la terminología budista no es la “nada”, sino la propiedad última de todos los fenómenos (Gueshe Kelsang Gyatso, 2011).

Husserl argumentaba que los contenidos y estructura de nuestras experiencias conscientes estaban influenciados, inhibidos o distorsionados por las suposiciones populares, los juicios culturales, nuestras preocupaciones prácticas, nuestras ideas y nuestro conocimiento, limitando la posibilidad de una

vivencia de la experiencia tal como nos es dada. En la práctica budista se habla de las “cosas como son”, en mi opinión, muy relacionado con lo que Husserl comentaba.

En una investigación citada en Rulf (2003) se explica cómo el otro, que es a la vez empírico (constituido) y trascendental (constituyente), es accesible sólo como objeto, a través de la mediación de su cuerpo, ya que su subjetividad no se da directamente. Los autores hablan de una co-reducción en el encuentro con el enfermo mental que sólo tiene en cuenta las dimensiones más primarias del mundo de la vida (niveles pre-reflexivos o pre-temáticos), que surge de una inmersión en la sensibilidad encarnada, dimensión que compartimos con todos los sujetos encarnados.

La esquizofrenia se basa en la suspensión de la evidencia pragmática que, en su mayor parte, está constituida corporal e intersubjetivamente. La constitución de la vida cotidiana presupone la encarnación en un cuerpo vivo, que necesariamente posee una perspectiva. Los autores sostienen que la esencia del encuentro con el esquizofrénico marcado por la extravagancia es una modificación de la dimensión intercorpórea. Antes de que se produzca cualquier intercambio verbal, existe una experiencia desarmonizada en el plano afectivo y corporal, dimensiones que vinculan al yo y al otro como sujetos encarnados. La cualidad extraña, por tanto, remite a una evidencia intersubjetiva original que se encuentra en la raíz de la experiencia intersubjetiva. Por ello, el encuentro con el esquizofrénico provoca una especie de reducción fenomenológica (involuntaria) que los autores denominan "looking-glass epochè". En consecuencia, al hablar de corporalidad, se habla, necesariamente, de intercorporalidad respecto a la perspectiva intersubjetiva (Rulf, 2003). Personalmente, seguía lo que el enfoque fenomenológico propone: Renunciar a toda teoría o preconcepto previos, para luego ir desprendiendo elementos de lo observado en el paciente hasta quedarse con aquello siempre presente, lo permanente, la esencia (Dörr, 2000, citado en Irarrázaval, 2011).

Husserl, a este respecto, habla de una suspensión o puesta entre paréntesis de la actitud cotidiana natural y de todos los actos intencionales de “posicionamiento de mundo” que asumen la existencia del mundo,

hasta que el practicante es retrotraído al dominio de la subjetividad trascendental pura. Sin este retrotraerse, la intuición fenomenológica genuina sería imposible a los ojos de Husserl. Las prácticas que sugería Husserl parecen requerir tareas infinitas y un poder “meditativo” más allá de lo que un practicante occidental pueda alcanzar. Si bien es cierto que alcanzar ese estado de trascendencia tan pura estaba fuera de mi alcance y la de muchos, sí sentí un estado de paréntesis en dónde la intuición era evidente. En la parte práctica esto toma una importancia relevante ya que la ausencia de comunicación verbal, la diferencia de culturas, sentidos o mundos hacen complicada la comunicación, por lo que se debe poner ese paréntesis o como lo proponen Husserl y Heidegger: depurar la visión y potenciar la intuición mencionado en Garza (2008).

Tanto Husserl como Heidegger no aceptaron la explicación del conocimiento en términos de una representación mental interna, según Husserl escribe en *Lógica formal y trascendental*:

“...La experiencia es la realización en la que, para mí, el que experimenta, el ser experimentado, “está ahí”, y está ahí como él es, con todo el contenido y en el modo de ser de la experiencia misma, por la realización efectuándose en su intencionalidad, atribuida a él” (citado en Moran, 2011).

La fenomenología focaliza su atención en la naturaleza de la conciencia como de hecho es experimentada, no como es representada.

2.3. Objetividad-para-la-subjetividad y la estructura intencional de la conciencia

¿Cómo logra constituirse la objetividad en y para la conciencia? Husserl habla de la “objetividad-para-la-subjetividad”. Según Moran (2011), desde la fenomenología, se dice que no se puede escindir el campo subjetivo del campo del mundo natural. La subjetividad debe ser entendida como un campo relacionado con el proceso de constitución de la objetividad. Lo que le permitió a Husserl poder explicar la “objetividad para-la-subjetividad”, fue ir entendiendo la estructura intencional de la conciencia.

Husserl, a esta estructura intencional de los actos la llamó la estructura noético-noemática de la conciencia. De toda la explicación de esta estructura según Husserl, se destacará y hará hincapié en lo relacionado con el trabajo con DMT y el paciente con esquizofrenia. Husserl (de 1907 a 1913), introduce una nueva terminología (tomada de los antiguos términos griegos) para el “acto de pensar”, noesis, y para “lo que se piensa”, noema. Husserl dice que la conciencia siempre tiene una direccionalidad: siempre se dirige como si hubiera un objeto. Un acto intencional se dirige normalmente al objeto intencional o “trascendental”. El noema no es el objeto hacia el cual se dirige el acto, sino que más bien proporciona el vehículo que conecta el actual pensamiento con el objeto intencional. El noema es aquello a través de lo cual se aprehende el objeto; es la ruta hacia el objeto, esto último se puede crear en cada dinámica. En mi opinión, en una actitud natural, me suelo enfocar en el objeto, pero el objetivo de suspender el punto de vista natural, me llevaba a enfocarme en ese noema, en la ruta.

El terapeuta puede ser consciente que se da una “ruta” de aprehensión del objeto por parte del paciente, tanto a través del tipo de material utilizado, como a través del terapeuta. A través del espejamiento (“mirroring”), por ejemplo, esta ruta se hace más evidente, tanto la del paciente como la del terapeuta. Heidegger entendía la Fenomenología como “el proceso de dejar que las cosas se manifiesten ellas mismas” (Moran, 2011). Heidegger da importancia a la manera en que la comprensión teórica se desarrolla sobre la base de una experiencia y también sobre la relación práctica con el mundo y con los demás. De hecho, en ese sentido, Merleau-Ponty siguió a Heidegger al interpretar la intencionalidad (es decir la interpretación del ser-en -el mundo).

Maurice Merleau-Ponty, en su libro *La Fenomenología de la Percepción* (1945), dice que existe una intencionalidad básica ya presente en el cuerpo, que no puede ser explicada en términos mecanicistas. Parece haber una relación simbiótica entre el acto de percepción y el entorno del perceptor. Para Merleau-Ponty, la relación de la conciencia humana con el ser en sí mismo está tan entrelazada que no es posible intentar conceptuar una sin el otro. Entiende la experiencia del cuerpo vivido como expresión

de nuestro enraizamiento dinámico en el mundo, por ello dice que ni el tiempo ni la motricidad residen en la conciencia, pues el cuerpo es una estructura tempo-espacial de la que nace la intencionalidad operante que, como intencionalidad corporal motora, pertenece al saber latente del cuerpo (Xolocotzi y Gibu, 2014).

Merleau-Ponty, al explorar la relación de la conciencia con el cuerpo, explica la noción del ser encarnado en el mundo. Siguiendo la distinción de Husserl entre un cuerpo material o físico (Körper) y un cuerpo vivido (Leib), Merleau-Ponty explora el modo en que difiere la experiencia de mi propio cuerpo con la de los objetos. El cuerpo vivido es el cuerpo experimentado desde adentro y constituye el sustento primigenio de la conciencia del yo. Ese modo corporal implícitamente está en cada acto o acción que realizamos en el mundo y así se da la aprehensión y entendimiento del entorno. En la esquizofrenia, el cuerpo puede perder la estructura como transparente y volverse anormalmente explícito (descorporalización).

Para Fuchs (2005), el “cuerpo vivido” o “sujeto” se entiende como un medio o trasfondo transparente de nuestra experiencia del mundo (“inmediatez mediada”). Al constituir nuestro sentido prerreflexivo del yo y la agencia, nos permite sintonizarnos con el entorno y, en particular, con los demás a través de una intercorporalidad compartida (Fuchs y Schlimme, 2009, citado en Martin y col, 2016). Diversos autores afirman que el paradigma de la encarnación, respaldado por conceptos fenomenológicos y hallazgos neurocientíficos, se centra en el funcionamiento implícito del cuerpo en la percepción y el desempeño cotidianos (Martin y col, 2016).

2.4. Concepción de la esquizofrenia como trastorno de la experiencia de sí mismo. Perturbación de ipseidad: hiperreflexividad y disminución del afecto propio o del sentido del yo que afectan la intencionalidad

La esquizofrenia se entiende como un trastorno de la experiencia del sí mismo o ipseidad. La ipseidad se refiere al sentido básico del yo, como centro y núcleo de la propia experiencia, es el campo pre-

reflexivo, tácito e implícito de la experiencia del sí mismo. La alteración de la ipseidad afecta al núcleo de la experiencia del sí mismo y de esta manera a toda la estructura del yo (Pérez-Álvarez, García-Montes, y Sass, 2010)

Las alteraciones del yo mínimo, del sentido del yo, del sí-mismo o de la ipseidad, tienen dos aspectos que, si bien parecen contradictorios, son en realidad complementarios: la hiperreflexividad y la disminución del sentido del yo o del afecto propio (Pérez Álvarez y García Montes, 2006; López-Silva, 2014). Tanto la hiperreflexividad como la disminución del sentido del yo o del afecto propio (despersonalización) constituyen una pérdida de la auto-evidencia o alteración del sentido común (Stanghellini, 2001, citado en Pérez Álvarez y García Montes, 2006, p. 17). La hiperreflexividad se refiere a una auto-conciencia intensificada de aspectos del sí mismo que normal y funcionalmente son implícitos, tácitos o pre-reflexivos. La hiperreflexividad es como una toma de conciencia exagerada del funcionamiento psicológico implícito donde el “sistema operativo” pre-reflexivo se torna consciente para uno mismo (Sass y Parnas, 2007, citado en Pérez-Álvarez y col, 2010).

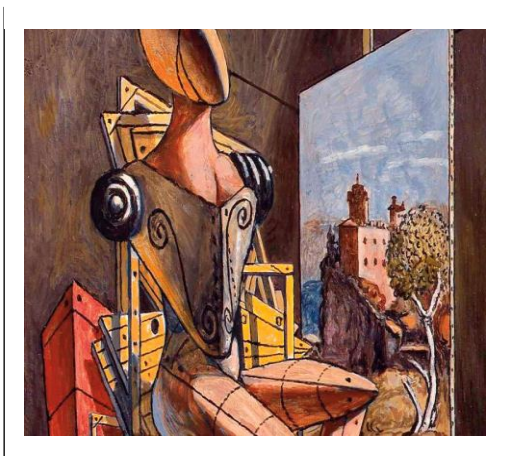
Esta hiperreflexividad "operativa" se produce de forma automática que interrumpe la conciencia y la acción por medio de la aparición o surgimiento automático de fenómenos y procesos que normalmente permanecerían en el trasfondo tácito de la conciencia (donde sirven como un medio de autoafecto implícito), pero que ahora se experimentan de una manera objetivada y alienada (ver Merleau-Ponty 1962, p. xviii re: “operative intentionality”—fungierende Intentionalität, citado en Sass, Parnas & Zahavi, 2011).

Stanghellini (2004a, citado en Pérez Álvarez y García Montes, 2006) habla de dos formas de disminución del sentido del yo o pérdida de contacto con el propio cuerpo: cuerpos-sin-alma, donde se vive el cuerpo como algo mecánico (cyborgs) y alma-sin-cuerpo, donde uno vive como un espectador de sus percepciones, pensamientos, actos, sensaciones corporales, sentimientos y los experimenta como si fueran ajenos o impuestos, como si estuvieran determinados o provinieran de otro lugar (ya

sea exterior o interior) dónde la persona no se reconoce como agente y el cuerpo se ha transformado en un especie de scanner (scanner). Estas dos formas: cyborgs y scanner, representan dos formas de experiencia patológica derivadas del dualismo cuerpo-mente (Stanghellini, 2009, citado en Pérez-Álvarez y col, 2010). Mientras que el cuerpo sin alma (cyborg) representaría una objetivación del cuerpo en detrimento de la mente, el alma sin cuerpo (scanner) representaría una objetivación de la mente en detrimento del cuerpo.

Imagen 1

Giorgio de Chirico



Extraído de:

<https://www.xlsemanal.com/conocer/arte/20170831/sueno-y-soledad.html>

Imagen 2

Giorgio de Chirico



Extraído de:

<https://www.itinari.com/es/the-world-of-giorgio-de-chirico-tupe>

Gracias al sentido mínimo del yo (ipseidad), al yo experiencial presente junto al sentido del yo prereflexivo o preverbal, se nos permite entrar en sintonía con los otros dándose una constitución de la intersubjetividad incluso antes de la adquisición del lenguaje (Cely Ávila, 2017).

2.5. Yo prerreflexivo

Según Parnas (2000), la personalidad es como si estuviera compuesta por varios niveles de experiencia del "yo". En un segundo nivel, estaría el primer aspecto personal de la experiencia, donde "yo" vendría a ser un sentido de posesión o de ser dueño de la propia experiencia y acciones. En el nivel más básico, estaría el yo pre-reflexivo, no temático, que es presupuesto por la conciencia reflexiva de un "yo". Es anterior a un "yo" (en un sentido de agencia central) e implícito en los actos intencionales de la subjetividad. El autor plantea que, en el nivel más simple, cualquier acto intencional es simultáneamente una autoconciencia tácita, que posee la cualidad de un campo, un medio o base de experiencia, una especie de presencia primaria innombrable.

2.6. La esquizofrenia como trastorno del yo corporal

En Kyselo (2016), a este respecto, se dice que Parnas y Sass entienden la esquizofrenia como un trastorno del yo mínimo (Parnas y Sass, 2010), donde el yo mínimo se refiere al sentido corporal del yo y a nuestra propia experiencia como un ser unificado (Zahavi, 2005). Se puede describir el sentido corporal del yo como una experiencia de "para mí" que acompaña a todas las demás experiencias, haciéndolas "mías". Este sentido del yo se llama mínimo porque, según Zahavi, es el requisito más básico y constitutivo del yo, es decir, sin un sentido de lo mío, no hay yo. Este sentido del yo mínimo se compone de tres dimensiones que juntas dan lugar a un sentido coherente del yo: "presencia del yo", que se refiere al sentido mencionado de "para mí", la perspectiva en primera persona perteneciente a la experiencia de tener un punto de vista personal en el espacio y el tiempo, y la fenomenalidad, referida como la conciencia básica subyacente a todas las demás experiencias fenoménicas.

Tanto Husserl, Merleau-Ponty y Sartre, consideraban una forma mínima de autoconciencia como parte integral de la experiencia. Sartre declaró que la autoconciencia constituye el modo de ser de la conciencia intencional (Sartre 1956, liv, citado en Sass, Parnas & Zahavi, 2011).

2.7. Arco intencional

Respecto a esta estructuración dinámica, la fenomenología clásica (Husserl; Merleau-Ponty) habla y hace referencia a un sistema de intencionalidad operativa o arco intencional.

Thomas Fuchs, al hablar de la fragmentación del arco intencional, hace referencia a la pérdida de la estructura como transparente. Se reduce el esquema o Gestalt a cada elemento singular (por ejemplo, cuando un músico se concentra en cada dedo y acaba equivocándose). Las explicaciones alteran la familiaridad y conlleva una alienación o desintegración.

Imagen 3

Paul Gösch



Extraído de:

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paul_Gosch_-_Generalarzt.jpg

El arco intencional se describe como “un vector móvil, activo en todas las direcciones, a través del cual podemos orientarnos hacia cualquier cosa fuera y dentro de nosotros” (Parnas, 2000).

2.8. Sentido mínimo del yo / ipseidad e intercorporalidad

Merleau-Ponty dice que el cuerpo vivido forma parte del problema de la intersubjetividad, relacionando la intersubjetividad con la intercorporeidad entendiendo (la intercorporeidad) como la interacción de percepción inmediata y prereflexiva entre el propio cuerpo y el de otro a través del cual se reconoce al otro como otro yo, y se interpreta sus acciones. También Husserl, respecto a la intersubjetividad, tiene en cuenta al otro como un yo corporizado, por ello las relaciones interpersonales se han de entender como una interacción entre “subjetividades corporizadas” y no solamente entre mentes.

Una de las características del fenómeno esquizofrénico es la del ser incorpóreo. La incorporeidad del yo y en consecuencia la intercorporeidad del esquizofrénico, lleva a una cierta dimensión en la que la persona experimenta y se comporta como un cyborg o scanner (Stanghellini, 2009). Se observa en sesiones con el paciente que comenté como se dieron ciertos elementos intercorpóreos que permitieron un flujo de comunicación entre nosotros y, en ciertos momentos se alejara de su forma de cyborg.

Imagen 4

Giorgio de Chirico



Extraído de:

<https://www.descubrirelarte.es/2018/09/17/giorgio-de-chirico-pintor-del-misterio-laico.html>

Desde una corporeidad normal, el cuerpo “aprehende” el significado de los objetos del entorno en función de sus experiencias interactuando con ellos. De esta manera el entorno o ambiente adquiere un sentido natural. Cuando este sentido natural se ve afectado, entonces los objetos dejan de tener su significado primario (Valle, Di Natale-Guevara y Cruzado, 2017).

2.9. Encarnación y cuerpo vivido

Como ya hemos visto y como lo mencionan diversos autores según Martin y col (2016), cuando se habla de la esquizofrenia como una alteración del yo encarnado o una desencarnación, se refiere a un debilitamiento del sentido básico del yo, a una interrupción del funcionamiento corporal implícito y, como resultado, se da una desconexión de la intercorporeidad con los demás.

Para Fuchs, la desencarnación es entendida como un yo incorpóreo que ya no “habita” el cuerpo, en el sentido de dar por sentado su estructura implícita, resonancia emocional y actuaciones automáticas (Martin y col, 2016). Martínez (2013) comenta que son muchos los autores que conceptualizan la esquizofrenia fenomenológicamente como una descorporalización del self. La pérdida de la autoconciencia tácita resulta en una alienación de la percepción somatosensorial, la expresión emocional, el movimiento y la acción: las sensaciones somáticas generalmente experimentadas como el medio tácito de una actitud o afecto se desprenden de su contexto motivacional (Sass, 2000, citado en Martin y col, 2016), por lo que el paciente es incapaz de dar sentido a las emociones sentidas o “sensaciones-sentidas” (Gendlin, 1982, citado en Salas-Calderón, 2007), así como de expresarlas o seguirlas adecuadamente. Por ello, estos pacientes suelen sentirse frecuentemente atacadas desde el exterior por algo gestado desde ellas mismas (Fuchs, 2005).

2.10. Interacción y Comunicación

Como era de suponer, el interés por la dimensión de la corporalidad o intercorporeidad se despertó también en el terreno, por ejemplo, de la antropología y la sociología entre otros tantos

(Escribano, 2011). Es evidente que la dimensión intercorpórea está, cada vez más, tomando protagonismo en el campo comunicacional.

Dentro de la configuración fenomenológica del “yo”, además del sentido del yo mínimo o ipseidad, está el yo reflexivo que se apoya en la ipseidad. Es un yo poseedor de la capacidad de ser reflexivo y consciente de sí mismo. Y, como supraestructura, se establece el yo narrativo, yo social y biográfico (Valle, Di Natale-Guevara y Cruzado, 2017).

Relacionándolo con las sesiones de DMT, el enfoque estaba dirigido fundamentalmente hacia el sentido mínimo del yo (ipseidad). Entonces cualquier implicación de la ipseidad ha de tener también implicaciones en los enfoques del yo reflexivo y narrativo (considerando estos enfoques y el de la ipseidad interrelacionados), ya que las distorsiones que existen en esos enfoques dependen directamente de la afectación de la ipseidad.

Leroy y Beaune (2008) nos acercan hacia la comprensión de la comunicación y la utilización del lenguaje en la esquizofrenia. Los autores comentan que, para Husserl, nuestra conciencia puede plantearse la conciencia de los demás debido al parecido de los cuerpos: el nuestro y el de los demás. A través de esta semejanza (que es una analogía y no una identidad) es posible una asimilación de lo extranjero con lo propio. El otro nos es dado como el otro por una intuición inmediata y original basada en la analogía del cuerpo extraño y el propio cuerpo.

Sobre la base de esta analogía de cuerpos puede producirse, según Husserl, una verdadera "transgresión intencionada", en la medida en que se asume, por tanto, que el otro, cuyo cuerpo es similar al nuestro, también está dotado de un ego. Hay un intercambio real de significado: el cuerpo extraño recibe el significado que solemos darle al nuestro. Todo esto forma la base de lo que se llama "empatía". Esta empatía hace de la comunicación una co-unión, un establecimiento común de significado, y no una transmisión de un significado preconcebido de un remitente a un receptor. Aquí encontramos el significado mismo de la palabra "comunicación", es decir,

participación en la elaboración conjunta y el compartir de sentido. Esta puesta en común de significados a través de la comunicación permite situar el diálogo como un "entrelazamiento".

Los trastornos de la comunicación en la esquizofrenia hacen cuestionar sobre esta posibilidad de establecer un mundo común, es decir, la base de intersubjetividad que exige que cada subjetividad se reconozca por derecho propio y a sí misma en el mismo movimiento.

Para Schütz (quien introdujo la fenomenología en las ciencias sociales y discípulo de Husserl), la interacción intersubjetiva es la materia prima de la constitución de lo social. Para el autor, la comunicación sobre todo es un proceso que implica un "compartir el flujo de las experiencias del otro en el tiempo interior, este vivir a través de un presente común que constituye la experiencia del 'nosotros', que es el fundamento de toda comunicación posible" (Rizo, 2006).

El interaccionismo simbólico es una corriente cercana a la sociología fenomenológica ya que también considera la interacción como base de la construcción de los consensos de la realidad social (Rizo, 2007). George Herbert Mead, filósofo pragmático, sociólogo y psicólogo social estadounidense, dice que "la naturaleza —el mundo externo— está objetivamente ahí, en oposición a nuestra experiencia de él o en oposición al pensador individual mismo" (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978), el problema no es el estar de la naturaleza, sino la naturaleza de ese estar. De ahí, el Interaccionismo Simbólico pone énfasis en la interacción de los individuos y en la interpretación de estos procesos de comunicación en las situaciones inmediatas, y no presta atención a las estructuras sociales, a los sistemas ideológicos y a las relaciones funcionales, sino al mundo de significados de los símbolos dentro del cual actúan los sujetos (Rizo, 2006).

El interaccionismo simbólico quiere comprender la acción social desde el punto de vista del actor.

Si el paciente se encuentra en un nivel pre-verbal, significa que no ha adquirido el mundo simbólico por la falta de la internalización del objeto primario (Liebowitz, 1992) y en consecuencia sería inútil realizar interpretaciones de sus actos, así como utilizar intervenciones

verbales para trabajar con ese paciente. Por ello, frente a sus actos y expresiones, se propone un acompañamiento en el nivel preverbal y respuestas no verbales para ofrecerle la sensación de “estar con” y una comprensión de sí mismo a su alcance (Liebowitz, 1992).

Para el interaccionismo simbólico, el concepto de “objeto” es fundamental.

“Los objetos que constituyen el entorno que el individuo experimenta están establecidos por las actividades del individuo. En la medida en que esta actividad varía, varía también su entorno; en otras palabras, los objetos cambian con las actividades dirigidas hacia ellos” (Meltzer, 1972, referenciado en Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978).

En el campo de la DMT, en las sesiones se observa como los objetos, como por ejemplo el material físico que se usa (telas, cuerdas, plumas, elásticos, pelotas, etc), pueden cambiar de simbología en función de la interacción o la “actividad” con ese material. Ese material en concreto resulta significativo en el medio dónde se encuentra, y adquiere una simbología tanto para el paciente como para el danza/movimiento terapeuta.

Para el interaccionismo simbólico, el significado de un acto no es ni fijo ni inmutable ya que a medida que nuestra interacción o actuación con un objeto cambia, también cambia el símbolo y en consecuencia el significado. Lo que naturalmente también sucede en las sesiones de DMT en general, dónde se dan cambios de significado de objetos y en consecuencia de símbolos.

2.11. El camino hacia el simbolismo

Los objetivos de trabajo de la DMT respecto a las psicosis, en la práctica, se trabajan juntos ya que están interrelacionados y son interdependientes. Chaiklin y Schmais (1979) proponen los siguientes objetivos: La relación terapéutica; La acción corporal; El simbolismo; La actividad rítmica grupal. Para Stanton-Jones (1992) los objetivos son: La integración cuerpo-mente; La facilitación, mantenimiento o mejora del funcionamiento interpersonal; La facilitación de un

espacio seguro y contenido para trabajar aspectos emocionales a través del uso del movimiento grupal, la imaginación, el símbolo y la metáfora.

Se sabe que el paciente psicótico generalmente presenta alteraciones del curso y contenido del pensamiento, de pensamiento abstracto, de la capacidad para la simbolización, la imaginación y la espontaneidad.

Por ello, para llegar a conseguir dichas capacidades en estos pacientes es fundamental, primeramente, trabajar la conciencia corporal para facilitar la integración cuerpo-mente. Esto sirve de puente para que el paciente psicótico consiga ver al terapeuta separado de él dando así vida a una relación interpersonal, intersubjetiva, intercorpórea. Para que esto ocurra, es necesario pasar por una fase de simbiosis hasta la individuación del terapeuta y del paciente.

Si bien Chaiklin y Schmais (1979) proponen la relación terapéutica como objetivo, pienso que es más bien una condición sine qua non de la DMT y de las psicoterapias en general.

2.12. Alianza terapéutica

Para profundizar en la relación terapéutica, hago referencia a la descripción de Searles (1961) de las fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica:

La esquizofrenia se desarrolla cuando la simbiosis madre-hijo no se resuelve para dar lugar a la individuación de ambos. El niño no pasa por las fases del desarrollo normal de simbiosis y posterior individuación y tanto la fragmentación y la “de-diferenciación” (self-objeto) se convierten en fuertes defensas inconscientes contra la posibilidad de percibir la ambivalencia en el objeto y en sí mismo. En el esquizofrénico, la formación de su yo se ve truncada, y por lo tanto no puede integrar sus estados emocionales conflictivos en una identidad individual.

Searles, en “Integración y diferenciación en la Esquizofrenia” (Searles, 1961), expresa que una relación simbiótica entre paciente y terapeuta constituye una fase necesaria de la evolución

transferencial de una terapia eficaz con pacientes psicóticos: La fase “sin contacto”. En esta fase es característico que el paciente no tenga acceso a sus propios sentimientos, por ello es probable que el terapeuta experimente muy pocas reacciones emocionales ante la conducta del paciente. Durante esta fase, el paciente y el terapeuta no pueden establecer una profunda relación afectiva mutua.

La fase de la simbiosis ambivalente cuando la actitud del terapeuta frente al paciente es neutral, como la de un investigador y abierta a la percepción de los aspectos afectivos en la relación terapéutica, el terapeuta llega a percibir, cada vez más, la intensa ambivalencia encerrada desde hace mucho en la sintomatología psicótica del paciente incluso antes que el mismo paciente haya podido experimentar y expresar verbalmente tal ambivalencia. Esto es debido a las inesperadas oscilaciones de los propios sentimientos del terapeuta frente a las comunicaciones no verbales del paciente que pueden entenderse como muestras emocionales en el paciente, aunque seguramente ajenos a su conciencia.

En la fase de la simbiosis total o pre-ambivalente, el terapeuta empieza a aceptar de manera cada vez menos conflictiva los sentimientos correspondientes a una Buena Madre.

La fase de la resolución de la simbiosis, hace evidente la función de la simbiosis terapéutica que consiste en proporcionar al paciente y al terapeuta, la base para un desarrollo renovado y más sano de la individualidad. La relación terapéutica se encamina hacia la resolución de la fase simbiótica.

La fase final, la resolución de la fase simbiótica permite al paciente establecer una genuina relación objetal. La fortaleza yoica que el paciente ha adquirido en el curso de su psicoterapia le permite experimentar afectos que antes no podía experimentar subjetivamente.

¿Cuáles son las herramientas fundamentales de la DMT para conseguir el paso de la simbiosis a la separación o individuación?

Marian Chace hizo evidente la implicación del terapeuta en una relación o interacción basadas en el movimiento con el paciente como una manera de reflejar una aceptación y comunicación profunda (Levy, 1988).

Uno de los puntos fundamentales del trabajo de Chace fue la relación terapéutica en movimiento, de hecho, el mirroring o reflejo empático es una de las principales herramientas de la DMT que contribuye a la denominada empatía kinestésica (Rodríguez, 2009).

2.13. ¿Qué es la empatía kinestésica?

Desde la neurociencia, Gallese dice que la misma estructura neuronal involucrada en el procesamiento y control de las acciones, las sensaciones percibidas y las emociones es activada cuando las mismas acciones, sensaciones y emociones son detectadas en los otros. Un amplio espectro de mecanismos de apareamiento o coincidencia a los que llama espejamientos están presentes en nuestro funcionamiento cerebral. El mecanismo de coincidencias, constituido por las neuronas espejo puede ser considerado como una forma organizacional básica que presenta nuestro cerebro, posibilitando la rica diversidad de experiencias intersubjetivas (Gallese, 2003, citado en Fischman, 2005a).

El proceso automático de simulación inconsciente posibilita al observador usar sus propios recursos para penetrar en el mundo de otro, sin necesidad de tener que teorizar explícitamente. Un proceso imitativo de acción prerreflexiva, preverbal establece automáticamente una conexión entre el agente y el observador.

2.14. Capacidad empática como columna vertebral de la DMT

El danzaterapeuta “espeja” o refleja a través de su propia actividad muscular y verbal lo que percibe en el movimiento y en el cuerpo del paciente, lo que a un observador externo podría parecerle una simple mímica, es en realidad interpretar kinestésica y visualmente aquello que el paciente está vivenciando o trata de comunicar. Este proceso que llamó “empatía kinestética” o

“reflejo empático”, es una de las mayores contribuciones de Marian Chace a la danzaterapia (Fischman, 2005^a, 2005b).

Moverse empáticamente (Schmais,1972-1980, citado en Fischman, 2005a), sintonizar por los canales cinéticos, extraer la cualidad y esencia afectiva de la conducta no verbal, y la incorporación de esa esencia en la propia manera de moverse (Fischman, 2005a), representa distintos pasos en el proceso de moverse empáticamente. Las autoras mencionadas comparten la idea de que el espejamiento y la sincronía son agentes facilitadores primarios en la comunicación empática.

Los danza/movimiento terapeutas, a través del mirroring, pueden moldear, complementar, expandir o ampliar las frases de movimientos del paciente y, de esta manera, generar nuevos patrones de movimiento en el paciente que le proporcione una experiencia distinta de la conocida y ofrecer nuevas maneras de adaptación y comunicación interpersonal. "Hacer de espejo" facilita que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta y permite que el paciente pueda desarrollar el sentido de su "self corporal" (Ibiza, 2011).

El mirroring “Implica reconocer en la experiencia propia qué siente el otro, conocer su situación y actuar en consecuencia. Surge del apareamiento de elementos comunes a la experiencia de empatizador y empatizante, para luego reconocer y tolerar las diferencias.” (Pieltain, 2010).

Como dice Puxeddu (2007, citado en Rodríguez, 2009): “acoger al otro como un testigo que participa ... capaz de acoger lo que el otro trae, sin juicios valorativos, buscando sólo el captar el sentido de la existencia del otro, lo qué quiere decir en este tiempo y en este espacio”.

El mirroring es muy parecido a lo que hacen las madres respecto a los estados emocionales del hijo. El niño, al ver la expresión de la madre puede tener información sobre cómo expresar sus propios estados emotivos internos, de esta manera se desarrolla una empatía originada por los

estímulos expresivos del otro y que permite al niño comprender qué emoción está sintiendo el otro (Rodríguez y Puxeddu, 2009).

2.15. Hacia la simbolización

El ritmo es un elemento que hace posible la simbolización ya que gracias al pulso del ritmo se establece una consistencia en el tiempo. Por su carácter repetitivo, el compás de la música, como el movimiento, acompaña y promueve la experiencia de la continuidad, que es condición para cualquier forma posible de simbolización.

Durante la sesión, el primer enlace a otro ser humano ocurre cuando la persona es guiada a conectarse a través de un ritmo. El ritmo ayuda a estimular y organizar el comportamiento del individuo, así como también ubicarlo en tiempo con los otros (Schmais, 1985).

2.16. Enfoque dramático o análisis dramático de la vida cotidiana

Erving Goffman fue un sociólogo y escritor estadounidense considerado como el padre de la microsociología.

Garza (2008) y diversos autores creen que bajo la influencia del interaccionismo simbólico, Goffman se interesó sobre la vida interpersonal en las ciencias sociales influyendo así en el campo comunicacional.

Para Goffman, en el ámbito de la interacción, no se puede no comunicar. Todo el tiempo estamos emitiendo señales. Cuando se está en presencia de otros, la comunicación tiene muchos más canales que el habla y el cuerpo se convierte en un instrumento de comunicación permanente (Galindo, 2015).

Al modelo de Goffman (1972, citado en Rizo, 2006) se le conoce como enfoque dramático o análisis dramático de la vida cotidiana donde el concepto de “ritual” es fundamental. Goffman

dice que la vida diaria del ser humano está conformada por ritualizaciones que ordenan nuestros actos y gestos corporales.

Del concepto de ritual propuesto por Goffman se pueden extraer ideas importantes para el campo de la DMT. Por una parte, se entiende al ritual como un código cargado de símbolos que se transmite al otro y, por otra parte, se puede relacionar los rituales con la comunicación no verbal (kinésica y proxémica), en el sentido de que la ritualización actúa sobre el cuerpo.

Siguiendo esta línea microsociología de Erving Goffman, Randall Collins (sociólogo estadounidense) presenta su teoría de los rituales de interacción. Esta teoría parte de dos conceptos básicos: la situación y el ritual.

Collins considera las situaciones como “encuentros temporales entre cuerpos humanos cargados de emociones y conciencia por efecto de las cadenas de encuentros vividas anteriormente” (Collins, 2009). Respecto al término ritual, Collins lo considera como “un mecanismo que enfoca una emoción y una atención conjuntas, generando una realidad temporalmente compartida” (Collins, 2009).

El núcleo central de todo ritual de interacción implica un proceso en que los participantes de dicho ritual desarrollan un foco de atención común y en el que sus ritmos corporales y, sobre todo, sus emociones, entran en “consonancia recíproca” (Collins, 2009).

En el campo de la DMT, se conoce bien la creación de esos rituales de interacción a lo largo de las sesiones. En esos rituales se da un foco de atención compartido y consonancia recíproca que producen energía emocional y sentimientos de seguridad.

2.17. Estudio de los movimientos corporales

Weitz (1974) comenta que, en el estudio de los movimientos corporales, se puede partir desde un punto de vista con enfoque estructural que estudia los movimientos dentro de la comunicación.

Desde este enfoque, se observa cada movimiento como parte de un todo más grande (holísticamente) y no necesariamente pretende darle un significado psicológico (el movimiento no tiene un significado independiente y sólo puede ser comprendido desde su contexto). En esta posición se encuentran autores como Birdwhistell y Kendon.

Otro punto de vista es el enfoque clínico que está más pendiente de relacionar el significado del movimiento a un sistema de referencia externa, generalmente psicológico como por ejemplo los trabajos sobre la expresión facial de Ekman. El significado clínico del movimiento implica generalmente algún tipo de componente afectivo. Dentro de este enfoque se encuentran también el Kestenberg Movement Profile y Labanotation.

Los estudios de movimientos corporales con un enfoque estructural y clínico consideran que los movimientos están relacionados con el contexto de comunicación o interacción, pero también se relacionan los movimientos con significados psicológicos. Dentro de este enfoque se encuentran autores como Sheflen, Condon, Chapple.

Hacia 1940, Ray Birdwhistell se dedicó al estudio de los movimientos corporales. Partió de la idea de que las emociones reales básicas del ser humano se expresan de igual manera en las diferentes culturas. Por lo tanto, consideró que hay algunos gestos y expresiones comunes a toda la humanidad.

Garza (2008) comenta que Birdwhistell, en *Introducción a la kinésica* (1952) presentó los resultados de sus estudios sobre los movimientos corporales y gestuales, conformando una nueva área de estudio que denominaría kinésica. También, la kinésica toma como parte de la comunicación tanto a los movimientos corporales y gestuales conscientes e inconscientes, siendo la mayoría de ellos inconscientes.

Birdwhistell utilizaba la técnica del microanálisis dónde el análisis de un segundo de película podía tomar más de una hora. Al estudiar las películas, Birdwhistell descubrió que existe una

analogía entre la cinesis y el lenguaje. Así como el discurso se “separa” en sonidos, palabras, oraciones, párrafos, etc., en cinesis existen unidades similares. En estas películas, analizando el movimiento del cuerpo, se observan las pautas que más se repiten y se recalca la frecuencia en esas repeticiones (Davis, 2010).

La construcción de la TRIC no buscaba una técnica tan elaborada, sino convertirse en una herramienta simple, sin la necesidad de análisis de películas y que fuera de fácil anotación.

Pude observar la analogía entre la cinesis y el lenguaje a lo largo de las sesiones de DMT con “les fades”. Esta interrelación entre lo cinético y lo verbal también estaba influenciada por la fuerza del grupo, el vínculo, la experiencia en sesiones de DMT.

El psicólogo William Condon, por su parte, estudió la sincronía del movimiento basándose en el análisis de interacciones humanas captadas en películas. De sus estudios, Condon constató que el cuerpo baila al compás de su propio discurso (“auto-sincronía”). Pero también notó que el que escucha también se mueve en sincronía con los movimientos y discurso del que habla (“sincronía interaccional”). Condón descubrió que para un paciente esquizofrénico puede producirse una interrupción de esta sincronía y organización (Davis, 2010).

La sincronicidad produce una sintonía que puede ser variable, aumentando o disminuyendo el grado de armonía entre los partícipes (Stern, 1996, citado en Fischman, 2001). En las sesiones de DMT, se comporta más como un vehículo, base, o propulsor para que se den aspectos más visibles de la interacción.

Por último, Adam Kendon, en la representación de una secuencia interactiva, tenía en cuenta el contacto físico (Izquierdo y Anguera, 2000).

La experiencia táctil es fundamental en las sesiones de DMT, además hay que considerar que es la experiencia más elemental y predominante desde el vientre materno.

En el contacto físico entre dos o más personas, la piel se pone en contacto con la piel, en forma directa o a través de la vestimenta, y se establece una inmediata toma de conciencia de ambas partes (Davis, 2010)

El contacto físico, en un inicio, fue un elemento protagonista dentro de la TRIC, pero debido a las circunstancias de la actual pandemia, finalmente fue incluido en el ítem 24: “Realiza conductas hacia el terapeuta (Sonrisa, Mirada, Gestos, Movimientos, Contacto físico)”. En esta situación extraña debida a la pandemia, en las sesiones de DMT, se daba una especie de contacto físico a través del material como extensión de la vestimenta.

III. Proceso Terapéutico

3.1. Antecedentes

Xelai no había participado a ninguna actividad del SRC, por lo que ningún profesional lo conocía y sólo se contaba con cierto historial médico. El único profesional del SRC que había tratado con él fue el psicólogo que mantuvo entrevistas con él y su padre. Tras dos sesiones de 45 minutos, Xelai se muestra motivado por continuar incluso demandando más tiempo, por lo que las sesiones abarcan una hora.

La diferencia de idioma que se transformaba en una ausencia de comunicación, hizo que la comunicación en movimiento fuera casi pura. Una oportunidad de “ser” más DMT, de vivir en un espacio construido por una nueva manera de comunicación, una nueva danza.

De hecho, “la danza es comunicación y esto satisface una necesidad humana básica” (S. Chaiklin & Schmais, 1979). Chace creía que la expresión directa a través del movimiento podía romper las defensas verbales y esto era el objetivo. Además, como dice Stern (1985), lo fundamentalmente aprendido por el bebé es principalmente a través de patrones de interacciones no verbales. Stern cree que el idioma arruinaría este proceso y no dejaría aprenderlo. Por lo tanto, en nuestro caso teníamos, en cierto modo, asegurado que el idioma no arruinaría el proceso.

Lyons-Ruth, Stern et al. (1998) se refieren al conocimiento relacional implícito para referirse a la naturaleza de la experiencia corporeizada de las interacciones relacionales, es decir a una manera de saber implícitamente cómo estar con otros, y Stern (1998) dice que este conocimiento es no verbal, no simbólico e inconsciente y que ocurre a través de experiencias corporales. Este tipo de comunicación cuerpo a cuerpo es inmediata, multi-sensorial, basada en la acción y sin la necesidad del uso de palabras (Tortora, 2011). Y este tipo de comunicación es la que Xelai y yo utilizaremos.

Por otra parte, Salas-Calderón (2007) expone que la expresión corporal puede ser entendida como un lenguaje no verbal en el que se envían mensajes y el lenguaje del cuerpo es “el lenguaje natural del hombre, el más inmediato y propio de él”, como dice Santiago (1985). Es intuitivo relacionar lo corporal con lo no verbal, aunque la expresión corporal se construye, de manera complementaria e indistintamente, desde lo verbal y lo no verbal. “La palabra es tan del cuerpo como el movimiento, el gesto o el sonido” (Santiago, 1985).

De esta manera, a la vez que creamos una comunicación básicamente no verbal, implícitamente también se debía de articular la parte verbal de Xelai ofreciendo otras vías de construcciones verbales, no sin valorar que, cada vez se manifestaba una necesidad de comunicación verbal.

Panhofer y col (2012), dicen que dónde es difícil comunicar una experiencia interna a través de la narración verbal, como la practica en psicoterapia verbal, el movimiento y, en consecuencia, la generación de metáforas hace abrir la posibilidad de una vía de comunicación enorme, así como también las metáforas, las imágenes y la poesía ofrecen una alternativa útil, junto con las prácticas perceptivas incorporadas como el juego y la danza. Lakoff y Johnson (Panhofer y col, 2012) hablan de la metáfora como "experimentar una cosa en términos de otra", dónde una cosa puede ser la experiencia encarnada y la otra, además de las palabras, puede ser el dibujo, la

escultura, la música. Uno puede enfocarse en el movimiento y usarlo como una metáfora para "transmitir" significados encarnados.

Además, según Dosamantes-Alperson (1982), los clientes pueden convertir su experiencia corporal en lenguaje metafórico, creando un lenguaje para la experiencia corporal que actúa como un puente hacia el pensamiento simbólico y la comunicación verbal.

La estructura de las sesiones fue la siguiente: Iniciamos sentados en sillas (misma posición y lugar desde la primera sesión y en todas las siguientes), e incluimos diferentes maneras de tomar conciencia de nuestro cuerpo, a través de material o de auto-tocamientos.

Schmais (1985) menciona que es muy común que la danza/movimiento terapeuta inicie la sesión propiciando que el paciente tome contacto con su propio cuerpo a través de diversas maneras de auto-tocamiento (presionando, masajeando, frotando, con toques). De esta manera, el paciente va tomando conciencia de sí mismo gracias al sentido simultáneo de tocarse y sentirse llegando a experimentar la autoconciencia. Para Buytendijk (1950, citado en Schmais, 1985), el contacto físico es la manera más primitiva o primaria de descubrir nuestra existencia y sus limitaciones.

La primera fase abarcó los meses de enero, febrero y unos días de marzo de 2020, interrumpida por el confinamiento creando una obligada división en una segunda fase.

Esta primera fase permitió recolectar la información para fijar los objetivos del proceso, describir su perfil de movimiento, recaudar una primera medida de la tabla TRIC y tener material para realizar el proceso triple de palabra escrita - movimiento - palabra escrita (para una descripción completa de los procedimientos metodológicos de este proceso, consultar Panhofer, Payne, Meekums y Parke (2011a) y Panhofer, Payne, Meekums y Parke (2011b).

Primera fase

3.2 Observación cuerpo y movimiento

Xelai es una persona alta, la forma de su cuerpo es la de aguja, se observan signos físicos propios de un bailarín clásico profesional (natural apertura de pies que nace en sus caderas, rodillas hacia los lados), además, presenta dificultad para usar el lado izquierdo de su cuerpo. Muestra movimiento de toques ligeros súbitos en los hombros que parece como una descarga, y este movimiento lo hace cada cierto tiempo. También presenta estos movimientos en otras partes del cuerpo, como en los dedos de las manos previamente cuando los tiene que utilizar. Su expresión facial es invariable, de hecho, respecto a la esquizofrenia, en Del-Monte y col (2013), se reporta reducciones en las expresiones de afecto facial o en los movimientos corporales. Los mismos autores mencionan investigaciones que han demostrado que los pacientes con esquizofrenia muestran una disminución en la expresión facial espontánea y presentan menos sonrisas espontáneas.

Xelai, a pesar de su inexpresividad, presenta una actitud abierta, al caminar, lleva el peso ligeramente hacia atrás y pareciera que tuviera un peso en el pecho. En cuanto a la coordinación, existía sincronización en algunas actividades, por ejemplo, al pasar la pelota de una mano a otra, incluso desplazándonos por el espacio. Se hace difícil la coordinación entre las partes del cuerpo de Xelai. Xelai prefiere claramente el nivel medio y el plano horizontal.

Garrido (2017) menciona que la dimensión horizontal es el plano de la mesa, la sagital el plano de la rueda y la vertical el plano de la puerta. El movimiento en el plano horizontal se asocia con la capacidad de establecer y mantener la comunicación recíproca y atender al entorno. El movimiento en el plano vertical, utilizado primera vez cuando un bebé se coloca de pie, es usado predominantemente para presentarse a los demás, mientras se mantiene un sentido de confianza e intención. La conformación sagital en el movimiento de los planos ayuda en la capacidad de

realizar planes, operar o entrar en acción. Kestenberg identificó la formación en planos como una forma de movimiento que se utiliza al formar relaciones, conectarse y relacionarse con otros (Garrido, 2017).

Feniger-Schaal y Lotan (2017) comentan que una persona que utiliza movimientos combinando los diferentes planos tiene una capacidad más sofisticada para relacionarse con los demás (Goldman, 1990) e interactuar socialmente (Kestenberg-Amighi et al., 1999). La capacidad de usar todos los planos de manera fluida permite una mayor flexibilidad en la comunicación social.

En Xelai predomina el flujo conducido. “El flujo desempeña un papel importante en toda expresión de movimiento, como si el fluir hacia adentro y hacia afuera es lo que establece relación y comunicación. Está comprometido principalmente con el grado de liberación producido en el movimiento...” (Laban, 1987).

Laban, respecto a los esfuerzos o efforts dice: “La persona que ha aprendido a relacionarse con el espacio, y puede ejercer un control físico de este factor, tiene lo que llamamos atención. La persona que ha conseguido dominar su relación con el factor peso del esfuerzo tiene lo que llamamos intención. Y la persona que ha logrado ajustar su relación con el factor tiempo, tiene lo que llamamos decisión” (Laban, 1987). Xelai prefiere el espacio directo. Al ofrecerle imágenes para promover el uso del espacio flexible y realizarlos al mismo tiempo, me observa y trata de hacerlo, pero lo consigue con gran dificultad, prefiere el tiempo sostenido, por ejemplo, al ofrecerle la imagen de estar dentro del agua, se siente cómodo moviéndose y parece más presente. En contra partida, al hacer movimientos con tiempo súbito, no consigue hacerlos, prefiere el peso ligero, y al ofrecerle la imagen de sentirse como una pluma lo incorpora fácilmente a sus movimientos. Respecto a ese effort, Chace decía que los pacientes esquizofrénicos presentaban “falta de peso como si se fueran a disolver en el aire”. Para promover el uso del peso firme, le ofrezco varias imágenes para sentir su cuerpo pesado, él me observa moviéndome con esa

cualidad y trata de incorporar, con poco éxito, el peso firme en sus movimientos. Según Laban y Bartenieff, el peso está relacionado con el sentido del Self y para Fischman y Artime nos da información sobre la presencia del individuo (Schelotto, 2012).

El ritmo que predomina en Xelai es el de succionar y acunar. Sólo observo leves ritmos de masticar en los movimientos de cadera que realiza en el plano vertical, al doblar las rodillas generalmente durante el calentamiento (patrón de movimiento que llamé “motor”).

De mi diario: “En nuestra séptima sesión, para promover los ritmos de lucha, nos movemos con música africana. Xelai parece perdido e incluso asustado, pero durante los momentos más melódicos de la canción, se orienta gracias a los ritmos de aceptación. Sus movimientos son de pequeño recorrido con notable precursor de esfuerzo dudoso. Al final de la canción comenta: “es una canción africana” pudiendo reconocerla. Al preguntarle cómo se había sentido, él responde: “la canción ha sido muy fuerte”.

El análisis de movimiento del paciente, coincide con el análisis del movimiento de psicóticos revelado por Liebowitz (1992): dinámicas espaciales difusas con escasa conciencia de las direcciones, esfuerzos de peso mínimo sin conciencia del peso corporal o de sentir los pies en el suelo, tiempo lento, flujo contenido, segmentación del movimiento, fragmentación (una parte moviéndose desincronizada respecto al resto), posturas bizarras, restricción en el repertorio de movimiento, escaso movimiento espontáneo, dificultad para relacionarse con otros en un nivel motor, miedo al contacto corporal, y límites corporales disgregados.

A lo largo de las sesiones, Xelai despliega un patrón característico de movimientos. Pareciera que ese patrón lo hiciera sentirse cómodo y seguro, es como si fuera el “encendedor” o “motor” de una máquina, de este cyborg. A la vez que realiza este patrón consigue incorporar nuevos movimientos.

De mi diario: “En la primera sesión, consigue doblar las rodillas y realizar botes con el cuerpo. Mueve los brazos de derecha a izquierda, pero con los codos pegados al cuerpo y el ritmo de sus brazos es de succionar. Espejo su movimiento ampliándolo ligeramente y Xelai también amplía su movimiento e incluso levanta los dedos índices de sus manos. En la segunda sesión reproduce los mismos movimientos que realizó en la sesión anterior. Es como si Xelai necesitara reproducir esa secuencia, ese plan, esa estructura ya vivida en nuestra primera sesión. Xelai al reproducir esos movimientos, los que ya conocía, retomó el patrón, la guía u organizador integrándolos a su “ritualismo”. Botar y trasladar sus brazos de un lado a otro le era comfortable.” (patrón de movimiento que llamé “motor”).

El repertorio de movimientos de una persona es reflejo de su mundo interno, por lo que, al modificar dicho repertorio, el mundo interno es también modificado. En consecuencia, un amplio repertorio de movimientos será signo de salud, porque la persona será capaz de responder de distintas formas (Salas-Calderón, 2007).

Xelai presenta una clara kinesfera personal pequeña y casi impenetrable, aunque en la sexta sesión observo que su kinesfera personal se hace más grande y más penetrable. Respecto a este espacio, Laban se refiere a una “esfera de movimiento o kinesfera que constituye el espacio personal del individuo” (Laban, 2006, citado en Vella y Torres, 2012). Una especie de burbuja que rodea el cuerpo y se extiende hasta dónde llega la movilidad articular y “determina el espacio personal de acción, pensamiento, sentimiento y movimiento del individuo” (Vella y Torres, 2012). La kinesfera general de Xelai es variable e incluso a veces parece inexistente, aunque predomina ser pequeña.

El antropólogo Edwar T. Hall dedicó sus estudios a las necesidades espaciales del hombre, enfocándose en la proxémica. Hall sostiene que los espacios son generalmente manejados en

forma inconsciente y, al igual que los movimientos corporales y gestuales estudiados por la kinésica, se transmiten en forma no intencional (Garza, 2008).

Davis (1976) comenta que el espacio que una persona necesita es una necesidad biológica. La kinesfera, además de ser como una burbuja del espacio personal, también es un espacio de seguridad. Hall explica que la resistencia de una persona se refleja a través del endurecimiento, como si se tratara de formar una coraza.

Esa descripción de coraza se repite a lo largo de mi diario, así como también se repiten los conceptos de kinesfera, uso del espacio, uso de niveles, de planos y de direcciones. Y todas estas descripciones forman parte del dominio de la intercorporeidad.

3.3. Rituales, Transiciones, Guía - Terapeuta

Desde la primera sesión, antes de iniciarla, Xelai realiza un “ritual”: Sacarse la chaqueta, colocarla en la mesa, observar su chaqueta, acomodarla, sacar lo que hay en los bolsillos, colocar las cosas sobre la mesa de manera minuciosa o meticulosa como si tuvieran que seguir un orden predeterminado. Xelai observa las cosas sobre la mesa, para finalmente terminar de colocarlas según un cierto plan, un orden, una secuencia. Mientras tanto yo lo observo sentada en una de las sillas. Continúa con las zapatillas, se sienta en una silla, se saca una zapatilla y coloca, con tiempo sostenido, cada lazo dentro de ésta hace lo mismo con la otra y luego las observa, las coge ambas con la mano derecha y las va colocando como si quisiera encajarlas, con toques ligeros súbitos, en un lugar y va probando hasta que las suelta, tomándose tiempo en escoger dónde poner las zapatillas.

En esos rituales, esas secuencias están sustentadas u orientadas por una lógica, un orden, una cierta manera específica de hacer las cosas y como resultado observo una coreografía. Poder descifrar esa secuencia creo que es inalcanzable y además no es mi intención, pero si puedo observar la coreografía y sentir que está producida por una lógica propia.

Xelai, en esa secuencia (en las operaciones de sus rituales), parece totalmente absorbido en ella, tanto así que me da la impresión, en ese momento, que yo no estoy en esa “absorción” con él. Esto me da libertad para observar minuciosamente esa secuencia, esa danza con un sentido propio (el sentido de esa “absorción”). Es como si lo estuviera observando en una película dónde el observador y el observado no están en la misma dimensión del espacio-tiempo. Esto termina cuando me mira, se da una cierta desorción (en química es el opuesto de absorción) y volvemos a estar, en cierta manera, en la misma dimensión de espacio-tiempo. En ese regreso, parece estar perdido, gira la cabeza a ambos lados para tratar de descubrir que está sucediendo a su alrededor, para orientarse. Una inquietud “encubierta” por parte su parte es fácilmente visible. A lo largo de las sesiones, los procesos ritualistas comienzan a formar parte de una dimensión espacio-tiempo compartida, comienzan a formar parte de un sistema más grande, el de la sesión de DMT.

Desde las primeras sesiones, percibo inquietud “encubierta” (precursores de esfuerzo dudoso) frente a las transiciones, frente a materiales o situaciones novedosas, frente a cambios. De hecho, inició este proceso de DMT especificando que primero probaría dos sesiones. En las primeras sesiones, abandona, por lo menos un par de veces, el espacio terapéutico para ir al baño, este “ir al baño” puede representar una necesidad de transición, de realizar una pausa, de escapar, entre otras. En la 5ª, 6ª y 7ª sesiones, curiosamente no fue al baño. Esta inquietud “encubierta” también denota desconfianza por su parte. Recuerdo haberle pedido repetidas veces permitir grabar las sesiones. Me contestaba que tenía que pensarlo, decía que las filmaciones eran “peligrosas”, jamás pude realizarlas.

Es probable que el paciente psicótico perciba a los otros como se percibe a sí mismo (Stanton-Jones, 1992), si se siente asustado proyectará esto en los demás y buscará defenderse. El trabajo de los límites corporales y del Self ofrece contención, sensación de seguridad y empoderamiento del propio cuerpo que ayuda a rebajar su sensación de temor. Para ese trabajo, además de los auto-tocamientos, son útiles el uso de diversos materiales blandos como pelotas, telas, elásticos

que ayudan a sentir los límites corporales. El danza/movimiento terapeuta ayuda a recanalizar energías, cambiar unas cualidades por otras, etc. para atenuar el temor (Marínez Mora, 2009).

Xelai necesita probar, pensar, detenerse, analizar para decidir qué hacer, necesita mis indicaciones y crea un vínculo conmigo en el que me considera su guía. Precisa recibir explicaciones y saber lo que haremos de antemano en la sesión, para él poder “probar” y experimentar con seguridad. La interacción con el material le supone un gran “análisis” y hay materiales (por ejemplo, la plastelina) que rechaza por su textura, otros por ser extraños. En numerosas ocasiones el rol de terapeuta se convierte en guía.

Las experiencias corporales y las dinámicas en movimiento que se dan en las sesiones de DMT, hacen que la persona pueda experimentar nuevas modalidades de ser, de estar-con y de comunicarse. Estos nuevos procedimientos actuados tal vez más claros, según Lyons Ruth, desestabilizan la organización conductual preexistente y funcionan como un motor de cambio, a través de formas más coherentes y destrezas más flexibles (Pardo de Santayana, 2013). El danza/movimiento terapeuta hace de puente para que la persona pueda desarrollar un repertorio más amplio de movimientos.

El tratamiento psicodinámico de la esquizofrenia consiste esencialmente en conseguir que el paciente construya una relación con el terapeuta y luego utilice al terapeuta como puente hacia el mundo exterior (Stanton-Jones, 1992).

Respecto al movimiento, Davis (1981) demuestra que hay características de éstos que son exclusivas de la esquizofrenia y que estas características de movimiento aumentan a medida que el paciente se enferma gravemente y disminuyen a medida que mejora. Esto es un gran indicativo para el proceso terapéutico. En relación a esto, Xelai usa según avanza el proceso terapéutico, el espacio incluso en el plano sagital, desplazándose hacia delante y atrás.

En la esquizofrenia existe una necesidad de aprender patrones asociados con la organización corporal. Por ello, aprovechando mi rol de guía con Xelai y como dice Chaiklin (1975) respecto al enfoque de trabajo como danza/movimiento terapéuticos con esta población (esquizofrenia) se debe de dirigir a elementos relacionados con ejercicios de empuje gravitacional, al flujo de energía, a movimientos aislados de partes del cuerpo que utilizan esfuerzos y conceptos espaciales diferentes, así como también al movimiento completo del cuerpo, al uso de patrones locomotores grandes y pequeños, de patrones espaciales relacionados con el espacio de los otros y al uso de diferentes estimulaciones táctiles, kinestésicas, ópticas y vestibulares, para colaborar con la integración física de la persona. Se quiere conseguir que la persona pueda percibirse a sí misma, tener un sentido de control y elección antes de ser capaz de percibir con claridad y de relacionarse con los otros. Los movimientos básicos y la danza son una vía efectiva para romper ese aislamiento.

3.4. Conciencia corporal

Para la DMT, la integración corporal y mental o experiencia afectiva es como un prerrequisito para la mejora del estado de salud global del paciente (Stanton Jones, 1992).

Desde la primera sesión, sentados en nuestras sillas, tomamos conciencia de nuestro cuerpo. Xelai está atento a lo que yo hago, me observa y parece que estuviera analizando, en cierta manera, la secuencia de mis movimientos. Después de esa pausa, comienza a auto-tocarse imitando esa secuencia. Parece que estuviera integrando esta secuencia para hacerla “encajar” y formar parte de su particular estructura, y al observar este proceso me resuena el proceso de las secuencias ritualista que realiza al inicio de las sesiones. Tiene realmente muy poca o escasa o confusa conciencia corporal. Parece que algunas partes del cuerpo no existiesen o estuvieran ausentes por momentos: Aunque yo recorra mi mano a lo largo de todo mi brazo o piernas, me imita, pero el recorrido de su mano es corto y sólo conecta con una pequeña parte de sus brazos

y piernas. Al colocar mis manos sobre mi pecho y centro (vientre), no consigue llevar sus manos a esas partes de su cuerpo (partes del cuerpo que presenta como una coraza) y me da la impresión de que para él es como si no tuviera pecho, ni centro (vientre) o no pudiera “encajar” esa secuencia. No consigue presionar con sus manos y dedos materiales (como pelotas) o su propio cuerpo con peso firme, por lo que la acción es de deslizar. Además, la mano que “presiona” lo hace sólo con las puntas de los dedos. No discrimina los dedos de su mano y cuando Irina (la intérprete) insiste a Xelai de presionar, él responde que está probando y que necesita primero conocer lo que está haciendo.

Uno de los objetivos claves en nuestro proceso terapéutico se hizo evidente: focalizar en la toma de conciencia corporal.

En este tipo de casos, el primer objetivo de un danza/movimiento terapeuta será ayudar a la persona a integrar su cuerpo y concientizarlo, fortalecer el sentido real de su imagen corporal, y ampliar el vocabulario de movimiento (Chaiklin, 1975).

3.5. Imagen corporal

Fortalecer una imagen corporal es uno de los medios para conseguir un cuerpo y un Self integrados, ya que a medida que se trabaja la imagen corporal, se trabaja la sensación de Self y del sí mismo. Según Liebowitz (1992): “a realistic body image will reflect a firm sense of identity” (Martínez Mora, 2009). En el caso de Xelai, la percepción y transmisión de emociones y fantasías son invisibles de momento, por ello, trabajamos en la experimentación, vitalización y activación de las partes del cuerpo por separado y en relación, también focalizamos en la percepción de las sensaciones, en la integración del cuerpo, en la creación de límites corporales y del Yo en el espacio, en la movilización de la energía, en el desarrollo de diversos repertorios de movimientos corporales, en la expansión del rango de movimientos, en la ampliación del uso

de diversos planos y niveles, etc. Con movimientos corporales nuevos, una nueva imagen corporal y ego corporal pueden formarse (Chaiklin y Schmais, 1979; Stanton-Jones, 1992).

La imagen de cyborg que presentaba se acentuaba con la ausencia de expresión de emociones o sentimientos por parte de él. Además, Xelai parecía no poder encontrar las partes de su cuerpo y hacerlas funcionar, su cuerpo parece fragmentado, segmentado, utilizando secuencias de movimiento incoherentes (North, 1990).

Fuchs (2005) dice que los pacientes esquizofrénicos parecen que no habitaran su propio cuerpo, el conocimiento implícito ya no está al alcance de éstos y se observa una desorganización de sus acciones.

3.6. Grounding

El papel del grounding es primordial y a la vez delicado en este proceso. Por ejemplo, facilitar a Xelai un nivel espacial bajo puede favorecer el trabajo de arraigo (grounding), pero al mismo tiempo este nivel espacial puede promover una sensación subjetiva de vulnerabilidad más pronunciado en él. Tord (2013) comenta que el concepto “grounding” está correlacionado a nivel físico y corporal con el factor de esfuerzo de Peso de la persona desarrollado por Laban y ampliado por Bartenieff con sus correspondientes correlaciones, entre ellas: el Peso firme=más intención y Peso ligero=menos intención. Parece haber una relación entre grounding y self corporal, es decir a mayor enraizamiento, mayor conciencia corporal, tal como lo relaciona también la bioenergética. Panhofer define el grounding como: “Conexión con la tierra, las raíces y el equilibrio que tiene un individuo”. Xelai se ve afectado por falta de grounding y según Stanton-Jones, Fischer y Chaiklin esto se relaciona con una falta de asertividad y de intención (Tord, 2013).

3.7. Imágenes, símbolos, espontaneidad, iniciativa y creatividad

Sumado a eso, también es notorio la falta de abstracción por parte de Xelai, falta de la utilización de metáforas o falta de la capacidad para jugar. Tomar iniciativas, la expresión creativa, la espontaneidad aún no formaban parte de su repertorio. A pesar de ese perfil, Xelai no solía presentar la mirada perdida, más bien su mirada denotaba presencia y atención.

Martínez Mora (2009) dice que el uso de la imagen, el símbolo y la metáfora son herramientas principales en la DMT. Se guía al paciente a enlazar imágenes, emociones, palabras, símbolos y metáforas a sus movimientos dotándolos de sentido y afecto, y relacionándolos con algún contenido interno. Así se consigue una manera de integrar cuerpo y mente y de evolucionar hacia la simbolización. Este trabajo con Xelai estaba aún lejos de darse. Desde nuestra primera sesión se hace difícil el uso de imágenes. Las imágenes utilizadas debían de ser muy concretas y sencillas.

En general las verbalizaciones con pacientes psicóticos deben hacerse de manera sencilla, clara y estructurada sin incluir conceptos abstractos, poco claros o ambiguos. Se hacen verbalizaciones para dar instrucciones, aclarar, acompañar el movimiento, denominar las partes del cuerpo, emociones, sensaciones, etc. Un beneficio del uso de la verbalización junto al movimiento promueve la formación del pensamiento y la cognición y ayuda a ganar insight (Martínez Mora, 2009) De mi diario: “En nuestra séptima sesión, propongo imaginar una montaña y describo varios tipos de montaña aprovechando la traducción de Irina (de arena, rocosa, con mucha vegetación, desértica, con cuevas, con precipicios, con gran pendiente o poca...). Él pide que empiece yo primero, así que escalo mi montaña con movimientos amplios, uso una simple secuencia y le doy un final. Ahora le digo de escalar a él su montaña y siento como se coloca frente a su montaña. No inicia el movimiento y dice que no sabe que ha de hacer. Se muestra dubitativo y durante toda la secuencia acompañó sus movimientos preguntando y hablando a la

par que Irina iba traduciendo. Irina, durante la sesión se mantuvo en la periferia y fuera del alcance de la mirada de Xelai, así que mientras el escalaba e iba hablando, lo hacía desde su montaña. Decía que no sabía cómo debía hacerlo mientras enganchaba una “cuerda” en la montaña (como un escalador profesional). Aunque sus movimientos no fueron amplios realizó una secuencia simple, concreta y comprensible. Le pregunté cómo eran las vistas desde donde estaba y él contestó que “supone” son bonitas vistas. Para bajar de la montaña, Xelai pregunta cómo ha de hacerlo a la vez que va bajando de su montaña con cuidado y desenganchando la “cuerda” antes colocada.”

3.8. Mirroring

Koch y Fischman (2011) dicen: “enactive cognition emerges from the dynamic codetermination of self and other”. Las experiencias están siendo moldeadas continuamente entre Xelai y yo de una manera encarnada. Son escasas las creaciones espontáneas expresadas a través de su movimiento y son pocos los movimientos que inicia. Sin embargo, a través del espejamiento, de mis movimientos, de mi cuerpo y de este bucle retroalimentado, Xelai puede integrar sus propios movimientos, sin percatarse de ello. En cierta manera, a través del terapeuta, se da una especie de creación espontánea, preparando un camino hacia la autonomía en esa creación espontánea.

3.9. Rasgos obsesivos compulsivos

Bleuler (1950) afirmó, "el pensamiento compulsivo (obsesión) es el más común de todos los fenómenos automáticos". Caracterizó a los rasgos obsesivos y compulsivos en la esquizofrenia como "automatismos" que son similares a las alucinaciones auditivas o visuales, lo que significa que son "alucinaciones de pensar, esforzarse y desear" (Hunter y Lysaker, 2015). Bleuler consideraba que los síntomas obsesivos eran un pródromo o parte integral de lo que se conocía, en esa época, como demencia precoz (Castillo y Corlay, 2011). Xelai presentaba claros rasgos obsesivos y compulsivos.

En Tonna y col (2016) se menciona que los rasgos obsesivos y compulsivos en la esquizofrenia pueden ser un subtipo separado de esquizofrenia con su propia fisiopatología, que está relacionada con niveles más altos de conductas desadaptativas y con un peor resultado clínico y una mayor discapacidad.

En un estudio retrospectivo temprano, Fenton y McGlashan (1986) encontraron que los rasgos obsesivos y compulsivos en la esquizofrenia están asociados con un peor funcionamiento social y global. Además, el estudio demostró que los rasgos obsesivos y compulsivos persistentes en la esquizofrenia predijeron un peor pronóstico. Estos hallazgos se han replicado en participantes con esquizofrenia crónica. El metanálisis de Cunill y col (2009, citado en Fenton y McGlashan, 1986) respalda que los rasgos obsesivos y compulsivos agravan la psicosis. Sus resultados apoyan la perspectiva de un subtipo de esquizofrenia con rasgos obsesivos y compulsivos que puede tener su propia etiología, curso y pronóstico (referenciado en Hunter y Lysaker, 2015), como también, según varios autores, puede tener sus propias intervenciones de tratamiento (Buckley y Hwang, 2015)

Tonna y col (2016) dicen que, por otro lado, se ha encontrado que los rasgos obsesivos y compulsivos leves (es decir, síntomas por debajo del umbral de diagnóstico para el TOC) mejoran el funcionamiento psicosocial (de Haan et al., 2013a). Además, Tonna et al. (2015a, citado en Tonna y col, 2016) demostraron una transición gradual de un efecto positivo a un impacto adverso en el funcionamiento en función de la gravedad de los rasgos obsesivos y compulsivos (de leves a moderados-graves). Varios autores, a los rasgos obsesivos y compulsivos (a un nivel leve) los consideraron como un intento compensatorio de mitigar el curso de la esquizofrenia. Desde este punto de vista, los rasgos obsesivos y compulsivos leves podrían constituir una ayuda contra la psicosis solo para los síntomas de desorganización menos graves (Tonna y col, 2016).

Tonna et al. (2015) dicen, que en contrapartida hay datos que no apoyan la hipótesis de un papel protector de los rasgos obsesivos y compulsivos sobre el deterioro funcional en la esquizofrenia (Stengel, 1945, Rosen, 1957).

Segunda fase

3.10. El proceso post confinamiento

Tras tres meses de confinamiento, vuelvo a trabajar con Xelai. Este proceso abarca los meses de mayo a diciembre, de la sesión 8 a la 31. Se producen cambios destacables que deben ser comentados.

La imagen de cyborg de Xelai se intensifica con la mascarilla lo que hace aún más difícil la comunicación verbal, intensificado ante la ausencia de la intérprete. Observo que ha perdido dinámicas de movimiento que realizaba cómodamente desde la primera sesión. Su cuerpo parece más fragmentado. Chaiklin (1975), dice que cuanto más perturbado o afectado esté un paciente más fragmentado y desincronizados serán sus patrones de movimientos y que por lo tanto existe una falta de conexión entre cuerpo y mente. La dinámica de movimientos de Xelai (doblar las rodillas y realizar botes con el cuerpo), dinámica que realizó desde la primera sesión y repitió en las siguientes, formó parte de un medio de comunicación, como una guía, motor, elemento de una estructura. Ese patrón de movimiento “motor” parecía que había dejado de existir (a ese patrón de movimiento lo llamé “motor” en nuestra primera fase del proceso). Es como si hubiese desaparecido ya que fui a su búsqueda, pero no lo encontré.

En esta segunda fase (después del confinamiento), era fundamental para mí comunicar a través del movimiento con Xelai de la manera como lo menciona Chace “te comprendo, te escucho y todo está bien” y así contribuir a validar su experiencia (Levy, 1992, citado en Fischman, 2005a). De esta manera, como menciona Chace, deseaba nuevamente observar las manifestaciones no verbales de Xelai y comunicarnos otra vez a través de esos aspectos comunicativos presimbólicos. En cierta

manera, deseaba evitar interferencias en ese proceso, como por ejemplo querer encontrar el antiguo patrón de movimiento “motor”, o cualquier juicio, idea, conocimiento previo que enturbiara mi observación y experiencia.

Ese patrón de movimiento “motor” formaba parte del conocimiento que permanece “detrás de la escena”. En Panhofer y Payne (2011): “Gallagher (2005) investigates the influence of the body on self consciousness, perception, language and social cognition, claiming that the body shapes the mind at a fundamental level, contributing to a prior kind of knowledge which is unavailable to introspective consciousness, a knowledge which remains ‘behind the scene’. From neuroscience, Damasio calls this knowledge from ‘behind the scene’ our ‘nonverbal narrative of knowing’ (Damasio, 1999). This nonverbal narrative creates consciousness that, according to him, is the foundation of consciousness. Damasio states that he would find it unlikely that consciousness would depend on the impulses of verbal translation and on the unpredictable level of focused attention paid to that.”

Respecto a la conciencia corporal, Xelai parece que hubiera perdido, olvidado o extraviado las partes de su cuerpo y parece más confuso que en la primera sesión. Le cuesta encontrar las partes de su cuerpo, es como si su brújula interna hubiese cambiado de norte.

Xelai se muestra ahora más reticente frente al material, incluso con aquel que ya conocía. También necesita más tiempo de análisis frente al material, a la ejecución de dinámicas de movimientos, al tomar iniciativas y decisiones. En sus movimientos, el tiempo es más sostenido y el peso más liviano. Xelai, ahora, utiliza un patrón de movimiento que consiste en abrir y cerrar los brazos (al doblar y estirar sus codos) en el nivel medio y el plano horizontal. A ese patrón lo llamé movimiento “salvavidas”, ya que, por una parte, era el único patrón de movimiento que podía realizar y por otra, lo utilizaba cuando no conseguía realizar otros movimientos que intentaba llevar a su cuerpo y

movimiento. Este movimiento salvavidas se perpetuó durante una temporada. Realmente parecía otra persona.

Durante el confinamiento pude llevar más en profundidad la práctica del triple proceso escritura-movimiento-escritura, por lo que en esta segunda fase, sentí incorporada esta práctica que me ayudó a entender mejor a Xelai.

En Panhofer y Payne (2011) se explica que los procedimientos metodológicos, el cambio de la escritura al movimiento y de regreso a la escritura destacan cómo la experiencia incorporada a menudo reduce la palabra y el lenguaje analítico técnico para comunicar la experiencia. De hecho, a este respecto, las autoras comparten lo que un co-investigador escribió en sus comentarios finales: “Revivir la experiencia del cliente en mi propia piel me ha dado información más clara y más detallada sobre lo que sucede. Me facilitó comprender y empatizar con ella ". En línea con los desarrollos de la lingüística cognitiva, diversos autores muestran que las posibles formas de comunicar la experiencia corporal pueden ser a través de una forma específica de usar palabras: metáforas, imágenes y poesía (Panhofer y Payne, 2011).

Panhofer (2011) dice que en el triple proceso de escritura, movimiento y escritura se muestra la importancia del lenguaje no verbal como modo de saber, ampliando la idea del conocimiento y la mente encarnados. Al comparar las narrativas escritas antes y después del proceso de movimiento, parecía que las secuencias de movimiento en sí mismas habían reemplazado hasta cierto punto las palabras. Esto lleva a la pregunta ¿cuánto del movimiento puede ser expresado en palabras?, o ¿hasta qué punto el movimiento reemplaza palabras o las hace más concisas? También se enfatiza las formas emergentes de comunicar la experiencia encarnada, atrayendo el elevado uso de metáforas e imágenes simbólicas, así como un lenguaje poético. Esto podría significar que el movimiento acerca a los terapeutas a sus metáforas del cuerpo, lo que demuestra que la palabra encarnada debe estar vinculada a un vocabulario personal y emotivo.

Con esta práctica, el círculo retroalimentado en el que estaba se llenaba cada vez más de imágenes, símbolos, colores, música, y tantos elementos de un mundo multisensorial y multidimensional. Además, se aplicaron pautas de observación, meditación y mirroring.

En este nuevo proceso, cuando comunicamos verbalmente (sin Irina) Xelai mezcla tanto el ruso con el inglés y muchas veces no se puede entender verbalmente pero curiosamente su entonación es más melódica, su habla resulta más fluida, utiliza más palabras en sus frases y lo siento más presente, su contacto visual es vívido y se me hace más nítido observarlo y sentirnos.

Respecto a su proceso ritualista al inicio de las sesiones, observo que va incluyendo nuevos elementos, como por ejemplo utiliza más acciones comprobatorias: confirmar el ajuste de la cintura de su pantalón, ajustar su mascarilla que, al concentrarme en estas acciones, he podido contabilizar unas 8-9 veces de repetición en cada una de estas acciones comprobatorias.

Mi rol para Xelai sigue siendo el mismo: guía. Muchas veces dice, por ejemplo, que primero ha de mirar para luego hacer y cuando no consigue incorporar los movimientos a su cuerpo recurre a su movimiento salvavidas. Acentúa sus mecanismos de evasión, escape, resistencia. A lo largo de todo el proceso, parece que no tiene conciencia de sus emociones, sentimientos ni tampoco los de los demás y utiliza varias técnicas de evasión frente a los momentos en los que hablamos de ellos, o cuando se siente “sobrecargado, abrumado, confuso, incómodo, retado, fatigado”. Por ejemplo, ir al baño es una técnica que utiliza en esos momentos, en una ocasión dijo que quería ir al baño pero que aún no sabía si iría...aunque finalmente decidió ir.

Respecto a la conciencia corporal, Xelai comenta que no sabe cuáles son los dedos de las manos y percibo su confusión. Expresar su confusión, nombrar las partes de su cuerpo, sus dedos, ha sido novedoso en nuestro proceso. A partir de allí, usaremos el castellano para nombrar las partes del cuerpo, como si su “nuevo cuerpo” también tuviera nuevas partes nombradas en español. Cuando no consigue llevar a su cuerpo un determinado movimiento, recurre a su movimiento salvavidas que

poco a poco fue abandonando. Más adelante, se muestra aún más presente y toma más consciencia de su cuerpo, consigue tocarse la cabeza, conectar con su frente, aunque pareciera que primero la buscara y cuando consigue encontrarla, pareciera que no fuera suya.

Comienza a conectar con partes del cuerpo que antes resultaba improbable: cuello, pecho y vientre. Va reconectando con la imaginación y lo hace a través de imágenes sencillas como tocar el piano y aunque no consiga discriminar los dedos de su mano, mueve la mano en bloque para tocar el piano juntos, también imagina ser un pájaro y volar. La imaginación comienza a crecer en nuestro proceso y como dice Chaiklin (1975): la imaginación y la verbalización como respuestas de patrones de movimiento involucran más a los pacientes.

Con el material utilizado, se muestra precavido, desconfiado. Por ejemplo, cuando se reencuentra con la fitball (con la que trabajamos continuamente) parece que fuera la primera vez que la viera (incluso en la sesión 28 se comporta con la fitball como si fuera la primera vez que interacciona con ella) y necesita de un proceso de análisis e interacción introductorio con dicho material. Gracias a la fitball, Xelai consigue alcanzar el nivel bajo poniéndose en cuclillas y también sentarse sobre ella y controlar la inestabilidad hacia el equilibrio. La coordinación en un juego con pelotas en las manos le resulta confortable a Xelai e incluso se ríe conmigo interaccionando con estas pelotas, creando una coreografía.

Frente a material novedoso, es probable que al inicio Xelai lo rechace. La primera vez que ofrecí este instrumento (Ver Imagen 5) sólo pudo observar como yo misma lo manipulaba. Sin embargo, más adelante del proceso, dubitativo y sin interés en tocarlo consiguió tocar las clavijas.

Imagen 5

Instrumento música



Extraída de foto de material propio

Con materiales como las plumas que facilitan la utilización del tiempo sostenido y peso ligero que caracterizan sus movimientos, curiosamente con esa cuerda de plumas no realiza movimiento ninguno, dejándola estática, cogiéndola de un extremo como si fuera un animal muerto. Al colocar unas cuerdas en el suelo de la sala, se siente cómodo al seguir el camino trazado con esas cuerdas, se siente guiado, orientado y sin necesidad de entrar en ningún análisis previo para realizar esta acción, casi de manera automática. A lo largo de nuestro proceso, interactúa más a través del material. Al interaccionar con instrumentos de música lo hace de manera muy precavida y evita los sonidos estridentes que le molestan. A un cierto momento, aparentemente abrumado, interrumpe la secuencia para ir al baño. Al dibujar sigue necesitando también el apoyo de un terapeuta guía.

La capacidad de moverse juntos en el tiempo es una destreza social requerida de las personas en comunicación (Kendon, 1970). Teniendo en cuenta esta influencia, en las últimas sesiones, creamos un ritual de cierre de sesión: formamos un círculo y juntamos las palmas de nuestras manos presionando y vociferando la letra E. Y es así que también se empieza a dar el contacto corporal, dándonos las manos. Panhofer y col (2011a) comentan que es solo a través del movimiento que se puede acceder a las primeras experiencias corporales preverbales que ofrecen una posibilidad única de comunicación en un nivel muy temprano. Por lo tanto, la inclusión del movimiento como

herramienta para la supervisión se considera vital para la supervisión en DMT, pero también para otras técnicas psicoterapéuticas. Xelai comenzó a enriquecer las dinámicas de movimiento y en la sesión 26 escribo: “Jugamos con el ritmo de la canción ya que permite hacer pausas y poses. Xelai se ríe y sus movimientos están en sincronía con el ritmo y con mis movimientos. Me sorprendió observar movimientos nuevos en Xelai: los movimientos de la parte superior de su cuerpo y los de la parte inferior se disociaron. Los movimientos de los brazos cambiaban de dirección y de plano y se dirigían hacia el lado izquierdo, mientras que los movimientos de sus piernas y parte inferior de su cuerpo podían también adquirir esas cualidades y cambios de plano y direcciones. Se me formó una imagen viva y nítida de la forma que adquirió el cuerpo de Xelai al hacer esos movimientos.” Posteriormente, Xelai incluso consigue bailar sin música y sin el terapeuta (el guía). Al inicio parecía confuso, pero luego siento que presta atención a sus propios movimientos cuando empecé a espejarlos. Sentí que no era guía esta vez, sino reflejo de parte de su yo.

Algo destacable en esta nueva parte del trabajo es como consigue expresar sus inquietudes, sus sentimientos (aunque él no lo reconozca), por ejemplo, culpabiliza a su padre de sus retrasos a las sesiones y dice que está harto de él y cuando le pregunto si está enfadado (u otra emoción o sentimiento), responde que no, no toma conciencia de sus emociones, sentimientos y sus comentarios suelen ser técnicos. Toma cierta conciencia de lo que le sucede, como por ejemplo cuando verbaliza que le cuesta imaginar, o cuando dice por primera vez que estamos bailando. Es consciente de que necesita tiempo para conectar con su cuerpo (es la primera vez que habla de conectar con su cuerpo).

He de destacar un elemento protagonista que aparece en mitad del proceso: el humor, que será un gran medio de comunicación entre ambos, una manera de estar juntos en una misma dimensión y sentido. En algunos momentos, parece que los rasgos de su trastorno desaparecen.

Hasta el final de nuestro proceso, la manera de hablar de Xelai es ambigua y como dice Irina, la intérprete presente en algunas sesiones, utiliza palabras “comodines” (aproximadamente 6 palabras de 10). En nuestra última sesión (que fue verbal), uno de los objetivos fue que Xelai contemplara seguir frecuentando el SRC a través de las actividades que ofrecen para así evitar el aislamiento social que venía viviendo hace ya más de 10 años. Además, se desea que Xelai pueda aprender el castellano a través de clases particulares (que sus padres pueden pagar holgadamente), para poder comunicar.

Progresivamente, en nuestras sesiones, la intuición se alimentaba de la comunicación que se daba en base al ritmo, la sincronía, a través de familiarización con el material, gracias a la estructura de las sesiones y al setting. En cierta manera, usé ese procedimiento para elaborar, modificar y experimentar la puesta en práctica de mi nueva herramienta: TRIC

IV. Metodología: Tabla TRIC

“Las palabras son un medio de intercambio y de nuevas posibilidades de estar con los otros, pero no pueden reflejar la totalidad de nuestras experiencias, afectos y sentimientos”. (Vella y Torres, 2012). Se hace evidente que para la comunicación e interacción con una persona esquizofrénica tienen un gran valor los componentes no verbales, los elementos del paralenguaje. Gracias a estos elementos se dan las bases para el encuentro intersubjetivo e intercorpóreo a partir de la empatía kinestésica, el entonamiento afectivo como ejes del proceso terapéutico.

En el universo de la comunicación no verbal se consideran diferentes elementos que tratan sobre la expresión facial (supuesto básico biológico), la interacción visual, el movimiento, el gesto, el paralenguaje (características extralingüísticas del discurso, como el tono de la voz, el ritmo, etc), comportamientos en el espacio, y los diferentes canales en la comunicación (Weitz, 1974).

Por otra parte, seguí la estructura propuesta en Vella y Torres (2012), dónde el objetivo del trabajo era desarrollar una pauta de observación en castellano que permitiera evaluar las conductas del movimiento relacionadas con la dimensión de relaciones interpersonales (Ver Anexo 1).

Las autoras propusieron tres momentos diferenciados para evaluar las distintas subdimensiones basándose en la estructura de sesión frecuentemente utilizada en psicoterapia. Tomaron, como referencia, la estructura de sesión psicoterapéutica y la metodología de trabajo de Marian Chace (Cruz y Kogh, 2004, citado en Vella y Torres, 2012), organizándose así en tres partes:

1. Un comienzo, contactos iniciales
2. Un intermedio, desarrollo de la sesión
3. Un final, cierre de la sesión

El desarrollo del instrumento de las autoras fue constituido para aplicarlo a un grupo de pacientes. La tabla TRIC está dirigida para la aplicabilidad en la terapia individual con lo que realicé diferentes adaptaciones. Al final de los tres momentos Vella y Torres introducen la subdivisión de Valoración dónde se evalúan las respuestas de cada ítem y se cuentan. La tabla TRIC no cuenta con esta subdivisión ya que pretende visualizar el grado de presencia de cada elemento y ver la progresión de cada uno de ellos a lo largo de las diferentes observaciones.

En la primera parte, el comienzo o contactos iniciales, las autoras incluyen 5 bloques (Saludo, inclusión, participación, permanencia y valoración), sin embargo, la tabla TRIC se divide en 2: Saludo y permanencia, comunicación y participación, en ambos bloques se trabaja el saludo inicial, check-in y el trabajo de conciencia corporal (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Primera fase, diferenciación TRIC original y adaptación

Primera fase: Comienzo o contactos iniciales	
Autoras originales: Vella y Torres, 2012.	Adaptación propia
Bloque I: Saludo	Bloque I: Saludo
Bloque II: Inclusión	Bloque II: Permanencia, Comunicación y Participación
Bloque III: Participación	
Bloque IV: Permanencia	
Bloque V: Valoración	

Nota: Elaboración propia.

En la siguiente etapa, en el intermedio o desarrollo de la sesión, las autoras basan las valoraciones en todo lo referido al uso del espacio, a las interacciones interpersonales y a la permanencia en el espacio terapéutico. Dentro de esta etapa, la tabla TRIC, también incluye el calentamiento en movimiento. Consta de 4 bloques en la propuesta de Vella y Torres (Espacio, Interacción, Permanencia y Valoración), conservando para la TRIC, los tres primeros y adecuándolos para terapia individual como podemos observar en la Tabla 2.

Tabla 2.

Segunda fase, diferenciación TRIC original y adaptación

Segunda fase: Intermedio o desarrollo	
Autoras originales: Vella y Torres, 2012.	Adaptación propia

Bloque I: Espacio	Bloque I: Espacio
Bloque II: Interacción	Bloque II: Interacción
Bloque III: Permanencia	
Bloque IV: Valoración	Bloque III: Permanencia

Nota: Elaboración propia.

En la etapa final o cierre, las autoras incluyen todo lo concerniente al proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica, se cierra la sesión mediante una rueda de intervención y feedback (corporal y/o verbal) y con un ritual de fin, despidiéndose hasta la sesión siguiente. En esta etapa es importante la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal. Por tanto, las autoras en esta etapa distinguen 3 bloques (Comunicación, participación y espacio; Permanencia y Valoración (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Etapa final, diferenciación TRIC original y adaptación

Tercera fase: Etapa final o cierre.	
Autoras originales: Vella y Torres, 2012.	Adaptación propia
Bloque I: Comunicación, Participación y Espacio	Bloque I: Permanencia, Comunicación y Participación
Bloque II: Permanencia	Bloque II: Despido.
Bloque III: Valoración	

Nota: Elaboración propia.

En la tabla TRIC, el bloque “Permanencia, Comunicación y Participación” que se encuentra tanto en la etapa inicial como final contiene los siguientes ítems: Espacio terapéutico (ítem 4 y 31); Tiempo para iniciar la sesión (ítem 5); Contacto visual (ítem 6 y 32); Mirada perdida (ítem 7, 29 y 33); Entonación de la voz (ítem 8 y 34); Ambigüedad en la manera de hablar (ítem 9 y 35); Fluidez en el habla (ítem 10 y 36); Tiempo de habla (Numero de palabras utilizadas) (ítem 11 y 37); Movimientos del cuerpo que denotan inquietud (ítem 12 y 38); Inicia una conversación o pregunta (ítem 13 y 39); Continuidad en el tema tratado (ítem 14 y 40); Uso de las manos al hablar (ítem 15 y 41); Uso de metáforas al hablar (ítem 16 y 42); Expresión facial (ítem 17 y 43); Sonrisa adecuada (ítem 18 y 44); Uso del humor (ítem 19 y 45).

La mayoría de estos ítems se refieren a la comunicación no verbal. Según Birdwhistell, la comunicación no verbal está compuesta por signos mucho más complejos que el lenguaje humano y están cargados de un mayor contenido de expresiones conscientes y sobre todo inconscientes. Por ello, la tabla TRIC no tienen como objetivo realizar un análisis riguroso de sus elementos (movimientos, gestos, expresiones de la cara, del paralenguaje, uso del espacio y de tantos otros elementos de la comunicación no verbal) ni tampoco una interpretación de los mismos, porque para ello, además de necesitar considerar el contexto en que se dan, se requiere un abordaje complejo. Dar un significado al movimiento es muy complicado (Davis, Cruz y Berger, 1995).

El objetivo de la tabla TRIC trata de considerar el grado de presencia en el que se encuentran cada uno de sus elementos como manifestación de interacción y comunicación.

Muchos elementos de la TRIC, sobre todo, se relacionan con las peculiaridades de los aspectos paralingüísticos en la comunicación de los esquizofrénicos, que según Salavera et al (2009, referenciado en Padilla, 2016) se resumen en los siguientes:

- No utilizan un volumen de voz adecuado, su volumen desciende cuanto mayor es la longitud del mensaje. Relacionado con los ítems 8 y 34 (Entonación de la voz)

- La entonación es plana y monótona, causando que el receptor pierda el interés puesto que no se produce un acompañamiento emocional al mensaje que ese está emitiendo. Relacionado con los ítems 8 y 34 (Entonación de la voz)
- Su timbre de voz es muy agudo o muy grave. Relacionado con los ítems 8 y 34 (Entonación de la voz)
- No hay fluidez ni continuidad en su discurso. Relacionado con los ítems 10 y 36 (Fluidez en el habla)
- La velocidad de su discurso presenta dos posibilidades que oscilan entre la logorrea y el habla extremadamente lenta, dependiendo de la tipología de la enfermedad y el grado de deterioro cognitivo. Relacionado con los ítems 10 y 36 (Fluidez en el habla)
- La claridad es confusa, puesto que hay que pedir continuas aclaraciones con respecto a sus neologismos empleados. Relacionado con los ítems 9 y 35 (Ambigüedad en la manera de hablar)
- Su tiempo de habla es corto y con grandes periodos de silencio. Relacionado con los ítems 11 y 37 (Tiempo de habla (Numero de palabras utilizadas))

Respecto a los aspectos no verbales en la comunicación en esquizofrenia (Salavera et al, 2009, referenciado en Padilla, 2016), se observa:

- Tienen una expresión facial carente de expresividad y elementos comunicativos. Los pacientes que padecen esquizofrenia tienen menos expresiones faciales espontáneas (Henry et al., 2007, referenciado en Del-Monte, 2013, p. 33). Relacionado con ítems 17 y 43 (Expresión facial)
- Su mirada está perdida. Relacionado con ítems 7, 29 y 33 (Mirada perdida)
- Suelen no mantener contacto visual con el interlocutor. Relacionado con ítems 6 y 32 (Contacto visual)

- Su sonrisa es inadecuada. Relacionado con ítems 18 y 44 (Sonrisa adecuada)
- Presentan extremos respecto a la distancia y contacto físico, que oscilan entre lo invasivo (ocupando el espacio vital del interlocutor en una distancia extremadamente próxima) y la lejanía (con un distanciamiento total y con continuas alusiones al receptor a larga distancia). Relacionado con ítem 27 (Adecuada distancia corporal).
- Reflejan apatía mediante la inexistencia de gestos. Sus manos permanecen inmóviles y parecen estar más centrados en sus “voces internas” que en los que les comunican los emisores.

Ray Birdwhistell dice que algunos gestos de las manos están vinculados al lenguaje verbal, y enfatizan lo que se está diciendo; mientras otros revelan emociones involuntariamente. En un estudio (Walther et al, 2016), la realización de gestos con las manos al inicio de éste fue de valor agregado para predecir el funcionamiento social en el seguimiento. Los pacientes que padecen esquizofrenia tienen menos gestos espontáneos con las manos (Kupper et al., 2010, Lavelle et al., 2012, referenciado en Del-Monte, 2013). Relacionado con los ítems 15 y 41 (Uso de las manos al hablar)

Cuando entramos en los componentes verbales propiamente dichos vemos que:

- El contenido es muy poco interesante, aburrido y muy poco variado, siendo en muchas ocasiones delirante, lo que dificulta la comprensión del interlocutor. Relacionado con los ítems 9 y 35 (Ambigüedad en la manera de hablar) y con los ítems 14 y 40 (Continuidad en el tema tratado)
- Las notas de humor a lo largo de la conversación son escasas, con un contenido muy serio en su discurso. Relacionado con ítems 19 y 45 (Uso del humor)

Según Salavera y Puyuelo (2010) y otros autores, los esquizofrénicos no hacen uso de la habilidad para comunicar ironía, tienen que pedir aclaración sobre la conversación, les cuesta un gran esfuerzo corregir los errores y muestran poca habilidad para seguir instrucciones verbales.

Las preguntas cuando existen son cortas, generales cuando quieren expresar algo particular y muy concretas cuando en realidad quieren formular una pregunta general, en el otro polo tenemos a las personas que nunca hacen preguntas o en muy raras ocasiones. Relacionado con los ítems 13 y 39 (Inicia una conversación o pregunta)

- Las respuestas a preguntas son monosílabos y poco adecuadas, sin extenderse en la respuesta, teniendo que hacer varias preguntas para llegar a una respuesta que en otro tipo de población bastaría con una sola pregunta. Lavelle et al. (2012, referenciado en Del-Monte et al. 2013, p. 30) mostraron que los pacientes con esquizofrenia hablan menos. Relacionado con los ítems 11 y 37 (Tiempo de habla (Numero de palabras utilizadas)).

También se puede apreciar similitudes con los elementos de la escala del Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (Caballo, 1988, referenciado en Salavera, Gost y Antoñanzas, 2010, p. 227) que son, respecto a los componentes no verbales: expresión facial; mirada; postura y orientación; tensión; distancia física; gestos; apariencia personal; y oportunidad reforzamiento. Los componentes verbales son: volumen; entonación; timbre; fluidez; velocidad; pronunciación y claridad; y duración de la conducta verbal; y el contenido verbal está compuesto por: humor; atención personal; respuestas a preguntas; e iniciativa.

Otras similitudes se encuentran en Granziol, Spoto y Vidotto (2018). Es un estudio dónde se realizó un análisis profundo tanto de la literatura científica como del DSM-5 para construir el conjunto de conductas no verbales. Se obtuvo una lista inicial de 138 ítems que investigaban los comportamientos a partir de los instrumentos utilizados para evaluar la esquizofrenia. Luego se aplicó la Evaluación Psicológica Formal (FPA; Spoto, Bottesi, Sanavio y Vidotto, 2013) para

reducir la lista preliminar. Surgió una lista final de 23 elementos necesarios y suficientes para investigar los comportamientos no verbales (Ver Anexo 2).

La estrategia de investigación para definir atributos se centró en dos fuentes de datos:

1. La literatura científica sobre los comportamientos no verbales de la esquizofrenia. En particular, la investigación se realizó buscando en las bases de datos de Scopus, PsycINFO y PubMed los siguientes términos: "conducta no verbal" o "conducta motora" o "mirada" o "expresión facial" o "postura corporal" o "movimientos corporales" o "Prosodia" o "voz" o "emoción" o "manifestación somática" y "esquizofrenia" y "síntomas negativos".
2. Los "síntomas negativos" sirvieron como criterio para el diagnóstico de esquizofrenia del DSM-5 (APA, 2013). Todos los comportamientos no verbales que se refieren a este criterio se obtuvieron utilizando la información contenida en las secciones "características de diagnóstico" y "características asociadas que respaldan el diagnóstico" en la tabla de criterios de diagnóstico de la esquizofrenia (Ver Anexo 3).

La lista inicial de 138 ítems que investigaban los comportamientos surgió a partir de los siguientes instrumentos utilizados para evaluar la esquizofrenia:

Escala breve de síntomas negativos (BNSS; Kirkpatrick et al., 2011). Ítems seleccionados: 9, 10, 11, 12.

Escala psiquiátrica multidimensional para pacientes hospitalizados (IMPS; Lorr, 1962, citado en Granzio y col, 2018). Elementos seleccionados: 1, 6, 13, 22, 23, 26, 33, 41, 49, 52, 53, 56, 57, 58.

The Brief Psychiatric Rating Scale 4.0 (BPRS; Overall y Gorham, 1962, Ventura, Green, Shaner y Liberman, 1993). Elementos seleccionados: 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24.

El sistema de codificación etológica para entrevistas (ECSEI; Troisi, 1999). Todos los elementos fueron seleccionados.

La escala social afectiva motora (MASS; Trémeau et al., 2008). Ítems seleccionados: número de sonrisas, gestos co-verbales.

La escala de síntomas prodrómicos (SOPS; Miller et al., 1999). Ítems seleccionados: El tercer ítem de la subescala de síntomas negativos descompuesto dentro de sus tres niveles.

La escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS; Andreasen, 1982). Elementos seleccionados: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 16.

Con respecto a la evaluación de la Tabla TRIC (Ver Anexo 4), en el Bloque I (Saludo) de Contactos iniciales y en el Bloque II (Despido) de Cierre de la sesión, la valoración es dicotómica (Si o No). Para los restantes Bloques, la valoración es de tipo Likert de 0 a 3 (0 = nada; 1 = poco; 2 = bastante; 3 = mucho).

V. Resultados

Se realizaron un total de 7 observaciones cuyos resultados fueron agrupados en una tabla (Ver Anexo 5). Las valoraciones realizadas por el terapeuta (T): 27/02/20; 04/08/20; 25/08/20; 07/09/20; 15/09/20; 08/10/20 y 03/12/20.

Valoraciones realizadas por Irina (O): 04/08/20; 15/09/20; 08/10/20 y 03/12/20.

El 08/10/20 no cuenta con las valoraciones del Bloque I: Permanencia, Comunicación y Participación del Cierre de sesión ya que éste fue excesivamente corto como para observar los ítems.

Es importante remarcar que el 03/12/20 fue nuestra última sesión y fue netamente verbal por lo que no contiene valoraciones de Desarrollo de la sesión ni tampoco valoraciones del Bloque I: Permanencia, Comunicación y Participación del Cierre de sesión.

También se ha de considerar que el check-in (10 a 15 minutos) ha sido siempre más largo que el check-out siendo este último a veces de unos pocos minutos (2 a 3 minutos).

VI. Discusión

Las medidas realizadas por la Terapeuta y la Observadora suelen coincidir y si difieren lo hacen sólo por un punto, salvo ítem 25 medido el 08/10: “Iniciativas y/o propuestas” (fase de Desarrollo de la Sesión) que lo hace en 2 puntos y el ítem 50 “Le cuesta despedirse” medido el 15/09 que tiene un SI (O) y un NO (T).

Se hicieron 200 medidas conjuntas (Terapeuta y Observadora), de las cuales 41 quedaron en blanco. Las medidas que tuvieron un punto de diferencia en la fase Contactos iniciales fueron 20; de la fase de Desarrollo de la Sesión fueron 13 y de la fase de Cierre de Sesión fueron 11. Hubo 115 medidas coincidentes entre la Terapeuta y la Observadora.

Otro dato relevante es que, durante el proceso terapéutico, la Observadora, además del rol de observadora, también tenía el rol de intérprete y de paciente. Después del confinamiento, Irina pasa por un proceso de cáncer de mama, por lo que su rol de paciente en el proceso terapéutico se incrementa o se hace más notable.

Se destaca aquellos elementos o ítems que han aparecido, cambiado y aquellos que no han sufrido variación valorable (significativa):

Respecto a los Contactos iniciales, el bloque I: Saludo (ítems 1, 2 y 3), la observación obtuvo siempre como medida un: SI.

Respecto al Cierre de la sesión, en el bloque II, el ítem 46 (Inicia el despido) siempre obtuvo un NO, los ítems 47, 48 y 49 obtuvieron siempre un SI, al igual que el ítem 50 salvo en 2 ocasiones que obtuvo un NO. El ítem 50 “Le cuesta despedirse” medido el 15/09 tiene un SI (Observadora) y un NO (Terapeuta) y esta diferencia puede ser debido a que Xelai requiere comunicar verbalmente en ruso con la Observadora (Interprete) al final de la sesión y le cuesta despedirse de ella, cosa que no nota la Terapeuta.

Fases de check-in/out:

El tiempo para iniciar la sesión (ítem 5) obtuvo valores altos e incluso se incrementaron a lo largo de las sesiones.

Respecto al contacto visual (ítem 6 y 32) que está interrelacionado con la mirada perdida (ítem 7 y 33), observo que en todos los resultados es prevalente el contacto visual y la mirada perdida no aparece prácticamente en el proceso.

El ítem del cual dependía más la valoración de la observación de Irina fue: Ambigüedad en la manera de hablar (ítem 9 y 35), ya que era ella quien podía resolver mejor la observación de ese ítem. Ella comentaba que Xelai usaba muchas palabras “comodines” (uso de oraciones dubitativas con excesivo uso de adverbios dubitativos).

En cuanto a la Fluidez en el habla (ítem 10 y 36), inicialmente los valores eran de 1 hasta incrementarse a 2 y mantenerse en ese valor.

Los Movimientos del cuerpo que denotan inquietud (ítem 12 y 38) siempre estuvieron presentes en valores altos.

Las valoraciones de Uso de las manos al comunicar (ítems 15 y 41) y de Uso del humor (ítems 19 y 45) fueron claramente incrementándose a lo largo de las sesiones.

Las valoraciones de Uso de metáforas al comunicar (ítems 16 y 42) se mantuvieron en 0 (excepto una vez que obtuvo 1).

En cuanto al Desarrollo de la sesión, los ítems 20, 21 y 22 del Bloque I: Espacio (Amplia movimiento en su kinesfera; Uso de los distintos espacios de la sala y Dejar invadir su espacio por el terapeuta) iniciaron con valores de 1 y se incrementaron a 2. El ítem 23 (Utilización de planos y niveles) se mantuvo en 1.

Respecto al Bloque II: Interacción y Permanencia, las valoraciones de los ítems 24, 26, 27 y 28 (Realiza conductas hacia el terapeuta; Acepta las propuestas de interacción; Adecuada distancia corporal e Interacción con el material), fueron incrementándose.

El ítem 25 (Iniciativa y/o propuestas) tuvo valores de 0 y 1. Hay una diferencia de 2 puntos entre la Terapeuta (2) y la Observadora (0) el 08/10/20. Esta diferencia de medida efectuada por la Terapeuta y por la Observadora es la más significativa de toda la TRIC. Esto puede ser debido a la mirada más terapéutica por parte de la Terapeuta, es decir, una mirada más amplia hacia lo que representa la iniciativa del paciente. Por otra parte, la Observadora, en esta fase de “desarrollo de sesión” está más involucrada en su propio proceso, incluso adquiriendo el rol más de paciente que de observadora.

El ítem 30 (Espacio terapéutico) oscilaba entre valores de 0 a 2 hasta el 15/09/20 que obtuvo valores de 1 que se mantuvieron las siguientes medidas.

Cabe destacar que Xelai vive en un aislamiento social hace más de 10 años. No cuenta con amigos y vive sólo con sus padres. Para Xelai es difícil poder establecer relaciones en el SRC ya que no habla castellano ni catalán, con lo cual tiene pocas oportunidades de desplegar sus habilidades comunicativas.

Respecto a cambios, aumento o aparición de los elementos o ítems de la TRIC en el paciente esquizofrénico promovidos por las sesiones de DMT, en el caso concreto de Xelai, destacaría:

- El incremento del Uso de las manos al comunicar (ítems 15 y 41)
- El incremento de la Sonrisa adecuada (ítems 18 y 44)
- La aparición e incremento del Uso del humor (ítems 19 y 45)

En cuanto al Desarrollo de la sesión, destacaría que el Bloque I: Espacio: no presenta variaciones significativas reflejadas en la tabla TRIC.

Del Bloque II: Interacción, se remarca:

- El incremento de Realiza conductas hacia el terapeuta (ítem 24)
- El incremento de Acepta las propuestas de interacción (ítem 26)
- El incremento de Interacción con el material (ítem 28)

En cuanto al Cierre de sesión resaltaría que a Xelai le cuesta despedirse (ítem 50)

Respecto al ítem Uso de las manos al comunicar (ítems 15 y 41), entiendo que Xelai realizaba el acompañamiento de las manos al hablar de manera espontánea e inconsciente ya que, cuando tomábamos consciencia de las manos, Xelai casi no conseguía discriminar los dedos de su mano, ni hacer girar sus muñecas, pareciendo sus manos dos bloques.

En cuanto a las Sonrisa adecuada (ítems 18 y 44) y el Uso del humor (ítems 19 y 45), remarcaría el uso del humor en terapia por parte de la terapeuta, haciendo de éste una herramienta de trabajo en las sesiones.

En el Desarrollo de la sesión, es notable el incremento de los elementos del Bloque II: Interacción. Esto puede entenderse ya que la interacción es elemento fundamental de la DMT, ya no sólo entre paciente y terapeuta sino también entre paciente, terapeuta y el material utilizado en las sesiones de DMT.

VII. Conclusión

Respecto a la construcción de un método de trabajo para el desarrollo de sesiones de DMT con personas con esquizofrenia a raíz de las experiencias, me gustaría resaltar los siguientes puntos:

- Método de observación: la importancia de la preparación para la observación en sesiones de DMT a través de la toma de conciencia del concepto de epoché.
- Método de anotación: importancia de los métodos de anotación de la observación como son los utilizados para el análisis de movimiento y, en este caso específico, utilización de la creación de una herramienta de recogida de datos específicos respecto a las interacciones entre el terapeuta y el paciente con esquizofrenia paranoide en las sesiones de DMT. Se ha de tener en cuenta que para los danza/movimiento terapeutas se nos hace difícil anotar las observaciones durante las sesiones, cosa que hacemos al finalizar la sesión, al menos que se cuente con un observador externo (cosa poco probable en nuestra práctica diaria). Con lo cual, los métodos de anotación han de ser fáciles de completar.
- Conocimiento del trastorno de esquizofrenia: como objetivo vehicular, el trabajo de búsqueda de conocimiento de dicho trastorno ha sido fundamental. Dada su complejidad, la revisión bibliográfica ha sido un largo trabajo, la mirada hacia la esquizofrenia no sólo se hace desde la psiquiatría y psicología, sino también desde la sociología, la antropología, la neurología, y como punto de partida, desde la filosofía, en definitiva, hablamos de una dimensión psicobiosocial, con la dificultad que ello conlleva. Cabe destacar que en este trabajo hay un aprendizaje implícito que he adquirido y que consiste en la metodología de búsqueda de información. Aprender a utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en el desempeño profesional, conocer la calidad de las revistas de los artículos: Factor de Impacto, Rango y Cuartil según el campo de conocimiento correspondiente y la del artículo (número de citas en función del tiempo que ha sido publicado). También, aprender a tomar conciencia de los posibles sesgos que

pueden tener los meta-análisis (por ejemplo: sesgo de publicación). Otro factor importante para la práctica profesional es la bioética, que consiste no tanto en decir cómo se ha de hacer sino más bien ser consciente de lo que se hace. Son entonces los marcos teóricos que me van a dar la orientación para responder a esas preguntas. Conocer desde qué enfoque (el conocimiento que hay detrás de ese enfoque) se está sustentando una práctica, por ejemplo, o defendiendo una idea, una hipótesis, un concepto, etc.

- Tabla TRIC: si bien fue pensada inicialmente para usarla en sesiones grupales, también resulta útil para sesiones individuales. El caso de Xelai ha resultado ser realmente un caso único, debido a la particularidad de nuestra comunicación verbal (a través de una interprete), quizá esto haya podido influir en los resultados obtenidos en la TRIC con Xelai.
- Triple proceso de escritura, movimiento y escritura: como método de autosupervisión, ha sido en mi práctica una gran revelación y un método de trabajo valioso. De todas las aportaciones de este trabajo, esta práctica es la más “fresca” y enriquecedora y, para mí, necesaria. Esto no sólo para la DMT, sino para cualquier tipo de psicoterapia. Me ofreció más información sobre la interacción con Xelai, pude conocer más profundamente a Xelai, me permitió también prepararme para las sesiones de DMT y llené mi diario personal de dibujos, poesía, imágenes y narrativa. También recalcaría la necesidad de contar con un/a supervisor/a para la puesta en práctica de esta herramienta, cosa que he echado en falta en mi práctica debido a la dificultad de los tiempos de pandemia.

Finalmente, los resultados de la TRIC que llamaron más mi atención fueron los del ítem: “Uso de las manos al comunicar” dónde las puntuaciones fueron incrementándose. Se observó que durante el check-in/out, mientras hablábamos, Xelai acompañaba lo que decía con el uso de las manos (imagino inconscientemente), en contra partida, mientras tomábamos conciencia de las manos, casi no conseguía discriminar los dedos de su mano, ni hacer girar sus muñecas,

pareciendo sus manos dos bloques. Me pregunto si al tomar conciencia de sus manos durante las 31 sesiones que trabajamos juntos, haya podido repercutir en estos resultados obtenidos en la TRIC. Otro aspecto relevante para mí, fueron los incrementos de los resultados de los ítems “Sonrisa adecuada” y “Uso del humor”. Al inicio pensé que esos ítems no conseguirían aparecer y mucho menos incrementarse los valores, debido a las características de Xelai. Nuevamente puedo pensar que al utilizar el humor y la sonrisa como danza/movimiento terapeuta y siendo también características de mi propia personalidad, Xelai haya podido utilizarlos como medio de comunicación conmigo.

Agradezco este fantástico viaje a través de la experiencia del Máster de DMT y de este trabajo que me permiten seguir viajando.

VIII. Referencias bibliográficas

Brüne, M., et al., (2009). Linking social cognition with social interaction: non-verbal expressivity, social competence and “mentalising” in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Behavioral and Brain Functions* 5, 6.

Buckley P.F. y Hwang M.Y. (2015) Comorbid Psychiatric Disorders in Schizophrenia: More than Just a Chance Co-occurrence. In: De Haan L., Schirmbeck F., Zink M. (eds) Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-12952-5_1

Carabaña, J. y Lamo de Espinosa, L. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: Análisis y valoración crítica. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1, 159-203.

Castillo, J., y Corlay, I. (2011). Comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo: ¿Dos entidades diferentes o un mismo espectro entre los dos trastornos? *Salud mental*, 34(3), 279-286.

Cely Ávila, F. E. (2017). El Yo como Construcción Intersubjetiva: lo que Enseña la Esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 207-217.

Chaiklin, S. (1975). Dance therapy. In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (pp. 700–720).

Chaiklin, S., y Schmais, C. (1979). The Chace approach to dance therapy. Eight theoretical approaches in DMT. *P. Lewis Bernstein* (pp.3).

Collins, R. (2009). *Cadenas de rituales de interacción*, Anthropos–Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Azcapotzalco–Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Editorial de la Universidad Nacional de Colombia, Barcelona.

Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221

Davis, F. (2010). *La comunicación no verbal*. FGS.

Davis, M. (1981) Movement characteristics of hospitalized psychiatric patients. *Am J Dance Ther* 4, 52–71.

Davis, M., Cruz, R. F., & Berger, M. (1995). *Movement and psychodiagnosis: Schizophrenia spectrum and dramatic personality disorders*. Annual conference of the American Psychological Association, New York

Del-Monte J, Raffard S, Salesse RN, Marin L, Schmidt RC, Varlet M, Bardy BG, Philippe Boulenger J, Christine Gély-Nargeot M, y Capdevielle D. (2013). Nonverbal expressive behaviour in schizophrenia and social phobia. *Psychiatry Res.* 30;210(1), 29-35.

Dosamantes-Alperson, E. (1982). Working with internalized relationships through a kinesthetic and kinetic imagery process. *Imagination, Cognition and Personality*, 2(4), 333–343.

Escribano, Xavier, (2011). Fenomenología y antropología de la corporalidad en Bernhard Waldenfels". *Ethics & Politics*, (13), 86-98, ISSN: 1825-5167.

Feniger-Schaal, R., y Lotan, N., (2017). The embodiment of attachment: Directional and shaping movements in adults' mirror game. *The Arts in Psychotherapy*, (53), 55-63

Fischman D. (2005b). *Danza Movimiento Terapia. Encarnar, Enraizar y Empatizar, Construyendo los mundos en que vivimos*. I Congreso de Artes del Movimiento. Instituto Universitario Nacional del Arte Buenos Aires, Argentina.

Fischman, D. (2001). Danzaterapia: orígenes y fundamentos. Recuperado de: <http://www.brecha.com.ar/>

Fischman, D. (2005a). *¿Por qué el movimiento y la danza en psicoterapia?* Primeras Jornadas Luso-Ibéricas de Danza Movimiento Terapia, Barcelona.

Fischman, D. (2013). *Supuestos básicos de la danza movimiento terapia*. Centro de Práctica Formación e Investigación en Psicoterapia Expresivas y Danza Movimiento Terapia (Brecha). Argentina.

Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds. A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 12(2), 95-107

Galindo, J. (2015). Erving Goffman y el orden de la interacción [Erving Goffman and the interaction order]. *Acta Sociológica*, 66, 11-34.

Garrido Gómez, E. y Cammany i Dorr, R. (2017). *Aportaciones de la observación y el análisis del movimiento a la enfermería de salud mental*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Garza, M. R. (2008), Aportaciones de las ciencias sociales al estudio de la comunicación interpersonal. *Razón y Palabra*, (61).

Garza, M. R. (2008). De la fenomenología existencial a la comunicología. *Razón y Palabra*, (13).

Golonka Carmichael, N. (2012). Turning towards multicultural diversity competence in Dance/Movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 34(2), 99-113.

Granzio, U., Spoto, A., yVidotto, G. (2018). The assessment of nonverbal behavior in schizophrenia through the formal psychological assessment. *Int. J. Methods Psychiatr*, (27)

Gueshe Kelsang Gyatso (2011). Budismo moderno. *El camino de la compasión y la sabiduría*. Alhaurín el Grande (Málaga): Tharpa.

- Henry, J.D., Green, M.J., de Lucia, A., Restuccia, C., McDonald, S., y O'Donnell, M., (2007). Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophrenia Research* (95), 197–204.
- Hinshelwood RD (1999). Countertransference. *Int J Psychoanal* (80), 797–818
- Hunter H.K., Lysaker P.H. (2015) *Associations of Comorbid Obsessive-Compulsive Symptoms with Psychotic and Affective Symptoms and General Functioning*. In: De Haan L., Schirmbeck F., Zink M. (eds).
- Ibiza Griffiths, L. y Pérez Testor, S. (2011). *La DMT con trabajadores/as que atienden a personas con discapacidad física y/o psíquica*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Irarrázaval, L. M. (2011). Espectro esquizofrénico: Retrospectivas para el futuro de la psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, (22) 85, 47-60.
- Izquierdo, C. y Anguera, M.T. (2000). Hacia un alfabeto compartido en la codificación del movimiento corporal en estudios observacionales. *Psicothema*, (12), 311-314.
- Koch, S. C., and Fishman, D. (2011). Embodied enactive dance therapy. *Am. J. Dance Ther.* (33), 57–72.
- Kyselo, M. (2016) The enactive approach and disorders of the self - the case of schizophrenia. *Phenom Cogn Sci* (15), 591–616
- Laban, R.(1987). *El dominio del movimiento*. Madrid: Fundamentos.
- Leroy, F. y Beaune, D. (2008). Langage et schizophrénie: l'intention en question. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, (166), 8
- Levy, Fran J. (1988). *Dance/Movement Therapy: A healing Art*. Revised Edition.

Liebowitz, G. (1992). Individual dance movement therapy in an in-patient psychiatric setting. *DMT: Theory and practice* (5).

Liebowitz, G. (1992). Individual dance movement therapy in an in-patient psychiatric setting. *DMT: Theory and practice*. (5).

López-Silva, P. (2014). La relevancia filosófica del estudio de la esquizofrenia. Cuestiones metodológicas y conceptuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 43(3), 168-174.

Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L, Stern, D.N. & Tronick, E.Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 282–289.

Martin LA, Koch SC, Hirjak D, y Fuchs T. (2016). Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia-A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Front Psychol.* (31) 7

Martínez Mora, A. P. (2009) *Análisis de un tratamiento individual de danza movimiento terapia en un caso crónico de esquizofrenia residual*. Universitat de Barcelona.

Martínez, J. (2013). La fenomenología de la depresión como modificación de la experiencia del propio self: Opacidad corporal, desincronización temporal y culpa. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 2(1), 3-14.

Moran, D. (2011). *Introducción a la fenomenología*, trad. F. Castro y P. Lazo. Anthropos Editorial.

North, M (1990). *Personality assessment through movement*. Plymouth: Northcote House Publishers Ltd.

Padilla, L. (2016). El proceso de comunicación en pacientes con esquizofrenia=Communication with schizophrenia patients. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 28

Panhofer, H. (2011). Language and non-language ways of knowing in counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance y Counselling*, 39(5), 455–470.

Panhofer, H. and Payne, H. (2011) Language the embodied experience. Body, Movement and Dance in Psychotherapy (6), 215–232

Panhofer, H., Payne, H., Meekums, B., y Parke, T. (2011a). Dancing, moving and writing in clinical supervision? Employing embodied practices in psychotherapy supervision. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 9–16.

Panhofer, H., Payne, H., Meekums, B., y Parke, T. (2011b). *The space between body and mind: Two models for group supervision*. In 10th ECARTE European Consortium for Arts Therapies Education. Retrieved.

Panhofer, H., Payne, H., Meekums, B., and Parke, T. (2012). ‘*The embodied word*’, in S.

Koch, T. Fuchs, and C. Müller (eds.), *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam: John Benjamins.

Pardo de Santayana Gómez, M. y Fischman, D. (2013). *Danza Movimiento Terapia y Psicoterapia Relacional “Las huellas del ser implícito”*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Parnas, J. (2000). *The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia: A phenomenological study*. D. Zahavi (Ed).

Pérez Álvarez, M. y García Montes, J.M. (2006). Entendimiento filosófico de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, (24)1-3 , 11-29.

Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. y Sass, L. (2010). La Hora de la Fenomenología en la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 221-233.

Pieltain Cegarra, P. (2010). *La Psicomotricidad vivenciada, recurso para la Danza Movimiento Terapia en el desarrollo global de la persona*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Rizo, M. (2006). George Simmel, Sociabilidad e Interacción. Aportes a la ciencia de la comunicación. Cinta de Moebio. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, (27).

Rizo, M. (2007). Intersubjetividad, Comunicación e Interacción. Los aportes de Alfred Schütz, a la Comunicología. *Razón y Palabra*, 57.

Rodríguez, R. M. (2011). Uniendo arte y ciencia a través de la danza movimiento terapia. *Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga* (7). 4-11.

Rodríguez, R.M y Puxeddu, V. (2009). *La relación entre las neuronas espejo y el concepto de empatía en Danza Movimiento Terapia (DMT): estudio de caso en pacientes autistas*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Rulf, S. (2003). Phenomenological contributions on schizophrenia: A critical review and commentary on the literature between 1980-2000. *Journal of Phenomenological Psychology*, 34(1), 1–46.

Salas-Calderón, Saskia. (2007). Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. *Actualidades en psicología*, 21(108), 97-115.

Salavera, C. y Puyuelo, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* (30), 84-93.

Salavera, C., Gost, M., y Antoñanzas, J. L., (2010), Habilidades sociales en la esquizofrenia. Trabajo social vs psicología. *Documentos de trabajo social*, (48), 223-231.

Sass, L. (2000). *Schizophrenia, self-experience, and the so-called "negative symptoms."* In: Zahavi, D., ed. *Exploring the SelfPhilosophical and Psychopathological Perspectives on SelfExperience*. Amsterdam, The Netherlands.

- Sass, L., Parnas, J., y Zahavi, D. (2011). Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 18(1), 1-23
- Schelotto Musetti, E. y Panhofer, H. (2012). *Desarrollo emocional y relacional: implicaciones prácticas en danza movimiento terapia*. Universitat Autònoma Barcelona.
- Schmais, C. (1985). Healing processes in group dance therapy. *Am J Dance Ther* (8), 17–36
- Searles, H. (1961). “Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica”. *Clínica e Investigación Relacional*, 10 (1), 262-296
- Spoto, A., Bottesi, G., Sanavio, E., y Vidotto, G. (2013). Theoretical foundations and clinical implications of formal psychological assessment. *Psychother. Psychosom.* (82), 197–199
- Stanghellini, G. (2009). Corporeidad y esquizofrenia. *World Psychiatry* (8), 56-59.
- Stanton-Jones, K. (1992). Theory into practice: clinical examples and techniques. An introduction to dance movement therapy in psychiatry. Londres: Tavistock/Routledge, (5), 85-104.
- Steimer-Krause, E., Krause, R., y Wagner, G., (1990). Interaction regulations used by schizophrenic and psychosomatic patients: studies facial behavior in dyadic interactions. *Psychiatry* (53), 209–228.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1998). La primera relación madre-hijo (4ta ed.). Madrid: Ediciones Morata.

- Tonna M, Ottoni R, Affaticati A, Ferrari L, Monici A, Ossola P, De Panfilis C, y Marchesi (2015). The impact of obsessive dimension on symptoms and functioning in schizophrenia. *Psychiatry Res.* (2)
- Tonna M, Ottoni R, Paglia F, Ossola P, De Panfilis C, Marchesi C. (2016). Obsessive-compulsive symptoms interact with disorganization in influencing social functioning in schizophrenia. *Schizophr Res.* (1-3), 35-41
- Tord Figueras, P. de; Bräuninger, y I. Grounding (2013). *Concepto y usos en danza movimiento terapia (DMT)*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Tortora, S. (2011). The Need to Be Seen: From Winnicott to the Mirror Neuron System, Dance/Movement Therapy Comes of Age. *American Journal of Dance Therapy*, 33, (1), 4–17.
- Trémeau, F., Malaspina, D., Duval, F., Corrêa, H., Hager-Budny, M., Coin-Bariou, L., Macher, J.P., y Gorman, J.M., (2005). Facial expressiveness in patients with schizophrenia compared to depressed patients and nonpatient comparison subjects. *The American Journal of Psychiatry* (162), 92–101.
- Valle, R., Di Natale-Guevara, M. y Cruzado, L. (2017). Psicopatología de la ipseidad y la corporalidad: a propósito de un caso de esquizofrenia cenestopática. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 206-214.
- Vella, G. y Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 148-156.
- Walther S, Eisenhardt S, Bohlhalter S, Vanbellinghen T, Müri R, Strik W y Stegmayer K. Gesture (2016). Performance in Schizophrenia Predicts Functional Outcome After 6 Months. *Schizophr Bull.* 42(6), 1326-1333.

Weitz, S. (1974.). *Nonverbal communication: Readings with commentary*. New York: Oxford University Press.

Xolocotzi Yáñez, A. y Gibu, R. (Coords.) (2014). Fenomenología del cuerpo y hermenéutica de la corporeidad. Madrid-Cd. de México: Plaza y Valdés-BUAP. *Investigaciones Fenomenológicas*, (12), 291-298.

Young, J. (2017). The Therapeutic Movement Relationship in Dance/Movement Therapy: A Phenomenological Study. *Am J Dance Ther* (39), 93–112.

IX . Anexos

Anexo 1

Pauta de Observación: DMT-INTER

TABLA 1 PAUTA DE OBSERVACIÓN: DMT-INTER				
Contactos iniciales				
Bloque I: Saludo				
1. Saluda al profesional	Si	No		
2. Saludo verbal	Si	No		
3. Mantiene el contacto visual durante el saludo	Si	No		
4. Responde a la ampliación del saludo	Si	No		
5. Incluye el contacto corporal durante el saludo (*)	Si	No		
Bloque II: Inclusión				
6. Se incluye en el círculo comunal	Si	No		
7. Modo de inclusión (*)	Es espontáneamente	Con ayuda		
Bloque III: Participación				
8. Manifiesta interés en la participación del círculo (*)	Si	No		
9. Acepta el contacto con los otros a través de las manos (*)	Si	No		
Bloque IV: Permanencia				
10. Espacio terapéutico (*)	Permanece	Abandona		
Bloque V: Valoración				
11. Valoración global	Nº respuestas positivas	Nº respuestas negativas		
Desarrollo de la sesión				
Bloque I: Espacio				
12. Se mantiene en su kinesfera	Si	No		
13. Traslada su kinesfera (*)	Si (poco/mucho)	No		
14. Obstaculiza el recorrido de los otros por el espacio (*)	Si	No		
15. Deja invadir su espacio por los otros	Si	No		
16. Uso de los distintos espacios en la sala (*)	1-2-3			
Bloque II: Interacción				
17. Inicia conductas hacia los demás	Sonrisa	Mirada	Gestos	Movimientos
18. No inicia conductas (*)	Responde		No responde	
19. Acepta o no propuestas de interacción (*)	De a dos	De a tres	Más de tres	
20. Se niega a las propuestas de interacción	Si		No	
21. Distancia corporal (*)	Íntima	Personal	Social	
Bloque III: Permanencia				
22. Espacio terapéutico (*)	Permanece	Abandona		
Bloque IV: Valoración				
23. Valoración global	Nº respuestas positivas	Nº respuestas negativas		
Cierre de la sesión				
Bloque I: Comunicación, participación y espacio				
24. Tipo de cierre (*)	Verbal	Simbólico		Combinado
25. Ubicación dentro del círculo comunal (*)	Si	No		
26. Permanencia en el círculo (*)	Si	No		
27. Participación (*)	Reducida	Ampliada		No verbal
Bloque II: Permanencia				
28. Espacio terapéutico (*)	Permanece	Abandona		
Bloque III: Valoración				
29. Valoración global	Nº respuestas positivas	Nº respuestas negativas		
(*) notas aclaratorias (5) Saludo según costumbres españolas. Se considera contacto corporal uno/dos besos, abrazo o darse la mano. (7) Se considera ayuda la ofrecida por el profesional o los compañeros del grupo. No se tienen en cuenta las dificultades /limitaciones físicas sino la actitud del paciente por incluirse en un trabajo de grupo simbolizado en el círculo comunal. También se observa y valora si la ubicación provoca una ruptura del mismo, o si se ubica fuera de los límites del círculo: hacia el interior o el exterior. Si se ubica en el interior, es considerado como una invasión del espacio común e interpretado como una forma de no estar con los otros. Si la ubicación es en el exterior de los límites del círculo, es considerado e interpretado como una forma de mantenerse apartado. (8 y 9) Participación física del individuo (calentamiento) en relación a la aceptación o no del contacto físico a través de las manos sin importar el tiempo en que se sostenga este contacto. (10, 22 y 28) No se considera un abandono del setting terapéutico si el profesional ha sido previamente informado. (13) Si el individuo se relaciona o no con el espacio social pudiendo ser esta relación de forma reducida o ampliada. Ampliación reducida: el individuo se traslada poco desde los límites de su kinesfera o espacio personal. Relación ampliada (mucho): el individuo se incluye en el espacio social. (14) Si: de manera intencionada; No: se aparta del lugar ocupado. (16) 1: central (inicio y cierre); 2: lateral o periférica; 3: otros espacios. (18) Sólo responde a las conductas iniciadas por otros o si no presenta ningún tipo de respuesta. (19) Sólo se evalúa cuando estas respuestas son aceptadas. (21) Íntima: < de 60cm; personal: 60 cm entre individuos; social: > de 60 cm. (24) Depende del estilo o intención del profesional. Sólo si se marca la opción verbal se valora el ítem 27. (25 y 26) Se observa inclusión, interés y participación del individuo en el círculo comunal en el cierre de la sesión. (27) Verbal reducida: se limita a contestar lo que se le pregunta; Verbal ampliada: añade información y amplía la conversación; no verbal: no emite palabras.				

Anexo 2

The clinical context with the 23 items and the attributes they investigate

Item	Description	Attributes
BNSS9	Total or nearly total lack of facial expressions throughout the conversation.	A1
ITEM2	Lack or reduction of head's movements	A2
BNSS12	All or nearly all replies are one or two words. Subject does not speak.	A3
IMPS1/22	Does the patient manifest speech that is slowed, deliberated, or labored? Does the patient manifest blocking, halting, or irregular interruptions in his speech?	A4
SANS7	The patient fails to show normal vocal emphasis patterns, is often monotonic.	A6
SANS2	The patient shows few or no spontaneous movements, does not shift position, moves extremities, and so forth.	A7
SANS3	The patient does not use hand gestures, body position, and so forth, as an aid in expressing his ideas.	A8
SANS4	The patient avoids eye contact or "stares through" interviewer even when speaking.	A9
SANS23	The patient appears uninvolved or unengaged. He may seem "spacey".	A10
SANS5	The patient fails to laugh or smile when prompted.	A1,10
BPRS17L6-7 ^a	Actively avoids emotional participation. Frequently unresponsive or responds with yes/no answers (not solely due to persecutory delusions). Responds with only minimal affect. May leave during interview or just not respond at all.	A3,10
BPRS18L5	Seldom moves or speaks spontaneously or very mechanical or stiff movements.	A3,7
IMPS16	Does the patient manifest movements or gestures that are slowed, deliberate, labored, or delayed?	A7,8
BPRS17L4-5	Emotional contact not present much of the interview because individual does not elaborate responses, fails to make eye contact, does not seem to care if interviewer is listening, or may be preoccupied with psychotic material.	A9,10
BPRS18L4	Large reduction or slowness in movements or speech.	A4,7
IMPS33	Does the patient manifest speech that is slow, weak, whispered, or difficult to hear?	A4,5
SOPS3a	Flat, constricted, diminished emotional responsiveness, as characterized by a decrease in facial expression, modulation of feelings (monotone speech) and communication gesture (dull appearance).	A1,6,8
BNSS11	Nearly total lack of expressive gestures; virtually no movement of arms, hands, head, or body when recounting all emotional experiences.	A2,7,8
IMPS41	Does the patient fail to respond to questions, answer in monosyllables or give only minimal responses? Cues: Answer "yes" or "no"; has to be pushed to get an answer. Judge amount, not rate the relevance of speech.	A3,9,10
BPRS18L6	Does not move or speak unless prodded or urged.	A3,7,10
BPRS18gen ^b	Reduction in energy level evidenced by slowed movements and speech, reduced body tone, decreased number of spontaneous body movements. Rate on the basis of observed behavior of the individual only. Do not rate on the basis of individual's subjective impression of his own energy level. Rate regardless of medication effects.	A4,6,7
BNSS10	One component of blunted affect is modulation of the voice, which includes variation in the speed, volume, and pitch of what is spoken. The content or amount of speech is not rated here.	A4,5,6
BPRS16	Restricted range in emotional expressiveness of face, voice, and gestures. Marked indifference or flatness even when discussing distressing topics. In the case of euphoric or dysphoric individuals, rate blunted affect if a flat quality is also clearly present.	A1,6,7,8

^aThe notation "L6-7", and similar throughout the table, indicates the Likert levels of the item. In the example at hand, the item BPRS17 L6-7 indicates that both levels six and seven of item BPRS17 convey the same information, modifying only the strength of the presence of that symptoms.

^bThe notation "gen", and similar throughout the table, indicates that the general description of the item was considered relevant to define an object.

Anexo 3

The set of the 13 attributes

ID	Description	Source	References
A1	Reduction of facial expressivity	DSM-5	(Annen, Roser, & Brüne, 2012; Eamst et al., 1996; Ellgring, 1986; Jones & Pansa, 1979) (Lavelle et al., 2014; Mandal, Pandey, & Prasad, 1998; Steimer-Krause, Krause, & Wagner, 1990) (Trémeau et al., 2005; Troisi et al., 2007)
A2	Reduction in head movements	DSM-5	(Annen et al., 2012; Brüne et al., 2008; Davison, Frith, Harrison-Read, & Johnstone, 1996; Ellgring, 1986) (Jones & Pansa, 1979; Lavelle et al., 2013; Steimer-Krause et al., 1990)
A3	Alogia	DSM-5	(Stassen et al., 1995)
A4	Reduction in the speed of speech	DSM-5	(Cohen, Kim, & Najolia, 2013; Dickey et al., 2012; Püschel, Stassen, Bomben, Scharfetter, & Hell, 1998) (Stassen et al., 1995)
A5	Reduction in the volume of speech	DSM-5	(Dickey et al., 2012; Leentjens, Welaert, van Harskamp, & Wilmink, 1998; Püschel et al., 1998) (Stassen et al., 1995)
A6	Reduction in intonation of speech	DSM-5	(Dickey et al., 2012; Leentjens et al., 1998; Murphy & Cutting, 1990; Püschel et al., 1998; Stassen et al., 1995)
A7	Reduction of spontaneous movements	DSM-5	(Dimic et al., 2010; Morrens, Hulstijn, & Sabbe, 2007)
A8	Reduction of gesture	DSM-5	(Annen et al., 2012; Brüne et al., 2008, 2009; Del-Monte et al., 2013; Lavelle et al., 2014, 2013)
A9	Reduction in eye contact	DSM-5	(Annen et al., 2012; Brüne et al., 2008; Dimic et al., 2010; Gaebel, 1989; Troisi, 1999; Troisi et al., 1998)
A10	Decrease in reactivity to the environment	DSM-5	
A11	Fixed gaze	Literature	(Dowiasch et al., 2016; Gaebel, 1989)
A12	Difficulty in emotion recognition	Literature	(Barkl, Lah, Harris, & Williams, 2014; Lewis & Garver, 1995)
A13	Speech content and nonverbal behaviors dissociation	Literature	(Ellgring, 1986; Kring & Caponigro, 2010)

Anexo 4

Tabla TRIC

CONTACTOS INICIALES				
BLOQUE I: SALUDO				
		SI	NO	
1	Saluda al entrar			
2	Mantiene contacto visual durante el saludo			
3	Saludo verbal			

BLOQUE II: PERMANENCIA, COMUNICACION Y PARTICIPACION					
		0	1	2	3
4	Espacio terapéutico (*)				
5	Tiempo para iniciar sesion (*)				
6	Contacto visual				
7	Mirada perdida				
8	Entonación de la voz				
9	Ambigüedad en la manera de hablar (*)				
10	Fluidez en el habla				
11	Tiempo de habla (Número de palabras utilizadas)				
12	Movimientos del cuerpo que denotan inquietud				
13	Inicia conversación o pregunta				
14	Continuidad en el tema tratado				
15	Uso de las manos al comunicar				
16	Uso de metáforas al comunicar				
17	Expresion facial (*)				
18	Sonrisa adecuada (*)				
19	Uso del humor				

DESARROLLO DE LA SESION					
BLOQUE I : ESPACIO					
		0	1	2	3
20	Movimientos amplios en su kinesfera				
21	Uso de los distintos espacios de la sala				
22	Deja invadir su espacio por el terapeuta				
23	Utilización de planos y niveles (*)				
BLOQUE II: INTERACCION					
24	Realiza conductas hacia el terapeuta (sonrisas, miradas, gestos, movimientos, contacto físico)				
25	Iniciativa y/o propuestas (*)				
26	Acepta las propuestas de interacción				
27	Adecuada distancia corporal (*)				
28	Interacción con el material				
29	Mirada perdida				
BLOQUE III: PERMANENCIA					
30	Espacio terapéutico (*)				

CIERRE DE LA SESION					
BLOQUE I : PERMANENCIA, COMUNICACION Y PARTICIPACION					
		0	1	2	3
31	Espacio terapéutico (*)				
32	Contacto visual				
33	Mirada perdida (*)				
34	Entonación de la voz				
35	Ambigüedad en la manera de hablar (*)				
36	Fluidez en el habla				
37	Tiempo de habla (número de palabras utilizadas)				
38	Movimientos del cuerpo que denotan inquietud				
39	Inicia una conversación o pregunta				
40	Continuidad en el tema tratado				
41	Uso de las manos al hablar				
42	Uso de metáforas al hablar				
43	Expresión facial				
44	Sonrisa adecuada				
45	Uso del humor				

BLOQUE II: DESPIDO			
		SI	NO
46	Inicia el despido		
47	Responde al despido		
48	Despido verbal		
49	Mantiene el contacto visual durante el despido		
50	Le cuesta despedirse (tarda en entender o asumir el despido)		

(*) notas aclaratorias

*Espacio terapéutico (4, 30 y 31): No se considera un abandono del setting terapéutico si el profesional ha sido previamente informado. Se considera abandono del setting terapéutico si el paciente interrumpe la sesión (por ejemplo: ir al baño, consultar su móvil) o sale de la sesión antes de su finalización sin causa justificada. Una valoración de 0 significa que no abandona el espacio terapéutico y una valoración de 3 significa que abandona mucho el espacio terapéutico.

*Tiempo para iniciar sesión (5): ¿Cuánto tiempo se toma el paciente para iniciar la sesión (desvestirse, cambiarse, alistarse)?

*Ambigüedad en la manera de hablar (9, 35): Manera de hablar que ofrece poco contenido coherente o utilización de constantes muletillas, repeticiones, adverbios subjuntivos de duda.

*Expresión facial (17, 43): ¿El paciente denota o expresa emoción a través de su rostro?

*Sonrisa adecuada (18, 44): ¿La sonrisa del paciente es inmotivadas, o excesivamente plástica?

*Utilización de planos y niveles (23): ¿El paciente conjuga los diferentes planos (horizontal, vertical y sagital), y los diferentes niveles (alto, medio y bajo)?

*Iniciativa y/o propuestas (25): ¿El paciente ofrece alguna propuesta y/o iniciativa de movimiento, de juego o de cualquier dinámica? o ¿sólo responde a las conductas iniciadas por el terapeuta?

*Adecuada distancia corporal (27): ¿el paciente presenta extremos respecto a la distancia y contacto físico? Distancia corporal inadecuada: invasivo (ocupando el espacio vital del terapeuta) y lejano (distanciamiento total).

Anexo 5

Resultados tabla TRIC

CONTACTOS INICIALES

BLOQUE I: SALUDO		27.FEB	4.AGO		25.AGO	7.SET	15.SET		8.OCT		3.DIC	
		T	T	O	T	T	T	O	T	O	T	O
1	Saluda al entrar	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Mantiene contacto visual durante el saludo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Saludo verbal	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
BLOQUE II: PERMANENCIA, COMUNICACION Y PARTICIPACION		27.FEB	4.AGO		25.AGO	7.SET	15.SET		8.OCT		3.DIC	
		T	T	O	T	T	T	O	T	O	T	O
4	Espacio terapéutico (*)	1	2	1	1	0	1	1	0	0	1	1
5	Tiempo para iniciar sesión (*)	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3
6	Contacto visual	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3
7	Mirada perdida	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
8	Entonación de la voz	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2
9	Ambigüedad en la manera de hablar (*)	1	3	3		1	2	2	2	2	2	3
10	Fluidez en el habla	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	Tiempo de habla (Número de palabras utilizadas)	1	2	3	1	3	2	3	2	2	3	2
12	Movimientos del cuerpo que denotan inquietud	3	3	2	3	1	2	3	2	2	3	3
13	Inicia conversación o pregunta	0	1	1	1	2	1	2	1	0	1	1
14	Continuidad en el tema tratado	1	2	2	2	3	2	2	2	1	2	3
15	Uso de las manos al comunicar	0	1	1	0	0	2	3	2	2	3	3
16	Uso de metáforas al comunicar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Expresión facial (*)	0	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1
18	Sonrisa adecuada (*)	0	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2
19	Uso del humor	0	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0

DESARROLLO DE LA SESION

BLOQUE I : ESPACIO		27.FEB	4.AGO		25.AGO	7.SET	15.SET		8.OCT		3.DIC	
		T	T	O	T	T	T	O	T	O	T	O
20	Movimientos amplios en su kinesfera	1	1	1	1	1	1	1	2	1		
21	Uso de los distintos espacios de la sala	1	1	1	1	2	2	2	1	2		
22	Deja invadir su espacio por el terapeuta	0	1	1	1	1	2	2	2	1		
23	Utilización de planos y niveles (*)	1	1	0	1	1	1	1	1	1		
BLOQUE II: INTERACCION Y PERMANENCIA		27.FEB	4.AGO		25.AGO	7.SET	15.SET		8.OCT		3.DIC	
		T	T	O	T	T	T	O	T	O	T	O
24	Realiza conductas hacia el terapeuta (sonrisas, miradas, gestos, movimientos, contacto físico)	1	1	1	2	2	2	2	2	3		
25	Iniciativa y/o propuestas (*)	0	0	0	0	1	1	0	2	0		
26	Acepta las propuestas de interacción	1	2	1	2	2	3	2	2	2		
27	Adecuada distancia corporal (*)	1	2	2	2	2	3	3	3	2		
28	Interacción con el material	1	2	3	1	1	2	2	2	3		
29	Mirada perdida	0	0	1	1	0	0	0	0	1		
30	Espacio terapéutico (*)	1	0	0	2	0	1	1	1	1		

CIERRE DE LA SESION

BLOQUE I : PERMANENCIA, COMUNICACION Y PARTICIPACION		27.FEB	4.AGO		25.AGO	7.SET	15.SET		8.OCT		3.DIC	
		T	T	O	T	T	T	O	T	O	T	O
31	Espacio terapéutico (*)	0	1	1	1	0	0	0				
32	Contacto visual	2	2	3	3	3	3	3				
33	Mirada perdida (*)	0	0	0	0	0	0	0				
34	Entonación de la voz	1	1	2	1	2	2	2				

35	Ambigüedad en la manera de hablar (*)	2	1	1	1	2	2	2				
36	Fluidez en el habla	1	1	1	1	2	2	2				
37	Tiempo de habla (número de palabras utilizadas)	2	2	2	1	3	2	2				
38	Movimientos del cuerpo que denotan inquietud	2	3	2	2	0	3	3				
39	Inicia una conversación o pregunta	1	1	0	1	2	2	1				
40	Continuidad en el tema tratado	2	2	1	2	3	2	2				
41	Uso de las manos al hablar	1	0	1	0	0	2	3				
42	Uso de metáforas al hablar	0	0	0	0	1	0	0				
43	Expresión facial	1	1	1	2	1	2	2				
44	Sonrisa adecuada	0	1	2	2	3	3	2				
45	Uso del humor	0	1	2	2	2	2	2				
BLOQUE II: DESPIDO		27.FEB	4.AGO		25.AGO	7.SET	15.SET		8.OCT		3.DIC	
		T	T	O	T	T	T	O	T	O	T	O
46	Inicia el despido	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
47	Responde al despido	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
48	Despido verbal	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
49	Mantiene el contacto visual durante el despido	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
50	Le cuesta despedirse (tarda en entender o asumir el despido)	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI