

## “El objeto no me mueve a mí” Un Caso de Trastorno Límite de la Personalidad mediante Danza Movimiento Terapia

Victoria Rosales Hevia<sup>1</sup> y Sezin Demirtoka<sup>2</sup>

Barcelona, Catalunya, España

Se presenta un proceso de danza movimiento terapia (DMT) realizado con una mujer de 50 años, diagnosticada con trastorno límite de personalidad (TLP) y sobreviviente de abuso sexual infantil. Se comprende el TLP desde una perspectiva evolutiva-relacional considerando el rol del trauma dentro de su etiología. Como conceptos claves se tienen en cuenta la falta de integración cuerpo-mente, inseguridad de sí misma y desconfianza en las relaciones para la conceptualización del caso. La DMT ofrece un marco que nos permite involucrar el cuerpo creativo y relacional en el setting de la psicoterapia y sacar partido de su potencial de cambio. Se integran teorías psicodinámicas con herramientas propias de la DMT con el fin de comprender los aspectos implícitos de la relación terapéutica. Dentro de esta relación se crea conjuntamente un espacio seguro el cual la paciente podrá interiorizar con tiempo en su cuerpo e identidad. La curiosidad y la capacidad de juego son conceptos cruciales en el proceso terapéutico. Se han seleccionado diferentes viñetas clínicas provenientes de las notas de la terapeuta con el fin de ilustrar el caso, destacando las formas específicas en las que la DMT puede contribuir al tratamiento de personas con TLP.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, Danza Movimiento Terapia, conciencia corporal, relación terapéutica, regulación afectiva, capacidad de juego

This article explores a dance movement therapy (DMT) process with a 50-year-old woman with borderline personality disorder (BPD), who is a survivor of childhood sexual abuse. Looking at BPD from a developmental, relational and trauma-informed perspective, we focus on the lack of body-mind integration and sense of safety for the conceptualization of this case. DMT provides an effective framework where we can bring the creative and relational body into psychotherapy, and make use of its potential for healing. We integrate psychodynamic theories with specific DMT tools to understand the implicit aspects of the therapeutic relationship. The therapist and patient co-create a safe place that the patient may integrate with time in her own body and identity. Curiosity and the capacity to play are key elements in the therapeutic process. Selected vignettes from the therapist's notes are presented to illustrate the unique ways in which DMT can contribute to the treatment of persons with BPD.

**Key Words:** Borderline Personality Disorder, Dance Movement Therapy, body awareness, therapeutic relationship, affect regulation, capacity to play

**English Title:** “The object doesn't move me” A Case of Borderline Personality Disorder through Dance Movement Therapy

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Rosales Hevia, V. Demirtoka, S. (2023). “El objeto no me mueve a mí”: Un Caso de Trastorno Límite de la Personalidad mediante Danza Movimiento Terapia. *Clínica e Investigación Relacional*, 17 (1): 177-192. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2023.170111

<sup>1</sup> Victoria Rosales Hevia es licenciada en psicología por la Universidad del Valle de México (UVM) y psicóloga general sanitaria por la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA). Estudió el máster de Danza Movimiento Terapia en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y el máster de psicoterapia psicoanalítica en la Fundació Vidal i Barraquer (FVB). Actualmente trabaja como psicóloga en la Fundació Orienta dentro de un centro de salud mental infanto juvenil (CSMIJ). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5728-6351> [victoria\\_rosales@copc.cat](mailto:victoria_rosales@copc.cat)

<sup>2</sup> Sezin Demirtoka estudió el grado de psicología en la Universidad de Múnich (LMU), el máster de psicología general sanitaria en la Universidad de Barcelona (UB), y el máster de danza movimiento terapia en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Actualmente forma parte del equipo docente del máster de danza movimiento terapia en la UAB y ofrece psicoterapia a adolescentes y adultos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2955-6227> [sezindemirtoka@hotmail.com](mailto:sezindemirtoka@hotmail.com)

## Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) conlleva considerable sufrimiento para la persona y su entorno, por la naturaleza autodestructiva de sus síntomas y el elevado riesgo de suicidio (American Psychiatric Association [APA], 2013). Diferentes estudios coinciden en que el TLP se desarrolla a partir de una combinación de factores genéticos, epigenéticos y ambientales (Cattane et al., 2017; Fatimah et al., 2020; Porter et al., 2020). Dentro de los factores ambientales más relevantes para el desarrollo y la severidad del TLP encontramos que la experiencia de trauma durante la infancia (Peng et al., 2021; Porter et al., 2020) y el apego inseguro y/o desorganizado propiciado por un patrón relacional incoherente y poco contenedor de los cuidadores al niño puede perjudicar el desarrollo de la capacidad reflexiva y regulación afectiva (Bateman y Fonagy, 2013).

Las personas que sufren de TLP viven de forma amenazante su día a día donde las relaciones son invadidas de desconfianza y los límites son fácilmente traspasables (Pacheco, 2018). Su pensamiento y conducta siguen un patrón inflexible que se manifiesta por la dificultad de percibir e interpretarse de forma adecuada y realista a uno mismo, a los demás y a las situaciones del día a día (APA, 2013). Un aspecto central de la etiología del TLP son los fallos relacionales vividos en la infancia de la persona, colocándola en una posición de alta vulnerabilidad donde caben dos opciones: sentirse abandonada y mala o bien relacionarse desde la negación de la realidad (Masterson & Rinsley, 1975). La carencia de la integración realista de los aspectos positivos y negativos de sí mismo y de los otros hace que se establezca una identidad difusa en la persona, evidenciando un concepto desorganizado del self (Kernberg, 2006). Como resultado, las personas con TLP suelen experimentar un sentimiento de vacío, caracterizado por una desconexión de sí mismo y de los demás. Para hacer frente a esto la persona incurre en conductas impulsivas y perjudiciales con el objetivo de sentirse pleno y paliar su sufrimiento.

## La relevancia del cuerpo en el abordaje del TLP

Desde una perspectiva relacional, Mitchell sostiene que el cuerpo “contiene procesos mentales que se efectúan en un contexto social, el cual a su vez define los significados subjetivos de las partes y los procesos corporales, que vuelven a moldear la vida mental” (1993, p. 16). La consecuencia lógica de esta propuesta es tener en cuenta el cuerpo como parte esencial de la matriz relacional y considerarlo como un aspecto relevante para explorar en el contexto de cualquier psicopatología y/o proceso psicoterapéutico. En el caso del TLP, consideramos que

hay varios aspectos específicos de su etiología y sintomatología que se manifiestan en el cuerpo.

Los traumas de la infancia tienen un componente implícito-corporal que generalmente se originan por fallos en la relación debido a la dificultad del cuidador de llevar a cabo un *mirroring*, *attunement* y *holding* lo suficientemente buenos (Bateman y Fonagy, 2013; Coderch, 2010a). Por otro lado hablando de traumas relacionados con el abuso sexual (que es frecuente en la historia de personas con TLP) es evidente que los límites del cuerpo se encuentran invadidos de una forma muy violenta. En un intento de sobrevivir el trauma, la persona puede disociarse, intentando escapar subjetivamente de sí mismo causando una desintegración de mente y cuerpo (Loewenstein, 1993; Vermetten & Spiegel, 2014). Cuando la disociación se convierte en un mecanismo de defensa de uso habitual, se perjudica la función del cuerpo como contenedor y metabolizador de los procesos mentales. Como consecuencia, nos encontramos con un déficit en la función reflexiva y en la regulación afectiva lo que da pie a que se presenten síntomas que principalmente tienen lugar y escenario en el cuerpo. Los comportamientos impulsivos y autodestructivos que caracterizan al TLP como las conductas autolíticas, la ideación suicida, el abuso de sustancias tóxicas y las prácticas sexuales de riesgo, pueden ser entendidos como intentos de establecer los límites del cuerpo evocando experiencias corporales rudimentarias (Krueger, 2002).

Por lo tanto, es de alta relevancia fomentar la conexión entre mente y cuerpo en el contexto de una relación terapéutica con el objetivo de conseguir una mejor regulación afectiva y control de impulsos (Kleinlooh et al., 2021; Müller et al, 2015). Por este motivo, en este artículo se presenta la Danza Movimiento Terapia (DMT) como un modelo terapéutico relacional y creativo que pone el foco en el cuerpo y la integración psicofísica a través del movimiento y la palabra (Asociación Española de Danza Movimiento Terapia [ADMTE], 2020; Payne, 2017). Considerando la atención incrementada que el cuerpo y la expresión no verbal han recibido en los últimos años dentro del marco relacional (Lykou, 2017) y la aparición de enfoques relacionales que han ido incorporando el movimiento corporal en el proceso terapéutico (p.ej., Santostefano, 2017), esperamos que este artículo fomente el diálogo entre la Danza Movimiento Terapia (DMT) y la Psicoterapia Relacional.

### **La Danza Movimiento Terapia: Base teórica y aplicación clínica**

La Danza Movimiento Terapia (DMT) es un tipo de psicoterapia que forma parte de las llamadas Terapias Creativas como la Musicoterapia, Arteterapia y Dramaterapia. Se define como “el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica (cuerpo-mente) del individuo” (ADMTE, 2020). Partiendo de la conexión innata entre el

movimiento y la emoción (Fuchs & Koch, 2014), la DMT usa el movimiento creativo como vehículo para que las personas puedan expandir, clarificar y reforzar su conciencia, fortaleciendo su propia identidad (Payne, 2017).

Tal como en la psicoterapia relacional, la labor de la danza movimiento terapeuta consiste en integrar continuamente contenidos implícitos y explícitos de lo que sucede en la sesión (Lykou, 2017). Las teorías de análisis del movimiento (p. ej., Kestenberg-Amighi et al., 2018; Laban, 1987) ofrecen un marco teórico y práctico para dar sentido al contenido de lo que la terapeuta observa en la paciente: cualidades de movimiento, postura corporal, el uso que se hace del espacio y tiempo, etc. A la vez la terapeuta está atenta a la contratransferencia somática, observando las señales corporales intersubjetivas que recibe en relación con la paciente (Fischman, 2009; Koch & Fischman, 2011). Partiendo de esta información kinestésica, la terapeuta se entona (*attunement*) al estado corporal y afectivo de la paciente, transmitiendo aceptación y validación de su vivencia interna (Fischman, 2009). La terapeuta ofrece de forma coherente un espacio contenedor, transmitido por la propia actitud verbal y no verbal, caracterizada por límites claros y la estructuración de las sesiones.

Las sesiones suelen tener la siguiente estructura: check-in (verbal), calentamiento (en movimiento), proceso (en movimiento), check-out (verbal). En las partes en movimiento, la terapeuta propone dinámicas para potenciar la conciencia corporal, espontaneidad y exploración de sí mismo en el contexto relacional con la terapeuta (Koch & Fischman, 2011). Para invitar dicha exploración, la terapeuta acompaña al paciente adaptándose a las cualidades de movimiento que este expresa y ofreciendo nuevas consignas para hacer posible la exploración de diferentes formas de moverse. La relación terapéutica sirve como un contenedor donde se puede integrar las partes anteriormente disociadas y aprender nuevas formas de relacionarse (Atwood & Stolorow, 2014; Martínez Rodríguez & Martín Cabrero, 2015; Seligman, 2021). La terapeuta adapta sus intervenciones según las respuestas que recibe del paciente, parecido al entonamiento afectivo no-verbal entre madre y bebé que es la base de la regulación afectiva (Fischman, 2009; Stern, 1985). La terapeuta mantiene una actitud contenedora y validante, lo que es esencial en el trabajo con personas con TLP, ya que se pueden sentir desbordadas por emociones intensas y experimentar vergüenza perseverante (Rüsch et al., 2007; Velasco, 2008).

La creatividad y la espontaneidad son componentes integrales de este proceso. Como sostiene Winnicott (2021): "En el juego, y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona sólo cuando se muestra creador" (p. 84). La llamada zona de juego que se encuentra entre el niño y su cuidador hace posible la

comunicación, por lo que es imprescindible para el desarrollo sano del niño. Winnicott resume su tesis sobre el proceso de juego en la terapia en las siguientes frases:

*La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo.* (ibid., p. 62, cursiva original).

En pacientes con TLP, muchas veces ha faltado este entorno confiable y validante necesario en la niñez para desarrollar la capacidad de juego. Dado que muchas personas con TLP han sufrido distintos traumas en la niñez, han aprendido a estar alerta y no han podido desarrollar la capacidad de relajarse que es la base necesaria para entregarse en una actividad creadora, física y mental, que se manifiesta en el juego (Winnicott, 2021). Desde un punto de vista relacional, Coderch (2010b) propone que el proceso psicoterapéutico pueda llegar a ser una experiencia excitante y lúdica con el objetivo de despertar en el paciente la curiosidad de su propia mente, incluyendo las experiencias traumáticas y sus secuelas. Siguiendo en esa línea, uno de los primeros objetivos de la DMT con personas con TLP es la recuperación de la capacidad de juego. A lo largo del proceso, a la vez que la relación terapéutica de movimiento se desarrolla, la superposición de las zonas del juego entre terapeuta y paciente también se va desarrollando, ampliando y redefiniendo (Demirtoka, 2021). A través del movimiento y del juego, la paciente puede empezar a descubrir y definir su identidad, desarrollando su capacidad mentalizadora (Sáinz, 2015).

En el check-out, el paciente puede poner en palabras su experiencia de movimiento, y junto con la terapeuta pueden dar significado a ello. Esta reflexión es imprescindible, ya que permite integrar lo vivido en movimiento en una narrativa coherente, algo que en muchos casos había faltado crónicamente en las vidas de personas con TLP (Schmidt & Fuchs, 2021). Gracias a la confianza generada en el espacio terapéutico, la paciente puede vivenciar en la relación con el otro, mirarse y ser vista con sus partes buenas y partes malas (Kernberg, 2004). Esta reflexión conjunta también proporciona un tiempo dedicado a pensar sobre experiencias emocionales, al contrario de la impulsividad que generalmente caracteriza la conducta de las personas con TLP (Manford, 2014). Este espacio permite también que la persona pueda contrastar su interpretación de lo vivido con la de la terapeuta, o en el caso de terapia de grupo, con la de otras compañeras, por tanto aprendiendo a tolerar y tener espacio para diferentes subjetividades (Benjamin, 2012).

## El caso de Eva

A continuación, presentamos un proceso de DMT entre una de las autoras y una mujer de 50 años, a la que llamaremos Eva. Se crió dentro de un seno familiar incoherente y traumatizante, donde su madre la invalidaba e incluso su padre llegó a abusar sexualmente de ella. A pesar de la relación conflictiva con su familia, Eva nunca llegó a independizarse del todo, quedándose a vivir en casa de su madre. Su vida fuera de la familia era muy limitada ya que no llegaba a mantener ningún trabajo durante más de unos meses, ni tampoco tenía amistades estables. Había tenido relaciones íntimas que habían sido conflictivas y violentas. A raíz de esto, presentaba sentimientos de vacío reiterados, disregulación emocional, conductas autolíticas y dificultad para relacionarse con otros de manera satisfactoria. En ese momento, después de una gran crisis con su madre, acudió a una clínica de psicología buscando alivio a toda su sintomatología.

Al principio parecía que Eva podría beneficiarse del tratamiento psicológico, sin embargo, se evadía con facilidad, teatralizando y no acabando de profundizar en la relación con los otros y consigo misma. Los profesionales dentro de la institución la etiquetaban como 'la paciente problemática y difícil de abordar'. A nivel contratransferencial generaba rechazo en su psicóloga, lo que la dejaba sintiéndose abandonada e incomprendida. Después de una reunión de equipo se sugirió tratamiento de DMT como vía alterna para buscar nuevas formas de relacionarse a través del movimiento. Varios detalles del caso han sido cambiados para proteger la anonimidad de la paciente.

## Primer Encuentro

*Eva llegó 15 minutos tarde a su primera sesión, al entrar a la sala, sin tan siquiera presentarse, empezó a quitarse la ropa colorida y juvenil hasta quedarse en su ropa interior, desgastada y rota, dejando ver su extrema delgadez. Yo me quedé atónita ya que la indicación es cambiarse en el baño si hace falta. Ella iba hablando rápidamente saltando de un tema a otro. Cuando le pregunté lo que esperaba de este espacio de DMT, Eva respondió con un llanto desconsolado, que apareció de forma repentina y cargado de mucha emoción, diciendo: "Quiero sentirme bien conmigo misma". Sin más, el llanto terminó de la misma forma que comenzó. En tan sólo unos minutos me vi con una sensación de no límites, desbordamiento, confusión y sorpresa.*

Gabbard (2005) describe la ambivalencia que las personas con TLP sienten entre el deseo de la proximidad y el miedo tanto al abandono como al ser engullidas (*engulfment*). Por tanto, el inicio de una relación terapéutica suele generar en ellas emociones mezcladas intensas que provocan ansiedad (Frederickson, 2013). El llanto repentino de Eva puede ser fruto de la

ansiedad que provoca la pregunta de la terapeuta, ya que implica el comienzo de una relación terapéutica entre ambas. Nada más entrar en la sala, la paradoja es evidente: por un lado Eva esquivaba a la terapeuta llegando tarde y evitando saludarla propiamente, hablando rápido sin dejar tiempo para una conexión real entre ambas. Mientras que por otro lado, se quitaba la ropa en el primer instante, dejando ver su cuerpo en toda su vulnerabilidad. En esta primera sesión, el discurso verbal parece servir como una defensa en vez de favorecer un encuentro genuino entre terapeuta y paciente. En vez de perseguir la tarea imposible de seguir su discurso tan apresurado y desorganizado, la terapeuta se deja sentir lo que Eva le está transmitiendo de forma implícita: la ambivalencia que siente en esta relación, la angustia que esto le provoca, la falta de límites y de regulación emocional.

*Empezamos la parte de movimiento con la consigna de explorar la sala. Eva empezó a moverse rápidamente mirando por todos lados, pero siempre a lo alto, sus brazos iban y venían de forma suave sin ninguna dirección. Se podía escuchar cómo ella reía sin motivo aparente, era una risa un tanto aguda pero suave, difícil de describir. Sin transición alguna y tomándome por sorpresa se dirigió al rincón donde había material de niños y allí sentada de espaldas hacia mí, por un instante, hizo como que jugaba. En su mover se podía observar cómo le costaba estar presente en la sesión. Parecía que se movía por mover sin tener consciencia de lo que estaba ocurriendo en la sala. Mi sensación era de estar en un constante movimiento confuso y difuso.*

El movimiento de Eva refleja la desorganización y el apresuramiento que se manifiestan durante el check-in. Por un lado, el movimiento súbito, indirecto y desorganizado no permite desarrollar una conexión real con la terapeuta. Por otro lado, está comunicando de forma implícita lo que necesita de la relación y del espacio terapéutico: límites y estructura donde se pueda sentir más contenida y segura. Su breve interacción con los juguetes visualiza de forma conmovedora la carencia de su capacidad de juego. Eva *hace como si* estuviera jugando, tal vez porque no sabe cómo jugar, nunca ha tenido la suficiente confianza en su entorno para poder jugar. Además, su cuerpo y mente parecen estar desconectados, resultando en una falta de coherencia en sus acciones.

### **Regulación afectiva a través del movimiento corporal**

En las primeras sesiones Eva llegaba en un estado de alerta, “*apresurada, hiperventilando y mirando toda la sala con los ojos bien abiertos*”, lo cual no le permitía estar presente en la sesión ni seguir las consignas. Por lo tanto, la terapeuta cambió de consignas para comenzar desde donde se encontraba la paciente, ofreciendo un tiempo limitado de una canción con el objetivo de que Eva pudiera depositar aquella energía.

*Puse una canción energizante, teniendo en cuenta el estado alterado que percibía de ella y le indiqué moverse como ella necesitara. Entonces Eva empezó a bailar, usando sobre todo la parte superior del cuerpo, los brazos y las manos. Se desplazaba en la sala saltando, casi siempre en puntillas, dando la impresión de que todo su movimiento iba hacia arriba, sin una base firme en el suelo y sin pasar por el centro del cuerpo. Era difícil percibir una mínima regulación de energía, me parecía pura descarga sin conexión. Hacia el final de la canción, para ayudar a regular su energía, poco a poco bajé el volumen de la música y di consignas concretas que ayudaron a que Eva pudiera bajar la intensidad de su movimiento. Al terminar, Eva podía tocar su cuerpo con sus manos sintiendo su respiración y sus latidos.*

Se observa que la terapeuta iguala el ritmo de la música al ritmo de Eva, permitiendo la descarga energética dentro de un espacio contenedor siendo acompañada. El hecho de que la terapeuta viera y tuviera en cuenta las necesidades de Eva hace que ella se sienta vista y apoyada, lo que da la base para empezar a sentir confianza en esta relación. El acompañamiento verbal y corporal de la terapeuta permite la co-regulación afectiva. Al terminar el movimiento libre Eva puede llegar a un estado psicofísico más equilibrado, permitiendo estar un poco más presente en su cuerpo.

*Le propuse sentir el propio cuerpo en contraste a la estructura de la sala. Fuimos explorando el espacio tocando las paredes, el suelo, los muebles, primero con las manos y luego incluyendo otras partes del cuerpo, sintiendo la firmeza, la temperatura y la textura en contraste con el propio cuerpo. Después nos dirigimos al centro de la sala para explorar la estructura del cuerpo y las conexiones que tienen las distintas partes de este, cómo se relacionan entre sí y cómo nos ayudan a movernos. Durante estas consignas podía ver a Eva pendiente de sí misma y curiosa de lo que su cuerpo podía hacer. Al final de la sesión, para hacer la transición a la palabra le propuse hacer un dibujo desde su experiencia en movimiento. Eva dibujó las huellas de sus pies rodeadas de césped. Mientras dibujaba, dijo "vengo de fuera mirando el cielo y aquí conecto con la tierra".*

En esta sesión se pueden ver las semillas de lo que se va a trabajar a lo largo del proceso: la confianza relacional, la capacidad de juego, y la integración psicofísica. La atención en lo sensorial ayuda a Eva a orientarse en el aquí y ahora. Explorar y sentir los límites de la sala ayuda a que Eva gane más confianza dentro del espacio terapéutico. Recogiendo la noción de Grinberg y Grinberg (1976) de que "el sentimiento de identidad proviene de la interrelación de los tres vínculos de integración (espacial, temporal y social)" (p. 107), observar las diferencias sensoriales entre su propio cuerpo y la sala (objeto externo), puede ser visto como una metáfora encarnada de la diferenciación primaria entre yo y no yo.

Las viñetas evidencian algunos cambios a nivel de movimiento corporal entre sesiones. Al principio Eva se mueve exclusivamente en un nivel alto, sin enraizamiento (*grounding*), con

movimientos livianos usando sobre todo la parte superior del cuerpo, dirigidos hacia lo exterior de forma difusa. Más adelante, se empieza a mover con más intencionalidad, poniendo atención a lo sensorial e incorporando las piernas en el movimiento, que le dan sostén desde la conexión con la tierra. También se observa movimientos más dirigidos hacia el propio cuerpo, como entrar en un estado más introspectivo. El dibujo de Eva puede ser visto como un paso para internalizar e integrar este cambio. Reflexionando sobre el significado de la huella, las autoras destacan que es un símbolo de identidad, que se crea a través del peso del cuerpo en relación a la tierra. Por lo tanto, esta imagen parece conmovedora en el trayecto de Eva hacia encontrar y reclamar su identidad.

### El lugar seguro

Un lugar seguro, o mejor dicho la falta de este, había sido y seguía siendo un tema crucial en la vida de Eva. Desde niña, su casa no había sido un lugar que le transmitiera seguridad y tranquilidad, sino un escenario donde ocurrieron traumas terribles. Los adultos que deberían transmitirle seguridad actuaban de formas imprevisibles, incoherentes y en ocasiones terroríficas. En los últimos años pudo confrontar a su familia por el abuso sexual que sufrió por parte de su padre, en vez de encontrar apoyo y justicia la terminaron llamando loca y la acusaron de intentar hacer daño a su padre. Su madre de forma inconsistente la amenazaba con echarla de la casa, esto le generaba un intenso enfado por un lado, y sentimientos de angustia e impotencia por otro. Por consecuencia, Eva acababa alternando entre un estado de alerta, colapso y disociación.

*Por un instante la veo explorando la sala siguiendo las consignas sin titubear... trazamos caminos de un lado a otro con movimientos grandes, y cuando se encuentran nuestras miradas sonreímos, ahí noto un placer genuino en sus ojos y me alegro de verla jugando como una niña. Le doy la consigna de hacer como si tuviera pintura en las manos y explorar como si estuviera pintando las paredes. Ella sigue la consigna con energía pero llega un momento donde se ensimisma y la energía que antes notaba claramente ahora desaparece. De repente siento el espacio entre nosotras como un vacío difícil de sostener.*

La contratransferencia de la terapeuta nos ayuda a entender la vivencia interna de Eva. La terapeuta siente alegría cuando comparten un espacio transicional a través del juego. Parecido a la relación entre madre e hija, la alegría de una se refleja en la otra y se refuerza. Sin embargo, parece que después esta alegría se esfuma de repente. La cercanía con la terapeuta puede haber activado el sistema de apego, provocando angustia e ira, causando sentimientos de vacío como una defensa ante estas emociones intensas (Frederickson, 2013). En este instante, el

espacio entre las dos ya no se percibe como un espacio transicional donde puede aparecer el juego, sino una distancia que causa aislamiento.

*Saqué la bolsa de material y le pedí a Eva que escogiera una de las telas. Ella se quedó con la que tenía un estampado de animal print y yo con una de flores. Volvimos al movimiento, yo la seguía y ella me seguía, cada una tenía su turno, era un juego conocido y seguro. Después le dije de observar la sala y escoger un lugar donde ella se sintiera cómoda. La invité a probar varios lugares hasta encontrar el más idóneo. Una vez que ella eligió el sitio me senté sobre mi tela, no muy lejos de ella pero tampoco muy cerca, siempre pensando en darle espacio para explorar.*

Introducir materiales puede ayudar a la paciente a bajar su ansiedad, funcionando como un objeto transicional (Manford, 2014). Por otro lado, los objetos pueden inspirar la imaginación y creatividad, permitiéndole conectar con su parte lúdica. La terapeuta utiliza las técnicas básicas de espejo (*mirroring*) y entonamiento (*attunement*) para transmitirle a Eva validación y calma en la estructura de un juego ya conocido y seguro, y así aliviando la ansiedad que Eva pueda sentir. Cultivar y reencontrar la confianza en la relación terapéutica preparará a Eva para la siguiente actividad de crear un lugar seguro.

*Le sugerí utilizar material para hacer ese sitio un lugar más acogedor y contenedor. Ella cruzaba la sala hasta la bolsa de material, cogía una tela, me la enseñaba y la acomodaba en el suelo. Ella caminaba nuevamente hacia la bolsa, cogía otra tela sin olvidarse de enseñármela y la ponía al lado de la otra formando un círculo. Esto lo repitió varias veces hasta crear una especie de nido. Cuando ya no había más telas que poner, se detuvo mirando al nido y dijo "Ya está". La vi de pie junto al nido y le mencioné la posibilidad de estar dentro de él para observar cómo se siente estar ahí. Ella fue probando distintas formas de estar dentro, se sentaba con las piernas estiradas, a veces cruzadas y en alguna ocasión en flor de loto con la espalda muy recta y tensa. Cuando probó de tumbarse se dio cuenta que no cabía dentro del nido, le recordé la posibilidad de modificarlo. Finalmente y después de varias posiciones más, agrandó el nido y se tumbó. En este momento vi cómo el peso de su cuerpo cedía ante la gravedad sin tensión y con una respiración que podía llegar hasta el abdomen. De pronto una sonrisa tenue en su rostro me llamó la atención.*

La terapeuta cuida las necesidades de Eva y va equilibrando entre qué tanto interviene y qué tanto la deja explorar sola. Por lo tanto, Eva puede experimentar ser vista y ser contenida en una mirada afectiva, segura y no violenta. Al dar un espacio donde Eva podía hacer uso del juego y la creatividad se abrió la posibilidad para la simbolización de un lugar seguro.

A lo largo del proceso, Eva fue transformando el nido de sesión a sesión, cambiando la forma, los materiales, el tamaño e incluso el lugar. Cuando la sesión estaba envuelta en un ambiente de tristeza, ella construía un nido pequeño, no muy alejado de la terapeuta, donde podía estar en posición fetal y permitirse llorar. En una sesión, después de haber jugado de diferentes

formas con el nido Eva mencionó: *"las sesiones contigo me están sirviendo mucho en casa, cuando llego a casa busco de hacerme un lugar seguro, sentir mi cuerpo y me tranquilizo"*.

### **A través del juego hacia la diferenciación**

*Empezamos el calentamiento con una consigna de auto masaje guiado, enfocando en las sensaciones corporales para fomentar la presencia y el autocuidado. Eva se sintió libre de coger una tela y se ayudó con la tela para despertar el cuerpo, acariciándose las piernas y los brazos. Cuando sentí que Eva ya estaba más presente para el trabajo en movimiento, le mencioné de coger el objeto que necesitara ese día. Después de probar con diferentes materiales, cogió una pelota rosa y negra de espuma del tamaño de su mano y la puso en su pecho, se detuvo en esa posición. Se veía muy atenta a ella misma como si estuviera buscando un impulso genuino para explorar y moverse en el espacio. Empezó a arrojar la pelota a una pared, luego al techo, al suelo, a una esquina, a la otra, hasta que la diferencia del sonido que hacía la pelota comenzó a llamarle la atención, tanto que solo comenzó a botarla en ciertos puntos estratégicos de la sala. A ratos me miraba, haciéndome pensar que tal vez quería incluirme en el juego. Después de un rato y respetando su ritmo le mencioné la posibilidad de hacer una conversación utilizando pelotas, ella accedió y yo cogí otra pelota.*

La base segura (Bowlby, 1988) que han ido construyendo entre las dos permite a Eva explorar, estando presente en el momento vivido, escuchando a los impulsos que vienen desde su interior a la vez que percibe estímulos exteriores que le llaman la atención. En este espacio transicional (Winnicott, 2021), Eva puede transformar sus impulsos en un juego. La terapeuta pretende ajustar sus intervenciones a la zona de desarrollo próximo (Vygotsky, 1978) de la paciente, acompañando con las mínimas consignas mientras ella está jugando, y haciendo sugerencias basadas en lo que se puede transformar. Eva parece que implícitamente quiere llamar la atención de la terapeuta a través de los sonidos que hace.

*La dinámica era sencilla, ella hacía un movimiento con la pelota y yo tenía que responder con otro utilizando mi pelota. Era evidente la diferencia de nuestros movimientos, Eva movía la pelota con gran intensidad y generalmente con botes fuertes que generaban sonidos claros y a veces rítmicos. En momentos se podía sentir reciprocidad y coherencia entre nuestros movimientos y en otras ocasiones se evidenciaba la diferencia de los mismos. En un momento Eva se acercó a mí sin dudar y me hizo un gesto como diciendo "¿cambiamos de pelota?" y sin hablar simplemente lo hicimos. Ella al principio con mucha cautela botaba la que era mi pelota y poco después regresó a su energía e intensidad. En el check out Eva mencionó que se había sorprendido ya que ella esperaba que al cambiar de pelota sus movimientos serían iguales a los míos y mis movimientos serían iguales a los*

*de ella. Al ver que sus movimientos no cambiaban ella se alegró y dijo "el objeto no me mueve a mí".*

La sorpresa de Eva demuestra de forma conmovedora su gran dificultad de mantener sus límites yoicos produciéndose una indiferenciación en la relación con el otro, especialmente cuando se experimenta intimidación emocional (Kernberg, 2006). Sus primeras figuras de apego habían quebrantado la voluntad de Eva, violando sus límites e invalidando su ser. Para sobrevivir, no había otra manera que rendirse a la voluntad de otros, dejar que la manipularan, usaran y violaran. Con la frase tan conmovedora "el objeto no me mueve a mí", después de casi 50 años, Eva recupera un paso evolutivo importantísimo, que podemos ver como la base de la diferenciación (Fonagy y Target, 2003). De forma simbólica, Eva hace el primer paso para poder establecer una identidad coherente y estable que no se altere según la persona con la que esté.

## Cierre

El proceso de Eva fue muy emocionante. En muchas ocasiones era difícil prever si estaría en condiciones de estar presente, explorar y trabajar con distintas dinámicas en movimiento. El principio de la terapia estuvo marcado por una sensación de fragilidad y confusión que se hacía aún más presente en la transición de la palabra al movimiento. Contratransferencialmente era como si en cualquier momento la relación terapéutica pudiera romperse. A raíz de que el proceso iba avanzando la confianza se fue instaurando y esta sensación de fragilidad, aunque seguía presente, dejó de ser una amenaza para la relación terapéutica.

Las últimas sesiones se focalizaron en que Eva pudiera sentirse con unos límites más claros para diferenciar sus necesidades y deseos como también poder despedirse de una manera lo suficientemente buena del espacio y relación terapéutica. Durante esta fase ella empezó a tomar más iniciativa dejando ver la forma en que se estaba despidiendo del espacio terapéutico. A veces proponía hacer algún baile tipo waltz u otra dinámica donde la terapeuta pudiera participar. La última sesión evidenció lo difícil que es despedirse para una persona con TLP sin que se haga presente el miedo al abandono y el vacío.

*Durante el check out a Eva le costaba hablar sobre el final de la terapia, parecía que el despedirse no era una opción en ese momento. En el calentamiento era evidente la tristeza en la forma en que se movía, se la veía caminar con la cabeza gacha, con un ritmo suave y sostenido, casi como arrastrando los pies. Se hacía presente el final y sugerí hacer por última vez un nido representando el proceso terapéutico. Eva cogió todas las telas y cojines que había en la sala y tomándose su tiempo comenzó a crear. Me emocioné viendo cómo Eva podía estar presente en la sesión. Cuando Eva finalizó el nido no dudó en estar dentro de él, pero a la vez se la veía incómoda. Se movía de*

un lado a otro, con movimientos pequeños que evidenciaban cierta ansiedad como buscando una forma de experimentar y sentir aquel momento. Finalmente, en posición de loto pudo estar plenamente. Después de unos breves segundos comenzó poco a poco a doblar cada una de las telas con mucho cuidado y tomándose su tiempo. La sala quedó despejada evidenciando el vacío. Antes de salir de la sala por última vez, Eva me dió un abrazo y se despidió diciendo "gracias por haberme visto con otro tipo de mirada".

## Conclusión

A lo largo del proceso, se ha podido observar cómo Eva se ha movido desde una actitud psicocorporal de inseguridad, fragmentación y desconexión hacia una con más posibilidades de regularse a sí misma, más segura en su propio cuerpo y más conectada con sus necesidades. La relación terapéutica encarnada ha sido tanto el vehículo como el barómetro de este proceso, ya que nos ha permitido observar los cambios en su manera de relacionarse. Las palabras de Eva al despedirse, "Gracias por haberme visto con otro tipo de mirada", explicita la importancia de la mirada y la presencia sin juicio de la terapeuta. Eva ha podido crear nuevas representaciones de sí misma gracias a que ha podido disfrutar del juego sintiendo cierto control y maestría sobre las capacidades de su cuerpo.

A través del caso de Eva hemos demostrado cómo la DMT puede promover la integración psicocorporal en una persona con TLP. Desde nuestra perspectiva, incluir la DMT como parte del tratamiento especializado en TLP contribuye a tener una visión más amplia de la clínica del paciente y a la vez ayuda a trabajar partes más primarias que conforman la identidad.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Asociación Española de Danza Movimiento Terapia. (2020). Danza Movimiento Terapia. Recuperado 10 de Febrero 2022 de <https://danzamovimientoterapia.com/dmt/>
- Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (2014). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism*. Routledge.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Benjamin, J. (2012). EL TERCERO. RECONOCIMIENTO. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2), 1988-2939.

- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. Basic Books.
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC psychiatry*, 17(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
- Coderch, J. (2010a). *La práctica de la Psicoterapia Relacional*. Editorial Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2010b). Proceso psicoanalítico y Trauma. *Clínica e Investigación Relacional*, 4(2), 399-409.
- Demirtoka, S. (2021). "Welcome to My Kingdom": The Therapy Process between an Adolescent and a Dance Movement Therapist in Training. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20(1), 15–35. <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1872133>
- Fatimah, H., Wiernik, B. M., Gorey, C., McGue, M., Iacono, W. G., & Bornovalova, M. A. (2020). Familial factors and the risk of borderline personality pathology: genetic and environmental transmission. *Psychological medicine*, 50(8), 1327–1337. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001260>
- Fischman, D. (2009). Therapeutic relationship and kinaesthetic empathy. In S. Chaiklin & H. Wengrower (Eds.), *The art and science of dance/movement therapy. Life is dance* (pp. 33–53). Routledge.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. Brunner-Routledge.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Fuchs, T., & Koch, S. C. (2014). Embodied affectivity: on moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00508>
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- Grinberg, L. & Grinberg, L. (1967). *Identidad y cambio*. Ediciones Paidós.
- Kernberg, O. F. (2004). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. (Reissue Edition). Jason Aronson Publishers.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent Findings and Clinical Implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969–1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>
- Kestenberg-Amighi, J., Loman, S., & Sossin, K. M. (2018). *The Meaning of Movement: Developmental and Clinical Perspectives of the Kestenberg Movement Profile* (2nd ed.). Routledge.
- Kleinlooh, S. T., Samaritter, R. A., van Rijn, R. M., Kuipers, G., & Stubbe, J. H. (2021). Dance Movement Therapy for Clients With a Personality Disorder: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.581578>

- Krueger, D. W. (2002). Psychodynamic perspectives on body image. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 30–37). Guilford Press.
- Koch, S. C., & Fischman, D. (2011). Embodied enactive dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 33(1), 57–72. <https://doi.org/10.1007/s10465-011-9108-4>
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Ed. Fundamentos
- Loewenstein, R. J. (1993). Dissociation, Development, and the Psychobiology of Trauma. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 21(4), 581–603. <https://doi.org/10.1521/jaap.1.1993.21.4.581>
- Lykou, S. (2017). Relational Dance Movement Psychotherapy: A New Old Idea. In H. Payne (Ed.), *Essentials of dance movement psychotherapy: International perspectives on theory, research, and practice* (pp.21-36). Routledge.
- Manford, B. (2014). Insecure attachment and borderline personality disorder: Working with dissociation and the 'capacity to think.' *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(2), 93–105. <https://doi.org/10.1080/17432979.2014.891261>
- Martínez Rodríguez, J. M., & Martín Cabrero, B. (2015). Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad: parte II. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 35(127), 587–606. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000300010>
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(2), 163–177.
- Mitchell, S. A. (1993). *Conceptos Relacionales en Psicoanálisis: una integración*. Madrid: Sigloveintiuno.
- Müller, L. E., Schulz, A., Andermann, M., Gäbel, A., Gescher, D. M., Spohn, A., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). Cortical Representation of Afferent Bodily Signals in Borderline Personality Disorder: Neural Correlates and Relationship to Emotional Dysregulation. *JAMA psychiatry*, 72(11), 1077–1086. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1252>
- Pacheco, C. (2018). Propuesta fenomenológica hermenéutica para el abordaje del trastorno límite de personalidad. Un abordaje desde los planteamientos teóricos de Heidegger, Gadamer, Längle, Ricoeur, Merleau-Ponty y Arciero. *Revista De Psicoterapia*, 29(111), 145-166. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i111.241>
- Payne, H. (Ed.). (2017). *Essentials of dance movement psychotherapy: International perspectives on theory, research, and practice* (1st ed.). Routledge.
- Peng, W., Liu, Z., Liu, Q., Chu, J., Zheng, K., Wang, J., Wei, H., Zhong, M., Ling, Y., & Yi, J. (2021). Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and anxiety*, 38(1), 28–39. <https://doi.org/10.1002/da.23082>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>

- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W., & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 164(3), 500–508. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.500>
- Sáinz, F. (2015). La influencia de la obra de Donald W. Winnicott en las bases conceptuales del psicoanálisis relacional actual una contribución a la aplicación psicoterapéutica y una propuesta para la docencia. [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad Ramon Llull, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna.
- Santostefano, S. (2017). *Guided enactments in psychoanalytic psychotherapy: A new look at therapy with adults and children*. Lexington Books.
- Seligman, S. (2021). *Las relaciones en el desarrollo. Primera infancia, intersubjetividad y apego*. Editorial Eleftheria, 465 pp.
- Schmidt, P., & Fuchs, T. (2021). The unbearable dispersal of being: Narrativity and personal identity in borderline personality disorder. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 20(2), 321–340. <https://doi.org/10.1007/s11097-020-09712-z>
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books.
- Velasco, R (2008). La vergüenza en la de-construcción del sentimiento de sí. *Clínica e Investigación Relacional*. 2 (1), 1988-2939.
- Vermetten, E., & Spiegel, D. (2014). Trauma and Dissociation: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 16(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0434-8>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
- Winnicott, D. W. (2021). *Realidad y juego*. Gedisa.

Original recibido con fecha: 7/7/2022

Revisado: 30/3/2023

Aceptado: 30/4/2023