

---

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

Cadenas Jänsch, Vanesa; Rodríguez, Rosa María , dir. La Danza Movimiento Terapia como modelo de intervención en el trastorno del vínculo en edad infantil. Un puente para nuevas experiencias relacionales. 2022. 32 pag.

---

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/257476>

under the terms of the  license

**La Danza Movimiento Terapia como modelo de intervención en el trastorno del vínculo en edad infantil. Un puente para nuevas experiencias relacionales.**

*“Cada vida es una obra de arte,  
creada con todos los medios posibles.”  
(Pierre Janet)*

*“La cuna del hombre,  
la mecen los cuentos.”  
(León Felipe)*

Vanesa Cadenas Jänsch

Máster en Danza Movimiento Terapia

Tutora: Dra. Rosa María Rodríguez

Enero 2022

**UAB**

**Universitat Autònoma  
de Barcelona**

# **La Danza Movimiento Terapia como modelo de intervención en el trastorno del vínculo en edad infantil. Un puente para nuevas experiencias relacionales.**

En el presente artículo se analiza el trastorno del vínculo, en base a las teorías del apego para alcanzar su comprensión y detectar las consecuencias psíquico-corporales de sus trastornos derivados desde un enfoque metodológico teórico-práctico realizando una revisión bibliográfica en el ámbito de interés, como soporte y justificación de una propuesta de intervención. A través de dicho análisis se observa que un desarrollo de apego en situaciones y experiencias diversas como maltrato físico y/o psicológico, abuso, abandono, cuidados negligentes de los cuidadores principales, su incapacidad de vincular de un modo sano o a causa de separaciones traumáticas por pérdida, enfermedad o encarcelamiento del cuidador en cuestión, generan cuadros sintomatológicos que requieren de intervención clínica. En el presente artículo se propone, desde esta revisión, la Danza Movimiento Terapia como modelo de intervención enlazando sus diversas técnicas y herramientas para el abordaje de los síntomas detectados, con el objetivo de ofrecer una guía básica para profesionales de la DMT que se inician en el ámbito clínico.

Palabras Clave: trastorno del vínculo; danza movimiento terapia; infancia; intervención

## **Introducción**

El presente artículo se desarrolla desde una revisión teórica tanto de la teoría del apego como de diversas investigaciones y estudios de caso de profesionales del ámbito de la Danza Movimiento Terapia desde un enfoque metodológico teórico-práctico, dando soporte y justificación a una propuesta de intervención. El planteamiento inicial de esta investigación era realizar dicha intervención y analizar los efectos de un proceso de DMT con niños afectados por este trastorno. Sin embargo, la situación de la crisis sanitaria por la COVID-19 impidió su realización. Por un lado, el propio centro (Aldeas Infantiles) no aceptaba personas ajenas a su personal en ese tiempo y por el otro no era

conveniente arriesgarse a trabajar la reconstrucción del vínculo, habiendo un riesgo de interrupción repentina del proceso a causa de las restricciones sanitarias de la pandemia. A través de la revisión teórica de los diversos ámbitos consultados se ha hecho una recopilación sintetizada y concreta tanto de las consecuencias psíquico-corporales de diferentes casos como las herramientas de intervención de DMT más utilizadas en niños con problemas vinculares, pudiendo ofrecer una guía básica y concisa para profesionales de la DMT que vayan a intervenir en esta población.

### **Teoría del Apego, Origen histórico**

La teoría del apego se inicia con las formulaciones de John Bowlby y Mary Ainsworth a partir de las teorías psicoanalíticas y en base a las ideas y estudios de la psicología evolutiva y cognitiva, así como de la etología (Bowlby, 1988). Analiza la conducta de apego que crea un niño hacia su figura materna para poder sobrevivir y desarrollarse, la relación vincular que se construye desde ese apego inicial y los efectos de su ruptura (Benlloch, 2020; Monteserín, 2012; Panhofer, 2005). “La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 1988, p.40). Bowlby, defendía la idea de que los trastornos de los niños respondían a sus vivencias como la separación, el maltrato o el abandono y no a fantasías sexuales infantiles (van der Kolk, 2015), que surgen de un único impulso y varían después en su expresión (Bowlby, 1988).

Si el vínculo relacional es “suficientemente bueno” (Winnicott, 1971), servirá de base segura (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1988), para que la persona pueda desenvolverse en el mundo y convertirse en un ser humano autosuficiente, solidario y empático con capacidad de sincronizarse con las personas de su entorno (van der Kolk, 2015).

### ***Pautas de Apego***

Los tipos de apego son definidos en base a la situación experimental que diseñan Ainsworth y su equipo en 1971 llamada “situación del extraño”. En ella se analiza el comportamiento de un niño ante la presencia de una persona extraña cuando se ausenta su cuidador principal y el resultado llevó a definir tres pautas principales. Todas ellas funcionan porque el niño adquiere la mejor atención que el adulto es capaz de dar y permite el desarrollo de una la relación y su mantenimiento (van der Kolk, 2015). Se definen como apego seguro, apego inseguro evitativo y apego resistente/ambivalente. En 1986 Main y Solomon describen un cuarto tipo denominado apego desorganizado que se suele dar en casos de maltrato y cuidado insuficiente. En este caso, el cuidador es fuente de angustia y terror y el niño entra en un conflicto porque le necesita para sobrevivir, pero a la vez es causa de miedo (Bowlby, 1988; González, 2010; van der Kolk, 2015).

Las pautas de apego suelen persistir en el tiempo y forman parte de la persona, que aplicará estos patrones en sus nuevas relaciones en la edad adulta (Bartholomew & Horowitz, 1991; Diehl et al., 1998; Henschel et al., 2020; Schultz, 2019), aunque no se atribuyen directamente al temperamento innato y pueden cambiar cuando el trato que reciben de sus figuras vinculares cambia (Benlloch, 2020; Bowlby, 1988).

### ***Base Segura***

En la primera fase de vida, nada más nacer, un bebé depende totalmente de su cuidador principal (normalmente la madre) y se fusiona con ella. No sabe regularse aún y es esta primera conexión de apego la responsable de ello (Benlloch, 2020; van der Kolk, 2015). La necesidad de aprender y explorar se va desarrollando constantemente pero este proceso puede crear ansiedad y por ello necesita el apoyo y la protección de sus

cuidadores y poder confiar en que estarán ahí cuando acuda a ellos en caso de miedo e inseguridad durante la exploración. Si los cuidadores están disponibles y responden de manera adecuada, funcionan para el niño como una base segura (Benlloch, 2020; van der Kolk, 2015). Se crea, por tanto, a partir de la relación vincular emocionalmente sana que el bebé y el cuidador establecen y es crucial para aprender a regular sus emociones reconociéndolas e identificándolas de un modo equilibrado y percibirse como un ser valioso digno de ser querido. Sincronizándose con el entorno y las personas de su alrededor, el individuo aprende a empatizar y desarrolla, en consecuencia, herramientas solidarias que podrán formarle como una persona responsable, competente y valiosa para la sociedad. Todo ello serían indicadores de un sano desarrollo de la personalidad y la salud mental (Benlloch, 2020; Bowlby, 1988; Panhofer, 2005; van der Kolk, 2015).

### ***Conducta de apego, regulación emocional y desarrollo de la personalidad***

La conducta de apego es aquella que cumple la función biológica de protección y se basa en las acciones que hace el buscador de cuidados, las acciones que realiza el cuidador en respuesta a esa búsqueda de proximidad y la exploración del entorno incluidas las relaciones con los demás mediante el juego. Las poderosas raíces biológicas explican las intensas emociones asociadas a esta conducta intersubjetiva que es regulada por un sistema de control perteneciente al sistema central nervioso para alcanzar el estado de homeostasis (Bowlby, 1988). Este equilibrio homeostático pone en marcha instintivamente una conducta de apego con la madre. Cuando ésta no está, se activa el estado de ansiedad y un impulso hace a ambas partes buscarse y regularse (Devereaux, 2008; Ramírez, 2010), lo que se puede observar físicamente en los niveles de estrés y cardiacos (van der Kolk, 2015). Las emociones son, por tanto, la herramienta más importante del ser humano para regularse biológicamente y para autores como

Damasio (1998) el apego se define como la conducta que permite la regulación de las emociones en la relación diádica (Schore, 2001).

Esta regulación emocional en interacción en la que el bebé tiene una experiencia emocional positiva después de una situación estresante haciéndole entender que se pueden soportar y superar es el origen de la resiliencia y forma parte del desarrollo de la capacidad de autorregulación (Devereaux, 2008; González, 2010) y de un modelo interno de confianza y conexión con el otro. Todo este desarrollo emocional es un indicador de la capacidad vincular y la salud mental y depende de la disponibilidad y el intercambio emocional de la madre (Tortora, 2008). Crucial, también, para el desarrollo de las estructuras psíquicas del niño (Devereaux, 2008; Ramírez, 2010; van der Kolk, 2015). Dicho intercambio es definido por Winnicott como "calidad del ambiente facilitador". Ambiente desde el cual poder diferenciarse (desapegarse) de la madre que él define como objeto y que al principio es un fenómeno subjetivo. Si la calidad es buena el bebé podrá ir reconociendo a su madre como objeto separado del sujeto e ir creando su propia identidad. De lo contrario su conciencia del "yo" ser irá debilitando (Ramírez, 2010).

En la observación de la conducta de apego y su evolución en el desarrollo de la personalidad se puede apreciar como en los primeros días de vida el bebé ya reconoce el olor de la madre y su modo de sostenerlo. Comienzan a surgir pequeñas muestras de respuesta a las acciones de la madre como una sonrisa a los dos meses, que son un previo a la conducta de apego. Estas respuestas no verbales activan el comportamiento de la madre para estar disponible a sus necesidades y van aumentando rápidamente. A partir de los 6 meses de edad la conducta se vuelve más elaborada y la madre responderá empáticamente. Aprende a entender kinestésicamente los estados emocionales de su bebé y comunicará con él mediante su cuerpo y movimiento, sus

expresiones faciales y corporales y con diversas tonalidades de la voz. Ambos crearán un diálogo no verbal sincronizado (Bowlby, 1988; Panhofer, 2005) que les hará sintonizarse afectivamente. Stern (1985) habla del *Self nuclear* como el sentido del *Self* percibido desde la experiencia corporal. Las primeras experiencias de un niño se registran a nivel somático, kinestésico y sensorial y de este modo le va dando sentido al entorno y se desarrolla como persona que siente, se mueve, comunica y aprende. Esta sensación inicial de cuerpo es la que permite la interacción relacional con el otro (Beebe et al., 2003; Tortora, 2008, 2019). La capacidad de conocimiento desde el cuerpo es la fuente principal de información de los estados mentales, la experiencia intersubjetiva, el funcionamiento reflexivo y la mentalización y da pie a la correulación de manera bidireccional en la relación de apego temprano (Tortora, 2011). La dinámica entre cuidador y bebé va creando a través de ese *Self nuclear* el desarrollo de su sentido de agencia, siendo un cuerpo distinto y coherente que controla sus acciones y emociones y que tiene una continuidad existencial y percibe al otro como sujeto separado en interacción. Éste será el cimiento de los otros sentidos del *Self* más elaborados, como la conciencia de la subjetividad (Fischman, 2008).

La sintonía física y afectiva, que se crea en la conversación kinestésica entre madre e hijo cuando ésta responde a sus necesidades regulándolo, es denominada como *affect attunement* por Stern (1985) y se da desde una acción de reflejo afectivo, respondiendo desde la imitación las expresiones emocionales del bebé o con otros estímulos cruzados, reflejando, por ejemplo, el movimiento del bebé con un sonido o el sonido del bebé con un ritmo acorde al mecerlo (*crossmodal matching*). La capacidad de reconocer esta correspondencia cross-modal es el mecanismo principal para captar la cualidad del estado emocional interno del otro. Según Trevarthen (1998) y Stern (1985) en este proceso de intercambio intersubjetivo, que el primero define como



intersubjetividad “primaria”, es muy importante la presencia del tiempo, la forma y la intensidad ya que los patrones se enlazan temporalmente, son imitados en su forma y se perciben según su intensidad. Dichos patrones guiarán las acciones e influirán en el aprendizaje y la memoria. Esta sincronización rítmica y su expresión en movimiento son parte de la protoconversación (Beebe et al., 2003; Trevarthen, 1998).

Según Meltzoff la percepción y producción de estas expresiones reflejas en la conversación intersubjetiva es de gran importancia para la experiencia y representación de la relación. Afirma que los niños, nada más nacer, tienen la capacidad biológica para asimilar correspondencia cross-modal sintiendo en su cuerpo de manera propioceptiva, lo que ven en sus madres y entendiendo de este modo la existencia de una relación entre sí mismo y el otro. Añade que para el desarrollo del *Self* no solo influye una percepción estática sino sobre todo la percepción de movimientos espacio-temporales y le da especial importancia a las formas corporales y fuerzas (Meltzoff & Moore, 1998). El niño relaciona lo que ve con lo que siente y traduce los estímulos externos con estados internos y esta capacidad es, según este autor, el origen de la intersubjetividad pre-simbólica (Meltzoff, 1990). Stern (1985) añade que el proceso intersubjetivo y la sintonización afectiva contribuyen al apego y la sensación de seguridad y marcan el inicio de la intimidad psíquica, crucial para la creación de la capacidad simbólica, a través de la cual el niño es capaz de entender a la otra persona como ser intencional. En esta fase aparecen juegos en interacción en la que ambas partes comparten su atención y otras formas de conciencia diádica, asentándose la base de la Teoría de la Mente (Samaritter & Payne, 2013). Trevarthen (1998) incluye aquí el concepto de intersubjetividad “secundaria” que surge a partir de la capacidad de poder orientarse hacia un tercer objeto en una atención compartida con el cuidador principal. Comienza con el inicio del funcionamiento simbólico y posteriormente, la mentalización (Beebe et

al., 2003; Hubley & Trevarthen, 1979). Como aportan Behrends et al., (2012), los elementos específicos del movimiento compartido y la danza, así como la imitación, el movimiento sincrónico y la cooperación motriz, son adecuados para fomentar, precisamente esas capacidades empáticas.

Por otro lado, Bowlby (1988) explica que la capacidad cognitiva de retener a su madre en la mente cuando ella no está se da aproximadamente a los 6 meses de vida con el fin de mantener la proximidad de su figura vincular principal en su memoria y reconocerla entre otras personas cuando vuelve. Estos modelos de representación de las figuras más importantes son denominados como modelos operativos internos y se construyen a través de las experiencias relacionales con sus cuidadores y la interacción con el entorno. El bebé va creando estos modelos internos de cada uno y según sea tratado por cada uno y creará, también, un modelo operativo interno de sí mismo. Se construyen en los primeros años de vida y se establecerán como estructuras cognitivas influyentes que llegan a operar a nivel inconsciente y son cruciales para el desarrollo emocional posterior (Benlloch, 2020; Bowlby, 1988; Devereaux, 2008). Según el grado de confianza que va desarrollando el bebé con sus figuras vinculares irá desarrollando más autonomía y podrá separarse a ratos de sus padres al tener esa imagen interna de ellos. Si la relación es como decía Winnicott (1971) “suficientemente buena” el niño puede confiar en ellos, pero también en sí mismo y desarrollar un sentido del *Self* seguro y la capacidad de simbolizar (Panhofer, 2005).

La presencia de un sistema de control del apego y su conexión con los modelos operantes del sí-mismo y de la figura o figuras de apego que elabora la mente durante la infancia, son características centrales del funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida. (Bowlby, 1988, p.145)

## **El trastorno del vínculo y su huella en el cuerpo**

Según lo visto, el modelo del sí-mismo que desarrolla el niño está profundamente ligado al modo en que la figura vincular principal le considera y trata y que si esto se da en un modo poco adaptativo, puede impedir un desarrollo de su personalidad sano y aspectos de ésta pueden quedar separados, incomunicados o fragmentados (Bowlby, 1988) y romper la continuidad existencial afectando al desarrollo (del Río & González, 2021). Más graves serán las consecuencias si el vínculo se ve afectado por situaciones traumáticas como abuso, maltrato o negligencia extrema. Si, además, el cuerpo es agredido directamente por contacto físico o penetración el riesgo a sufrir una patología en la adultez es mayor y observable en el comportamiento y la apariencia (Alvela et al., 2019; Goodill, 1987). Como el vínculo de apego, aunque más intenso en la infancia, se mantiene en la edad adulta, su calidad influye en el desarrollo del individuo a nivel psíquico, emocional, cognitivo, conductual, relacional y, también, físico (Benlloch, 2020; Devereaux, 2008; Tortora, 2008). La herramienta del *Adult Attachment Interview* es utilizada en el ámbito clínico para evaluar las características de apego que muestran los adultos con afecciones psicopatológicas (Fonagy et al., 1998).

Es importante tener en cuenta que la memoria traumática es uno de los factores por los que persevera el estrés del trauma años después de ocurrir. En particular la llamada memoria corporal o *memoria kinestésica* que está presente en un nivel preverbal, separada de la memoria biográfica, en forma de sensaciones físicas, posturas o secuencias de movimientos (Eberhard-Kaechele, 2012; González, 2010; Panhofer, 2005). Cuando en una situación traumática las reacciones del cuerpo se congelan e impiden que éste reaccione, quedan guardadas en esta memoria implícita y pueden verse en forma de síntomas (González, 2010). Los pensamientos se disocian del cuerpo y sus sensaciones para poder sobrevivir (Eberhard-Kaechele, 2012). Las situaciones que

causan altos niveles de estrés en esta fase sensorial temprana y preverbal pueden tener consecuencias catastróficas y llevar a la destrucción del *Self* y resulta, por ello, muy recomendable aplicar tratamientos basados en el plano no verbal y físico (Goodill, 1987) como el que aplica la Danza Movimiento Terapia. Levine (2017) afirma que los patrones motores que se han interrumpido o han sido frustrados en esta etapa influyen en la percepción del niño, también en la edad adulta y recomienda el movimiento como herramienta primordial en el trabajo del trauma temprano.

En consecuencia, estas experiencias adversas y traumáticas en la infancia aumentan el riesgo a desarrollar afecciones psicológicas y físicas, adelantando además la edad de padecerlas y la probabilidad de vivir situaciones vitales negativas (Bowlby, 1988). Numerosos estudios avalan un mayor riesgo de padecer trastornos en la edad adulta como el de ansiedad, estado de ánimo, estrés postraumático, conducta alimentaria, límite de la personalidad, somatomorfos, disociativos, alexitimia, síntomas conversivos de tipo motor, alcoholismo, psicosis, fobias, depresión y enfermedades neurológicas (Alvela et al., 2019; del Río & González, 2021; Figueira, 2005; Ho, 2015). Además, aparece un aumento de posibles conductas agresivas, autodestructivas, sexuales arriesgadas, suicidas, consumo de sustancias, una mayor comorbilidad y dificultades relacionales (Alvela et al., 2019; van der Kolk, 2015). Alvela et al., (2019) señalan que hay más probabilidad de haber padecido un trauma en la infancia en las personas con patología psiquiátrica siendo más común el maltrato físico en hombres y el abuso sexual en mujeres. Fisiológicamente pueden aparecer, también, problemas gastrointestinales, síntomas ginecológicos y cardiovasculares, obesidad, diabetes, hipertensión, problemas en la piel y trastornos del sistema inmunológico (Eberhard-Kaechele, 2012; Ho, 2015).

La observación a nivel corporal y kinestésico en los procesos en edad infantil muestra varios temas nucleares que pueden ser consultados como base, a modo de guía, para plantear los objetivos principales a trabajar en esta población mediante un proceso basado en Danza Movimiento Terapia. Es importante tener en cuenta que cada persona es única y diversa y las diferentes afecciones pueden surgir en unos pacientes y en otros no y habrá otras que no queden recogidas aquí y puedan apreciarse. La aparición de síntomas, su abordaje y transformación no se secuencian de un modo jerárquico sino simultáneo (Tortora, 2008), por lo que el trabajo terapéutico deberá realizarse de un modo cíclico y según las necesidades y posibilidades del paciente y su estado emergente en cada momento (Payne, 2005).

El síntoma o tema nuclear principal que coincide siempre en un trastorno del vínculo es la extrema desconfianza de estos niños sobre todo hacia el adulto, pero también desconfían de pares y de sí mismos, dudando de sus propias capacidades de defensa y protección personal. Desconfían, en general, del mundo que les rodea (Bowlby, 1988; Eberhard-Kaechele, 2012; González, 2010; van der Kolk, 2015). Su consecuente inseguridad y ansiedad fisiológica es algo a tener muy presente y deberá ser objetivo principal de trabajo durante toda la intervención (Devereaux, 2008).

Esta desconfianza expresada desde el miedo se muestra de diversas formas especialmente en situaciones de interacción o cuando surge un tema conflictivo que el niño no está preparado para asumir. A nivel corporal se observa, no sólo en la expresión facial asustada, sino también en una intensa tensión muscular, especialmente en el torso y en los hombros. Con el pecho a menudo hundido, “estrechado” (Figueira, 2005; Goodill, 1987; Panhofer, 2005). En su movimiento se observa una hiperactividad confusa y movimientos desorganizados y rígidos, agitando los brazos y algunos parpadeando con los ojos (Goodill, 1987). Hay mucho uso del espacio sin foco directo o

contacto visual huidizo, a veces miradas en blanco (Devereaux, 2008; Panhofer, 2005). Como si el cuerpo quisiera defenderse desde el movimiento ante emociones complicadas y dónde ya se puede percibir una clara falta de contención y límites. A menudo hacen movimientos hacia abajo, lentos usando el peso pasivo o cayendo de repente (Goodill, 1987), buscando en el suelo, probablemente, el único o más evidente soporte posible. Se observa una dificultad en el *effort* del peso (AML)<sup>1</sup> al no poder usar bien su fuerza o presionar, especialmente con los brazos (Goodill, 1987) lo que implica una falta de presencia y conciencia corporal. Algunos muestran un flujo conducido (respiración contenida) y el uso del tiempo súbito indicando falta de estabilidad y enraizamiento (*grounding*) (Panhofer, 2005). Presentan ausencias mentales y un cuerpo fragmentado, bloqueando partes del cuerpo y disociando su mente de las más dañadas (Devereaux, 2008; Eberhard-Kaechele, 2012; Figueira, 2005; Goodill, 1987). Además, su cualidad de movimiento suele ser más acorde a una edad más temprana y a menudo se ven casos en los que hay retraso en el lenguaje y un alto grado de inmadurez (Devereaux, 2008; Goodill, 1987).

Las dificultades sociales por esta desconfianza y su carencia en el desarrollo de la empatía y conexión con otra persona son consecuencia lógica de todo este cuadro sintomático (Devereaux, 2008; Ho, 2015). Pueden mostrar un comportamiento confuso y pueden malinterpretar situaciones interpersonales como amenazantes, además de, ser muy sensibles a la crítica (Eberhard-Kaechele, 2012; Goodill, 1987).

Recogiendo todos estos síntomas la falta de conciencia corporal y de sus límites será un aspecto nuclear a trabajar con estos niños. Al no ser conscientes de sus sensaciones físicas no pueden percibir lo que sienten y carecen de la básica capacidad de entender

---

<sup>1</sup> (AML) Análisis de Movimiento Laban

sus necesidades y deseos y por tanto de poner límites (Devereaux, 2008; Goodill, 1987; Ho, 2015). Tanto físicos como emocionales. Su espacio vital ha sido invadido hasta tal punto que en algunos casos ha traspasado el mismo límite del propio cuerpo (Goodill, 1987; Ho, 2015), o bien se han fusionado quedando incapacitados para distinguir lo interno de lo externo y proyectando o introyectando e invadiendo el espacio vital del otro (González, 2010). Restaurar esta capacidad de conciencia es crucial para poder comenzar un camino hacia el restablecimiento vincular.

Los cuerpos congelados, inmóviles y con gran dificultad para aceptar el contacto físico, son síntomas muy relacionados, así como, el bloqueo producido por la única defensa posible en el momento traumático o en la sucesión de experiencias cotidianas con vínculos no seguros. Algunos desprecian su imagen física (Goodill, 1987; Ho, 2015) y la desconexión con las sensaciones corporales dificulta la conciencia emocional y por tanto la expresión y aceptación de lo que sienten. En conjunto todo esto conlleva graves dificultades para reconocer la propia identidad, en casos extremos hasta el punto de no reconocerse en un espejo (van der Kolk, 2015). Van der Kolk (2015) afirma que:

El modo en que una madre sostiene a su hijo es la base de la “capacidad de sentir el cuerpo como el lugar en el que vive la psique”. Esta sensación visceral y cinestésica de cómo se unen nuestros cuerpos establece la base de lo que experimentamos como “real”. (p.128)

Por ello es recomendable trabajar desde el cuerpo, su sostén y su conciencia para abrir la posibilidad de calibrar, reducir y parar la ansiedad, separando el pasado del presente (Devereaux, 2008) y reconstruir la identidad.

En relación al marco emocional, aparte del miedo y la inseguridad se observan a menudo emociones de tristeza o ira que pueden llevar a la depresión o introversión o, por el contrario, a episodios de rabia y agresividad (Goodill, 1987). El estado defensivo

en el que entran, les lleva a comportamientos de huida (aislamiento, distanciamiento, se esconden) como los primeros o de lucha (quieren controlar todo, son explosivos e impulsivos y dependientes) como los segundos (Devereaux, 2008; Figueira, 2005; Panhofer, 2005). Tienden a la negatividad y la desesperanza y tienen dificultad para transitar y aceptar signos traumáticos (Devereaux, 2008). Algunos sienten vergüenza y culpa por lo ocurrido o tienen sentimientos de traición. Su autoestima suele ser baja y pueden ser sensibles a la crítica (Devereaux, 2008; Eberhard-Kaechele, 2012; Ho, 2015).

Todo este conjunto de afecciones muestra su dificultad de autorregulación emocional, lo que supone otro elemento crucial a trabajar en la intervención así como la capacidad de exploración del entorno (Benloch, 2020; Bowlby, 1988; van der Kolk, 2015). Al carecer de base segura han quedado como anclados en el miedo y en el tiempo sin poder avanzar en su desarrollo personal, siendo cada vez más complicada su socialización. Van der Kolk (2015) describe como estos niños, tanto los inseguros como los más desafiantes, todos son incapaces de jugar o explorar su alrededor a no ser que sea para reconocer cualquier posible amenaza. Explorar y transitar emociones y ayudarles a averiguar sus necesidades y experimentar las relaciones con los demás desde el vínculo terapéutico será una parte sustancial del proceso.

Debido a la falta de conciencia corporal, su problemática en desarrollar un movimiento libre, lúdico y divertirse a través de él, es obvia. Más compleja aún es la huella traumática que ha quedado grabada en el cuerpo y que si no está disociada es fuente de dolor y miedo y explorarla es precisamente lo que su psiquismo quiere evitar. Una exploración a través del cuerpo y el movimiento, en un entorno de confianza y seguridad les puede permitir sentir sus emociones separadas del momento traumático. Pueden integrar las partes del cuerpo fragmentadas y bloqueadas, desde la



improvisación, el juego y la creatividad y expresar lo que emerja en cada momento recuperando su integridad física, su identidad y su estabilidad (Tortora, 2019). “(...) los niños se incorporan al mundo con una sensación de su cuerpo desde la que descubren el medio que los rodea y se expresan a sí mismos” (Tortora, 2008, p.174). Es una parte delicada que habrá de hacerse con sumo cuidado y paso a paso a medida que se vaya consolidando la confianza entre el niño y su terapeuta.

### **Abordaje del trastorno del vínculo desde la DMT**

Se recomienda la DMT como método terapéutico para abordar el trastorno del vínculo planteando como objetivo principal la reconstrucción de los patrones vinculares desde la relación con la terapeuta. Al trabajar desde lo corporal y kinestésico y ofrecer un acompañamiento empático y cuidadoso la experiencia puede ayudar al paciente a reconstruir un modelo interno de sí mismo (del Río & González, 2021) y dar pie a la transformación de los efectos físicos, psíquicos, emocionales y cognitivos (Eberhard-Kaechele, 2012) del trastorno.

Trabajar con el cuerpo y el movimiento y su expresión espontánea, permite que surjan experiencias preverbales e inconscientes. De este modo la DMT puede ayudar a revelar complejas experiencias de la infancia temprana (Tortora, 2008), abriendo un camino a su desbloqueo y transformación. Incluso en el caso de abusos extremos, en los que el cuerpo es fuente de dolor resulta recomendable, siempre sin perder la atención a los problemas psicológicos subyacentes (Ho, 2015).

En base a los síntomas recogidos se desarrollan las siguientes áreas de intervención y las técnicas específicas de la DMT para su abordaje. Hay que tener en cuenta que el elemento nuclear de la confianza se tendrá que ir restableciendo a lo largo

del proceso y el tiempo y será un objetivo global a tener en cuenta en cada sesión y cada dinámica.

### ***Relación Terapéutica, Base Segura***

Uno de los objetivos básicos para recuperar la capacidad de confianza, imprescindible para trabajar el vínculo, y poder establecer una relación entre terapeuta y paciente es restablecer la base segura que perdieron o nunca tuvieron. Es crucial la creación de un marco terapéutico seguro (*setting*) apelando al abrazo protector de una madre y ofreciendo sostén (Winnicott, 1971), consuelo y seguridad. Este marco contendor descrito por Bion (Panhofer, 2005) permitirá la creación de esa base al establecer una nueva relación segura de confianza y desde la que concienciar, explorar, compartir y transitar emociones complejas a lo largo del proceso (Panhofer, 2005). La relación terapéutica se presenta como un vínculo de apego nuevo creado desde la coherencia, fiabilidad, sensibilidad, compenetración y empatía (Benlloch, 2020). Ofrece la oportunidad de cambiar la mirada interna, reestructurando el modelo operante de sí mismo en un plano relacional y desarrollar nuevos patrones interpersonales (Eberhard-Kaechele, 2012), desde el plano corporal y kinestésico que es, como se ha descrito previamente, el que opera en esa fase preverbal en la que se construyen.

### ***Conciencia Corporal, Espacio y Límites***

La conciencia corporal y los límites del cuerpo y del espacio que les rodea, será uno de los elementos a trabajar al inicio del proceso. Si estos niños no sienten su cuerpo ni reconocen su lugar en el mundo y aprenden a poner sus límites, no podrán reconocerse ni reconocer sus emociones y superar los lazos rotos a reconstruir. Esto implica trabajar, también, la conciencia de su kinesfera e igualmente, limitarla y compartirla, es básico para poder confiar en su capacidad de protección y de cuál es su

lugar en relación al otro y al entorno (Goodill, 1987; Ho, 2015). El espacio potencial o transicional que describe Winnicott (1971) es un espacio intersubjetivo que también constituye el que hay entre el mundo interno y externo (Doonan & Bräuninger, 2015; Sainz, 2017b) y que será construido en la relación terapéutica para que se puedan dar las transformaciones necesarias (Payne, 2005). La conciencia del espacio del otro y sus límites es necesaria para poder construir dicho espacio y no invadirlo o fusionarse con el otro.

Para trabajar los límites de la kinesfera se puede, por ejemplo, definir el espacio personal dibujándolo en el suelo como un territorio propio o construyendo una casa o fuerte y decidir sus límites. Esto puede ayudar a recuperar un sentido de control y de propiedad sobre sus propios cuerpos y espacio (Goodill, 1987).

La conciencia del cuerpo se puede trabajar a través de sensaciones físicas concretas sintiendo el límite del cuerpo y su peso a través del contacto con el suelo, la pared o un mueble y con materiales como pelotas de masaje o telas elásticas en las que envolverse. El uso del *effort* del peso firme puede ayudar a sentir más la musculatura, pero habrá que evitar aumentar su rigidez si la tienen. Acciones como rodar por el suelo, ir a la posición fetal, balancearse, estirarse y alargarse en plano vertical, así como, extender partes del cuerpo atravesando el espacio ayudan a sentir el tacto del cuerpo y su límite además de ayudar a explorar formas corporales concretas en relación al espacio y que en parte recrean movimientos del desarrollo temprano (Goodill, 1987; Payne, 2005) útil para llegar desde el cuerpo a esas fases tempranas.

Hay que tener en cuenta la importancia del tacto y el contacto con otra persona por su compleja presencia en esta población que lo evita o se fusiona y habrá que adaptar las dinámicas, por ejemplo, usando objetos que conecten a las personas a través

del movimiento sin necesidad de tocarse, hasta que estén preparados (Eberhard-Kaechele, 2012).

El *grounding* es otra herramienta de la DMT para mejorar la presencia y el enraizamiento y que depende en gran parte del ritmo y de la conciencia corporal. Jugando con los ritmos más lentos y más rápidos, el cuerpo tiene la opción de explorar diferentes cualidades de movimiento desde un lugar muy terrenal, sostenido y contenido. Dinámicas en las que sentir el “descontrol” físico de un movimiento muy rápido y ligero que luego se puede hacer lento y pesado, aporta una oportunidad de control sobre el propio movimiento y una sensación de resolución y contención de una situación descontrolada (Goodill, 1987). El niño va entendiendo que tiene la capacidad de controlar y contener su cuerpo físico, pero también su cuerpo emocional y en conexión con éste el psíquico. Este enraizamiento permite conectar con la estabilidad personal y la conciencia corporal y añadir movimientos con el *effort* de peso firme la aumenta. Por ejemplo, dando pisotones fuertes sobre los ritmos de la música en sincronía con el terapeuta o el grupo. Si se trabaja en grupo el efecto se potencia y el ritmo unifica a todo el grupo creando, además, un estado de sostén en todos los participantes.

### ***Regulación Emocional, Sintonización***

Como dice van der Kolk (2015) “(...) los niños que carecen de sintonía física son vulnerables a desconectar el retorno directo de su cuerpo, el centro del placer, el propósito y la dirección” (p.128). Habiendo trabajado la conciencia corporal y kinestésica, las emociones podrán ir siendo reconocidas y el niño aprender a regularse y sintonizar con su entorno a través de las sensaciones físicas (González, 2010; van der Kolk, 2015). La sintonía afectiva (*affect attunement*) será otra área de intervención

básica en esta población basada en la conexión emocional (Sainz, 2017b).

Las emociones son el primer medio de comunicación posible y son previas al proceso cognitivo y verbal. Además, persisten como la característica principal de las relaciones íntimas en la vida (Bowlby, 1988). Trabajar con el cuerpo y el movimiento abre la posibilidad de acceder a emociones profundas y a menudo inconscientes y a crear potentes cambios en la persona (Ho, 2015), así como, a aumentar su capacidad vincular y de autorregulación. Según Winnicott los buenos cuidados permiten al niño unificar las sensaciones corporales con las emociones (Sainz, 2017a). Además, la regulación es una pieza clave para construir una relación estable con las sensaciones internas y experiencias emocionales para esta población (Devereaux, 2008) y “...la comunicación emocional entre un paciente y su terapeuta es la que desempeña el papel más decisivo” (Bowlby, 1988, p.180).

La sintonía mutua entre madre e hijo, o terapeuta – paciente, mediante la sintonización afectiva desarrollada a través de la intersubjetividad afectiva y los ritmos sintonizados (*rhythmic attunement*) fomenta la empatía kinestésica y el vínculo de interacción (Doonan & Bräuninger, 2015).

### ***Ritmos Sintonizados***

Bowlby (1988) relata como Kaye (1977) observando durante la lactancia el comportamiento de ambas partes, ve una interacción sincronizada con las pautas de succión y pausa. Cuando el bebé succiona la madre calla y cuando para, le habla y acaricia. Después, durante el desarrollo, la interacción social que se da entre ellos tiene, también, un ritmo concreto que comienza con un saludo inicial, una comunicación afectiva kinestésica y luego gradualmente ésta se va apaciguando hasta que el bebé necesita un descanso, antes de la siguiente fase (Bowlby, 1988).

Toda esta interacción basada en el ritmo del otro es básica en la aplicación de la DMT, que respeta siempre los tiempos del paciente. Comunicar desde el lugar en el que se encuentra y sintonizar permitiendo que él controle el ritmo de la conversación sin ser pasivo, pero respetando la acción y el descanso que necesite en cada momento (Bowlby, 1988; Trevarthen, 2017).

Devereaux (2008) explica que para entrar en esta comunicación sintonizada la madre debe resonar especialmente con los reflejos de los ritmos del estado interno del niño. Los bebés se mueven con ritmos controlados y precisos que les permiten predecir y controlar las sensaciones del movimiento en su cuerpo y, además, tienen una sensibilidad innata al ritmo de otra persona en movimiento. Eligen las acciones en ese mundo de movimientos compartidos que aportan consuelo y apoyo. Estos movimientos corporales rítmicos son controlados por el cerebro para coordinarse con el cerebro del otro y se sabe que la musicalidad es aprendida a partir del habla de la madre, incluso antes de nacer (Trevarthen, 2017; van der Kolk, 2015).

Trevarthen explica que la coordinación a nivel no verbal entre el bebé y el cuidador principal se da a través de los ritmos emparejados donde bebé y cuidador comparten una base temporal común, como relojes neuronales o marcapasos emparejados (Trevarthen, 1998). Conocer el ritmo, el estado afectivo y lo que está vivenciando el otro desde una conexión de sentimiento ininterrumpida permite la reciprocidad afectiva y su resonancia en una experiencia compartida entre las dos partes (Schultz, 2019). A través de los elementos no verbales (ritmo, tono, movimientos,...) se da la sincronía interactiva entre madre e hijo. Si comparten los mismos movimientos rítmicos mejorará la relación y si no se sintonizan la capacidad de empatía del niño se verá comprometida. La terapeuta DMT sintonizará de igual modo siguiendo momento a momento a las estructuras rítmicas de los estados internos del paciente adaptando su

movimiento y ritmo de manera flexible y fluida para sincronizar con éste (Schultz, 2019).

### ***Empatía Kinestésica***

La empatía kinestésica (*kinesthetic empathy*) es utilizada en DMT para sintonizar con el paciente y afianzar el vínculo terapéutico. Esta técnica permite recoger el movimiento del otro y leer corporalmente su estado. Resonando con el estado afectivo del paciente, la terapeuta devuelve este estado en secuencias de movimiento estructuradas y va creando una relación pre y no verbal con el paciente (Eberhard-Kaechele, 2012; Panhofer, 2005). Empatizando desde el cuerpo y adoptando la postura, la respiración, tensión muscular y el movimiento se puede sentir algo cercano a lo que está sintiendo y entender mejor lo que está experimentando en ese momento (Behrends et al., 2012; Panhofer, 2005). Resulta reconfortante, además, para la otra persona, recibir esa conexión empática y sentirse comprendida o, cuanto menos, escuchada (Devereaux, 2008). Como dice Fischman (2008) “la DMT se compromete empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo” (p.81). A través de una danza improvisada corporeizada, en la que se comparten los patrones kinestésicos de ambas partes, surgirá un entendimiento mutuo y la creación compartida de la relación (Samaritter & Payne, 2013).

Esta empatía kinestésica se trabaja en DMT desde la técnica de *mirroring* con la intención de restablecer el efecto regulador de la respuesta imitadora de la madre. Como dice Winnicot, el niño mira y sabe que es reconocido porque su madre le responde con lo que él ha dado para poder verificarlo (Sainz, 2017b).

Como se ha explicado previamente la sintonía entre madre e hijo, mediante el reflejo y las respuestas afectivas entre ellos, es lo que permiten la corregulación

emocional. A medida que esta comunicación se vuelve más compleja el niño va dejando de depender de su madre y aprende a regularse solo (Devereaux, 2008). Por tanto, el *mirroring*, muy relacionado con la sintonización cruzada (*crossmodal matching*) ayuda a que el paciente pueda regular sus emociones, mentalizar sus propios estados internos y mejorar su capacidad social y una posible respuesta diferente a la vivida anteriormente, y así poder restaurar aspectos del *Self* dañados (Eberhard-Kaechele, 2012; Fischman, 2008). La terapeuta tiene como objetivo crear cambios corporales con atención e intención reflejando los movimientos del paciente que a la vez que observa visual y acústicamente su movimiento, puede experimentar kinestésicamente sus propios movimientos y percibirse como un sujeto intencional. Esta conversación danzada conecta con las estructuras preverbales de interacción que contribuyen a alcanzar partes de la memoria corporal (Samaritter & Payne, 2013), crucial para trabajar los eventos traumáticos.

Sincronizando y sintonizando con el paciente la confianza se va asentando y el niño estará cada vez más preparado para explorar y transitar sus emociones y eventos traumáticos.

### ***Creatividad, simbolismo y juego***

Según lo visto, la expresión y comunicación preverbal, y el desarrollo del *Self* y de la capacidad simbólica, se dan a través del cuerpo y la acción en movimiento en interacción con el otro. Una vez asentada la relación terapéutica y su capacidad de sintonización las dinámicas de DMT irán permitiendo la exploración de las emociones y su reconocimiento para poder recuperar el equilibrio emocional y restablecer los patrones menos adaptativos del paciente y su vitalidad, a través del movimiento, la creatividad y la experiencia compartida de creaciones artísticas, juegos simbólicos y



metáforas (Behrends et al., 2012; Payne, 2005). La externalización a través de modalidades expresivas ayuda al niño a experimentarse a sí mismo de una forma distinta (Behrends et al., 2012; Malchiodi, 2015) y a exteriorizar mediante el juego experiencias traumáticas. Lo que dará pie a la reparación emocional y la resolución de conflictos. El juego y la creatividad ofrecen beneficios como el placer de hacer e inventar, desarrollar la imaginación y la mejora de la autoestima a través de la autoexpresión. Mediante el juego, la creación de historias o imágenes el niño puede contener el material traumático en esa creación concreta y artística que aporta una sensación de control sobre ese material intrusivo que le da miedo. De este modo aumenta su participación, mejora su expresión emocional y disminuye su hiperactividad (Malchiodi, 2015).

En general, los elementos específicos del movimiento conjunto y de la danza, la imitación, el movimiento sincronizado y la conversación kinestésica, son adecuados para fomentar las capacidades empáticas, especialmente en personas con falta de ésta (Behrends et al., 2012).

Trevarthen (2017) afirma que estos movimientos expresivos, en la fase de la intersubjetividad primaria, permiten al niño conocer otras mentes y añade que es un comunicador creativo que aprende del mundo con su cuerpo inteligente comunicando desde el juego y el afecto con sus padres en etapas preverbales.

En relación a la creatividad y la imaginación este mismo autor explica que crear historias, es decir la creación activa de compartir significado, implica por un lado encontrar sentido personal y por otro presentarse a los demás como mensajero lo que se reconoce viendo como los niños crean y sienten satisfacción personal en el movimiento.

El espacio en el que se da esta creación diversa, ya sea en forma de cuentos, representaciones o expresiones artísticas desde el juego es denominado por Winnicott

como espacio potencial intersubjetivo. Se desarrolla entre madre e hijo y es un lugar de experiencias compartidas. Esto es posible porque en este espacio se permite el juego y la base de la creatividad, que para Winnicott es la capacidad de vivir y sentirse vivo y la cual depende de esa capacidad de jugar. El juego es además, en sí mismo un fenómeno transicional en el que el niño va aprendiendo a jugar “solo”, aún en presencia de alguien (Sainz, 2017b). La terapia se da en un lugar simbólico en el que los espacios de paciente y terapeuta se cruzan mediante el juego (Payne, 2005). Habiendo trabajado la conciencia del espacio, el personal y el del otro, se podrá ir creando también ese espacio transicional para que el niño vaya desarrollando la capacidad de explorar mediante el juego y la improvisación compartida con la terapeuta. Jugar permite la relación, el aprendizaje y por tanto el desarrollo y el crecimiento que en conjunto lleva a un mayor estado de salud (Sainz, 2017b).

Por otro lado, creando una distancia segura de los eventos traumáticos, se pueden crear puentes entre los componentes fragmentados y la actividad artística ayuda a reflejarlos de manera verbal enmarcándolos en un espacio temporal y espacial. Una parte importante de estas dinámicas creativas es el de las metáforas vivenciales y su desarrollo simbólico involucrando la realización física de ideas abstractas como procesos emocionales o estados mentales y creando una asociación de una experiencia psicosomática con otra. Por ejemplo, una sensación de vacío se puede representar con un objeto hueco, como un cubo y jugar a encontrar maneras de rellenarlo, quizá con algodones o telas suaves o los objetos que le gustan y hacen sentir bien. De igual modo se pueden “encerrar” en una caja recuerdos o sensaciones desagradables, quizá previamente dibujadas o moldeadas o con un objeto que las represente. De este modo se externalizan y pueden tomar control sobre esas emociones o eventos conflictivos. Estas dinámicas permiten que el paciente tenga control sobre la situación y encuentre nuevas

alternativas y estrategias para afrontar situaciones estresantes y a conectar con la eficiencia personal y a mejorar la autoestima. Las metáforas vivenciales generan una experiencia real en cuerpo y psique no solo imaginada. Son proyectadas desde el esquema de imagen basada en el cuerpo (patrón recurrente a nivel sensoriomotor y congelado en el tiempo causado por una situación traumática) y esto permite que las experiencias alojadas en la memoria implícita emocional puedan ser activadas en un nivel perceptivo. Lo que ayuda a alcanzar opciones sanadoras que de otro modo no se podría llegar a ellas. (Eberhard-Kaechele, 2012; Goodill, 1987; Tortora, 2008, 2019)

Por ejemplo, trabajar de manera consciente movimientos corporales que en su día surgieron inconscientemente en una situación compleja y que son fuente de culpabilidad o incomprensión crearán una sensación de control y confianza. El juego de congelarse de manera controlada y descongelarse después, sería una dinámica de ejemplo. Deconstruir y explorar emociones como la tristeza dejando caer un objeto o el propio cuerpo y construir las emociones contrarias después es otra posible dinámica. Por ejemplo, representar la ruptura con una lana que se rompe y representar después su reconstrucción volviendo a atarla, conectando con el concepto de unión puede ayudar a recuperar la desconexión interna (Eberhard-Kaechele, 2012). La mímica o expresión motora mediante el juego ayuda a expresar emociones y relatar sueños o recuerdos y trabajar con las cualidades de movimiento, especialmente las carentes, ampliará su repertorio de movimiento para aumentar su registro expresivo y poder afrontar situaciones amenazantes. El *effort* de peso firme en la parte baja del cuerpo y moverse por el espacio en plano vertical despierta estabilidad y sentido de independencia y poder aumentando la estabilidad (*grounding*) (Goodill, 1987).

Los niños que se implican en acciones exitosas son capaces de “renegociar” experiencias de terror, indefensión e ineludibilidad (Levine, 2017). Se puede jugar con

imitación de animales o esculturas corporales, explorar movimientos de superhéroes o personajes de su elección creando una distancia emocional y permitiendo su reconocimiento en el cuerpo. Igualmente creando dinámicas que den salida a emociones complejas como la ira o el enfado mediante luchas “jugadas” en un entorno controlado o contenido.

A través del juego, la creatividad y la improvisación de movimientos compartidos, de la expansión del repertorio de cualidades de movimiento (*efforts*) y de la integración de las diferentes partes del cuerpo se pueden alcanzar las experiencias más profundas, expresar las emociones emergentes y mejorar el funcionamiento cognitivo, emocional, social y físico.

## **Conclusiones**

En el presente trabajo se ha analizado el trastorno del vínculo, en base a las teorías del apego, para comprender el origen y las características de la conducta de apego y el vínculo relacional que se construye con los cuidadores principales y que luego se extrapola a las relaciones vinculares con el entorno. A partir de estas ideas se han analizado y englobado los principales síntomas derivados de los vínculos no seguros, especialmente en los casos más graves como abuso, maltrato o negligencia, haciendo especial hincapié en su expresión a nivel corporal y kinestésico. Los síntomas más nucleares que se han podido recoger son la desconfianza, el desequilibrio emocional y su falta de autorregulación, así como, la falta de conciencia corporal, rigidez y desorganización corporal. Además, la carencia de base segura de estos niños conlleva una incapacidad de exploración que impide la conciencia y expresión emocional y por tanto la capacidad de mentalización y socialización. En base a estos síntomas se han planteado, posteriormente, las distintas áreas de intervención más importantes para el

abordaje de este trastorno en base a la Danza Movimiento Terapia, indicando las distintas herramientas que esta modalidad terapéutica ofrece para el trabajo vincular. En concreto, las técnicas de concienciación corporal y espacial, la sintonización afectiva en un encuadre seguro y la expresión emocional desde el juego y el trabajo simbólico son las áreas principales propuestas para la reconstrucción del vínculo, la mejora del equilibrio emocional y el trabajo de los eventos traumáticos. Se ha pretendido dar una guía general de actuación dentro del abanico de posibilidades existentes que pueda servir como base, sabiendo que cada caso clínico es diferente y único y requerirá de un análisis específico para establecer objetivos concretos.

#### Referencias

- Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, *34*(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.34.10.932>
- Alvela, S., Mateos, M., Osorio, A., Abadín, M., Blasco, A., Sanz, B., & De la Gándara, J. J. (2019). Relación Entre El Trauma Infantil y Los Trastornos Mentales En La Edad Adulta. *Psicosomática y Psiquiatría*, *11*(Octubre-Diciembre), 46–56. <https://doi.org/https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1104>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2003). A Comparison of Meltzoff, Trevarthen, and Stern. *Psychoanalytic Dialogues*, *13*(6), 809–836. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/10481881309348768>
- Behrends, A., Müller, S., & Dziobek, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *Arts in Psychotherapy*, *39*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.02.003>
- Benlloch, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica. *Revista de Psicoterapia*,

- 31(116), 169–189. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348>
- Bowlby, J. (1988). *Una Base Segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Ediciones Paidós.
- Damasio, A. R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26(2–3), 83–86. [https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(97\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(97)00064-7)
- del Río, L., & González, A. (2021). *Cuando el cuerpo habla: Un abordaje integrador del trastorno conversivo*. Ediciones Paidós.
- Devereaux, C. (2008). Untying the knots: Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 58–70. <https://doi.org/10.1007/s10465-008-9055-x>
- Diehl, M., Elnick, A. B., Bourbeau, L. S., & Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1656–1669. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1656>
- Doonan, F., & Bräuninger, I. (2015). Making space for the both of us: How dance movement therapy enhances mother-infant attachment and experience. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(4), 227–242. <https://doi.org/10.1080/17432979.2015.1063547>
- Eberhard-Kaechele, M. (2012). Memory, metaphor, and mirroring in movement therapy with trauma patients. In S. C. Koch, T. Fuchs, M. Summa, & C. Müller (Eds.), *Body Memory, Metaphor and Movement* (pp. 268–287). John Benjamins Publishing Company.
- Figueira, I. (2005). Del corazón al útero: la reconstrucción de la autoestima y de la imagen corporal a través del movimiento y el dibujo. Descripción de un proceso de DMT con una mujer que presenta quejas psicósomáticas y abusos sexuales durante la niñez. In H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 217–263). Gedisa Editorial.
- Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 81–96). Gedisa Editorial.

- Fonagy, P., Mary, T., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version 5, For Application to Adult Attachment Interviews*[Archivo PDF].  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.3207&rep=rep1&type=pdf>
- González, A. (2010). *Trastornos Disociativos*. Ediciones Pléyades.
- Goodill, S. W. (1987). Dance/movement therapy with abused children. *The Arts in Psychotherapy*, 14(1), 59–68. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(87\)90035-9](https://doi.org/10.1016/0197-4556(87)90035-9)
- Henschel, S., Nandrino, J. L., & Doba, K. (2020). Emotion regulation and empathic abilities in young adults: The role of attachment styles. *Personality and Individual Differences*, 156(Abril). <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109763>
- Ho, R. T. H. (2015). A place and space to survive: A dance/movement therapy program for childhood sexual abuse survivors. *Arts in Psychotherapy*, 46(November), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.09.004>
- Huble, P., & Trevarthen, C. (1979). Sharing a Task in Infancy. *New Directions for Child Development*, 1979(4), 57–80. <https://doi.org/doi:10.1002/cd.23219790406>
- Kaye, H. (1977). Infant Sucking Behaviour and its Modification. *Advances in Child Development and Behavior*, 3, 1–52.
- Levine, P. A. (2017). Somatic Experiencing. A Body Oriented Approach to the Treatment of Traumatized Infants and Children. In S. Daniel & C. Trevarthen (Eds.), *Rhythms of Relating in Children's Therapies* (pp. 125–140). Jessica Kingsley Publishers.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Malchiodi, C. A. (2015). Neurobiology, Creative Interventions, and Childhood Trauma. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Creative Interventions with Traumatized Children* (pp. 3–23). Guilford Publications.
- Meltzoff, A. N. (1990). Foundations for developing a concept of self: The role of imitation in relating self to other and the value of social mirroring, social modeling, and self practice in infancy. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 139–164). University of Chicago Press.

- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1998). Infant intersubjectivity: Broadening the dialogue to include imitation, identity and intention. In S. Bråten (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 47–62). Cambridge University Press.
- Monteserín, M. (2012). Teoría del apego. Revisión conceptual y biológica en relación con los trastornos de la personalidad. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 41, 1–16.  
<https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000752>
- Panhofer, H. (2005). “Come back, come back!”: Apegos rotos y sus implicaciones clínicas en Danza Movimiento Terapia. In H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 99–130). Gedisa Editorial.
- Payne, H. (2005). Encerrados y excluidos: Danza Movimiento Terapia con niños y adolescentes. In H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 131–188). Gedisa Editorial.
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de Investigación En Psicología*, 13(2), 221–230.  
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i2.3729>
- Sainz, F. (2017a). Experiencias transicionales y mentalización. *Clínica e Investigación Relacional*, 11(1), 93–100. <https://doi.org/10.21110/19882939.2017.110105>
- Sainz, F. (2017b). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Herder.
- Samaritter, R., & Payne, H. (2013). Kinaesthetic intersubjectivity: A dance informed contribution to self-other relatedness and shared experience in non-verbal psychotherapy with an example from autism. *Arts in Psychotherapy*, 40(1), 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.004>
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 7–66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)
- Schultz, A. (2019). Observing , Understanding , and Treating Disordered Attachment Patterns : A Dance Movement Therapy Perspective. *Lesley University*.



[https://digitalcommons.lesley.edu/expressive\\_theses/227](https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/227)

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Karnac Books.

Tortora, S. (2008). La DMT en el tratamiento de niños pequeños. Diferentes puntos de vista. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 169–194). Gedisa Editorial.

Tortora, S. (2011). Beyond the Face and Words: How the Body Speaks. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(2–3), 242–254.

<https://doi.org/10.1080/15289168.2011.600131>

Tortora, S. (2019). Children Are Born to Dance! Pediatric Medical Dance/Movement Therapy: The View from Integrative Pediatric Oncology. *Children*, 6(1), 14.

<https://doi.org/10.3390/children6010014>

Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant subjectivity. In S. Braten (Ed.), *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny* (pp. 15–46). Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (2017). Health and Happiness Grow in Play Caring for Intimate, Musical Vitality from Birth. In S. Daniel & C. Trevarthen (Eds.), *Rhythms of Relating in Children's Therapies* (pp. 28–44). Jessica Kingsley Publishers.

van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria.

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa Editorial.