

Moviéndonos hasta el final de nuestros días. Cuidados paliativos a través de la Danza Movimiento Terapia

Heidrun PANHOFER¹
info@en-e-mocion.com

Jeanette MAC DONALD²
info@exedance.demon.co.uk

Recibido: 14-5-15

Aceptado: 16-10-15

Resumen

Este capítulo presenta algunas de las ventajas que el trabajo de la Danza Movimiento Terapia (DMT) brinda para los cuidados paliativos. A través de dos viñetas clínicas se despliega la importancia de un acompañamiento empático kinestésico, una escucha y presencia más allá de las palabras. Se muestra como la DMT ofrece una posibilidad de una participación activa y constructiva hacia la resiliencia, trabajando así con memoria corporal de la persona. El trabajo corporal permite conectarse con memorias anteriores, rescatando así momentos valiosos de una vida llena y rica, momentos tal vez enterrados por el sufrimiento y dolor de esta última etapa de la vida.

Palabras clave: Danza Movimiento Terapia; empatía kinestésica; memoria corporal; cuidados paliativos; resiliencia.

Moving Until The End Of Our Days. Palliative Care through Dance Movement

Abstract

This chapter presents some of the advantages that the work of Dance Movement Therapy (DMT) offers when working in palliative care. Via two clinical vignettes the importance of an empathetic kinaesthetic accompaniment unfolds, describing a presence and listening beyond words. The article shows how DMT offers a possibility to participate actively and constructively in order to build resilience, working with the body's memory of the person. Accessing the body allows for contacting earlier memories, rescuing thus precious moments from a full and rich life; moments that were perhaps covered by the suffering and the pain of this last phase

Key words: Dance Movement Therapy; Kinaesthetic empathy; Body memory; Palliative care; Resilience.

Sumario

Introducción: La muerte y el sol; La Danza Movimiento Terapia – un acompañamiento empático kinestésico; DMT – una posibilidad de estar activo, vivo: de la ira hacia un gesto constructivo; La Danza Movimiento Terapia - narrativas que emergen desde el cuerpo: la memoria corporal; Conclusiones; Referencias.

Introducción: La muerte y el sol

La muerte forma parte del ciclo que completamos todos los seres vivos y aunque parece la antítesis de la vida, forma indudablemente parte de ella. No es fácil confrontarse con nuestra naturaleza finita, sobre todo en una época de tantos avances médicos, que han aumentado la duración de la vida y eliminado muchas de las enfermedades que antes la acortaban. La muerte parece demorarse cada vez más y se esconde en lugares específicos: nuestros enfermos hoy en día mueren menos y menos en su hogar, para hacerlo sobre todo en instituciones como hospitales, hospicios o residencias para ancianos, alejando la muerte cada vez más de nuestras vidas diarias (Gérvas, 2011; Kübler-Ross, 1969). En vez de entender la muerte como parte de la vida, se considera muchas veces consecuencia de un fallo médico (Jeffry & Jeffry, 2013), negando que forma parte de cada uno de nosotros.

“Ni el sol, ni la muerte pueden mirarse fijamente” afirma La Rochefoucauld, (1664) ya en el siglo XVII, abordando así nuestra dificultad en confrontarnos con nuestra propia mortalidad. Esta resistencia se incrementa en una época que ha medicalizado la muerte, priorizando los tratamientos curativos a los paliativos. Pero más bien que un curar en el sentido meramente médico, pacientes en su fase terminal necesitan un cuidado orientado hacia el sanar en un sentido holístico, para reducir malestar y dolor por un lado, pero también para tratar temas psicológicos, emocionales y espirituales. El objetivo finalmente es el de prepararse para una muerte digna y en paz. Los cuidados paliativos intentan evitar una muerte plagada de conflictos, culpa y emociones no expresadas (Goodhill, 2005). El rol del terapeuta implica entonces ayudar al paciente, retomando la metáfora de Rochefoucauld (1664), a “tomar consciencia del sol, mirar en su dirección” y ayudarle a examinar relaciones problemáticas o prepararle para dialogar con sus seres queridos.

Los cuidados paliativos no tienen que ver con morir, sino con vivir en el presente. Heidegger (1962) sostenía, que la contemplación de la muerte aumentaría nuestra experiencia de estar vivos y nos acercaría a ser seres humanos más conscientes. Su perspectiva del “Dasein”, un estar presente, o estar en el mundo, es una noción que ha contribuido para la fenomenología del cuerpo vivido, un cuerpo habitado que toma distancia de la dicotomía Cartesiana entre cuerpo y mente, con una mente predominante. Heidegger subraya el concepto de un cuerpo habitado, un cuerpo que piensa y se acuerda (Panhofer, 2012), un cuerpo presente hasta su último respiro. Los cuidados paliativos, se ocupan entonces de este momento presente en nuestros cuerpos, cuerpos vividos como vehículos, durante el tiempo que estamos aquí en la tierra.

En este capítulo, presentaremos el trabajo de Danza Movimiento Terapia (DMT) en los cuidados paliativos, como una de las vías para acompañar y apoyar al moribundo en este viaje. Es posible que esta propuesta pueda parecer extraña para los que están poco familiarizados con la DMT. ¿Moverse cuando todo se para? ¿Bailar cuando hay dolor? ¿Trabajar con un cuerpo que se va? Son solo algunas de las preguntas que se pueden presentar. A través de dos viñetas clínicas, expondremos tres de los puntos fuertes del trabajo de DMT en los cuidados paliativos: el acompañamiento empático kinestésico (una escucha y presencia intercultural), la posibilidad de una participación activa y constructiva hacia la resiliencia (en vez de pasiva y receptiva como suelen ser los tratamientos médicos) y el trabajo con la memoria corporal.

La Danza Movimiento Terapia – un acompañamiento empático kinestésico

La DMT es una especialidad en psicoterapia que trabaja con el cuerpo y su propio lenguaje. Se basa principalmente en la conexión entre acción y emoción y recurre a uno de los medios de expresión terapéuticos y artísticos más antiguos del hombre: el movimiento y la danza (Panhofer y Rodríguez, 2005). Todo el tiempo que vivimos estamos en movimiento, el tiempo que respiramos nuestro cuerpo se mueve, y asimismo se puede expresar y comunicar. No hace falta poder saltar o aplicar pasos de baile para estar presente en su cuerpo, sabemos de momentos valiosos de cambio, cuando prestamos atención consciente y cuando estamos en el momento presente (“present moment”, Stern, 2004, p. 4) con nuestros pacientes, tal como indica el trabajo con Brenda³ :

Brenda era una mujer en la mitad de la cincuentena. Había vivido su menopausia como una etapa muy difícil de su vida, sobre todo por los sofocos continuos y los cambios importantes de humor. Así, su médico le había propuesto un tratamiento hormonal que reducía los síntomas físicos, pero Brenda sentía que no aliviaban su problema existencial de despedirse de algún modo de todo lo que le importaba en su etapa anterior de la vida: Su juventud, sus hijos que ahora se habían casado y vivían en otras partes del país, amigos, memorias, ... desarrollando así una depresión importante. Encima, o como respuesta somática, desarrolló un tumor en su pecho, diagnosticado ya en una etapa avanzada. El tumor fue extirpado y Brenda pasó por radio- y quimioterapia. Perdió el pelo de su cabeza, sus cejas y pestañas y cayó en una depresión profunda. Su prognosis era terminal, ya que más tratamiento parecía inútil.

Llegado a este punto, se le derivó a sesiones de DMT⁴. La respuesta de Brenda a nuestro primer encuentro fue de gran resistencia. Pensaba que no tenía en absoluto ganas de moverse o bailar y consideraba que los médicos se burlaban de ella con esta propuesta. Pasamos nuestras primeras sesiones hablando y tomando té⁵. Yo estaba contenta ya que, con un historial de constantes faltas de asistencia a otras terapias, por lo menos Brenda acudía a las sesiones individuales de DMT. La invité en varias ocasiones a participar en un grupo que llevaba en la misma institución, un grupo específico para mujeres que habían sufrido una mastectomía completa después de un cáncer de pecho,

llamado Guerreras Amazonas (Mac Donalds, en prensa). El nombre provenía de la mitología Griega, donde se cuenta la historia de una tribu de mujeres que cortó su pecho derecho, para poder utilizar el arco y defenderse así de cualquier enemigo. Esta metáfora se utilizó para el trabajo terapéutico de este grupo específico, de modo que la pérdida del pecho podría ser vivida desde una posición de empoderamiento, más que desde la pérdida, ofreciendo así un camino hacia la resiliencia. Pero Brenda rechazaba la posibilidad de participar en el grupo y manifestaba su preferencia por lo verbal.

La DMT puede ofrecer la experiencia de “estar con” en vez de “hacer algo por alguien” (“being with” más bien que “being done to”). Se trabaja con la conciencia de la experiencia corporal donde esta emerge, o donde se recrea y repite, con algo tan sencillo como un suspiro, un pequeño gesto con la mano o una inclinación de la cabeza.

Durante la sesión número cinco le pregunte a Brenda si quería pasear un poco conmigo, al mismo tiempo que hablábamos sobre sus emociones. Era una manera encubierta de iniciar el movimiento, caminando a su lado, mientras ajustaba la velocidad y el ritmo de mi caminata al suyo. Brenda tendía a recorrer círculos dentro del espacio disponible, como si estuviera en una prisión. En algún momento paré y le hice ver esta limitación, y Brenda se quedó sorprendida. ¡Pero por qué restringirse si disponía de todo el espacio!

Cambiábamos direcciones, explorando diferentes rincones de la sala, prestando atención a los cambios de nuestra percepción. Brenda se fijó en la luz que entraba por la ventana, pintando sombras en el lado opuesto, en el cambio de temperatura si estaba más cerca de la calefacción o en la parte oscura de la sala, elevó la cabeza para admirar la vista de la ventana, abriendo así su atención a una kinesfera general más amplia. Caminé a su lado, acoplando mi postura y mi velocidad a la suya, y acompañándola en su salida gradual de esa actitud cerrada.

De vez en cuando le pedía cambiar de lado, provocando sorpresa por la modificación de su percepción al hacerlo. Le sugerí la posibilidad de guiarme por el espacio, elegir su camino y llevarme con ella, y alternábamos entre seguir y guiar. Se percibían momentos durante los cuales cambiaba su postura, levantaba su cabeza para percibir mejor su entorno, irguiendo su pecho y saliendo así de su postura cóncava.

La viñeta muestra como el/la terapeuta puede “espejar” todas las pequeñas expresiones no verbales como signo de reconocimiento, pero también para tomar consciencia de ellas, iniciar un diálogo y un juego, tal como lo haría una madre con su bebé⁶.

La Danza Movimiento Terapia enfoca la vivencia del movimiento sentido y los sentidos del movimiento. Se compromete empáticamente con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo (Fischman, 2008, p. 81).

Devolver la expresión del paciente, permite también al/ a la terapeuta comprender al otro, reconocer la experiencia propia que siente el otro de, literalmente, “ponerse en su piel” por un momento. ¿Cómo se siente caminando en círculos en un espacio, el pecho hundido, la respiración poco profunda, los hombros colgados, la mirada hacia abajo, apenas percibiendo la amplitud de la sala?

Este entonamiento afectivo (Stern, 1996) ofrece una sintonía entre dos seres humanos, más allá del curar, animar o mejorar. Estar psicofísicamente con y al lado del otro representa un acompañamiento profundo, que permite reconocer y cargar conjuntamente el momento presente con sus dolores, miedos existenciales, sensaciones de pérdida y desesperación, pero también con otras sensaciones de entrega, serenidad y paz, tal como Brenda pudo vivenciar al lado de su terapeuta. Cohen (1996) identifica la empatía kinestésica como una parte central en el trabajo con niños con enfermedades terminales. Cuando los niños están sanos, llevan una vida más activa y móvil que los adultos y utilizan sus cuerpos de manera constante para expresarse a si-mismos. Cuando sus cuerpos empiezan a fallar, la capacidad de liberar tensión y expresarse se ve limitada. Devolver señales no verbales, puede por lo tanto ser de gran ayuda para el paciente, permitiéndole captar mejor sus propios sentimientos y dar sentido a lo vivido. Morir significa una separación y, finalmente, un retirarse de lo familiar a algo aún desconocido. Ayudando al paciente a abrir canales de comunicación y auto-examen se facilita el cierre y se posibilita la confrontación con la soledad de tener que decir un adiós final (Cohen, 1996).

Los objetivos generales de la intervención a través de la DMT, en oncología, pueden ser: el respaldo para procesar la enfermedad, la disminución de los dolores, del miedo y la depresión (Goodhill, 2005), así como el aumento de la calidad de vida, a través de un trabajo que promueve la mejora fiso-psíquica y psico-social del paciente (Mannheim, Helmes & Weis, 2013). Los objetivos específicos, pueden incluir la aceptación de una imagen corporal modificada, la percepción de partes sanas del cuerpo (Alvarez, 2014), la expresión verbal y no verbal de emociones y el contacto con otros afectados (Mannheim, Helmes & Weis, 2013).

DMT – una posibilidad de estar activo, vivo: de la ira hacia un gesto constructivo

Los cuidados paliativos suelen traer consigo fases de incontables intervenciones y tratamientos médicos, que ponen al paciente en un rol receptivo y pasivo. Sentimientos de impotencia, falta de poder de actuación y miedos existenciales predominan a menudo. Sin embargo, se sabe, especialmente en el caso de enfermos de cáncer, que quieren participar de manera activa en el proceso de su sanación (Mannheim, Helmes & Weis, 2013). Las terapias creativas, y la DMT de forma específica, pueden jugar un rol activo en el tratamiento de las consecuencias psíquicas de la enfermedad. Salir de la pasividad y tener la posibilidad de expresar estados de ánimo e imágenes internas a través de un proceso creativo, puede ayudar a procesar y aliviar el sufrimiento personal (Luzatto & Magill, 2010; Sandel, Judge, Landry, Faria, Ouellette & Majczak, 2005).

En el trabajo de DMT, esto significa muchas veces un viaje con y a través del dolor. El dolor, siendo un fenómeno corporal, podría definirse como de naturaleza

intersubjetiva, negociándose de manera constante por los que sufren y re-definiéndose por el contacto inmediato que tienen. Goodhill (2005) subraya la importancia de poder entender el dolor como algo “real”, que está “en el cuerpo.” La autora, describe como objetivo inicial del trabajo en DMT, aprender a aceptar el dolor y parar de luchar contra las sensaciones corporales percibidas. “Nosotros somos nuestros cuerpos”, somos nuestro dolor, “y este no sólo es físico, sino también emocional” insiste Rodríguez (2005, p. 203). En vez de separar el cuerpo, como causante de todos nuestros males, hay que integrar el cuerpo - la parte física de nuestra identidad -con la mente - el conjunto de nuestras ideas, pensamientos, y emociones.

El dolor, tanto físico como emocional, distorsiona muchas veces, no nos permite ver las cosas claras, nos retuerce literalmente y nos tira hacia abajo. La propuesta de un sencillo caminar, tal y como se ha descrito arriba con Brenda, si es posible, permite al paciente encontrar su propio eje, ponerse recto y centrarse. Las personas con dolor contienen su respiración y aumentan así la tensión en el cuerpo. Se puede proponer soltar, permitir al cuerpo sostener el dolor, utilizarlo en vez de resistirlo. La tensión aumenta el dolor, y se propone ir en un sentido opuesto, casi como en un proceso de enseñanza, ayudando a ensanchar la consciencia del cuerpo y con ello aliviar la tensión. El paso siguiente sería la aceptación de las partes doloridas y una integración de las mismas. En vez de disociar las partes doloridas, se pide encarnarlas e integrar esta nueva consciencia en sus vidas (Goodhill, 2005).

Seguíamos hablando mientras caminábamos en el espacio, y Brenda me describía como se sentía sin esperanza y enfadada, ya que su vida iba a ser cortada ¡Justo ahora que tenía más tiempo para sí misma! ¡Sus hijos ya eran adultos e independientes y hubiera podido aprovechar su libertad!

Paré y me puse frente a ella, para aprovechar sus sentimientos de rabia y desafiarla. Le dije que estaba perdiendo un tiempo precioso, mientras se quedaba con estas sensaciones desesperadas y que podría utilizar su energía de rabia para hacer algunas de las cosas que había esperado hacer antes de su diagnóstico. Encogió sus hombros y pisó fuerte con su pie, gritando: “¡Es demasiado tarde ahora! ¡Es demasiado tarde!” Estiré mis manos hacia ella y las cogió, frente a frente.

De manera suave, empecé a balancear de un lado al otro, mientras Brenda agarraba fuerte mis manos. Empezaba cogiendo aire y lo soltaba cada vez con un pequeño sonido: “uu-u, uu-u”. Gradualmente empezó a respirar conmigo y relajó la tensión en su cuerpo, sin embargo no se dejaba ir de mis manos y continuaba moviéndose conmigo, mientras la guiaba con movimientos más grandes en el espacio. Brenda se movía cada vez más veloz, girando y dando vueltas, hasta que de repente se sentó en el suelo, riendo sin razón aparente. Esperé hasta que estuvo tranquila y su risa se transformó en lágrimas. Lloró un tiempo y luego me dijo: “Se me había olvidado cuanto me gusta moverme con tanta libertad. ¡Vendré a tu grupo de Guerreras Amazonas!

Brenda se encontraba aún en una fase de mucha ira, luchando contra su enfermedad y no pudiendo aceptarla. El psiquiatra Ringel (1973) postuló que la agresividad tiene

dos vertientes: una productiva, que crea y avanza, y otra destructiva que devasta y mata. En la viñeta, la terapeuta identifica la rabia de su paciente (“¡Es demasiado tarde!, ¡Es demasiado tarde!”), y para el discurso destructivo de Brenda, para transformar la agresividad destructiva en algo constructivo. La terapeuta se detiene físicamente y se enfrenta a su paciente, pone su propio cuerpo como obstáculo para seguir quejándose y destruyendo todo lo que queda aún en su vida. Dado que las primeras fases de terapia, para establecer confianza mutua y una relación terapéutica están superadas, la terapeuta se permite desafiar a Brenda, cuestionándole su comportamiento y, enfrentándose a ella físicamente. Sin embargo, no se queda con la noción de confrontación, le propone transformarlo en un movimiento de lado a lado, un balanceo. En términos de observación y análisis de movimiento (Bartenieff, 1980; Hackney, 1998; Laban 1987) este plano horizontal está conectado principalmente con la relación, el acunar y así calmar, además estira sus manos hacia ella, permitiendo así no dejarla sola con su ira.

Diferentes estudios (King, 2014; Koch et al, 2007) han mostrado los efectos positivos de los bailes de círculos, subrayando sobre todo el hecho de cogerse de las manos, algo habitual en muchos bailes tradicionales. La danza Irlandesa Ceili y el baile israelí de Hava Nagila “Let us have joy” se han utilizado con poblaciones diferentes psiquiátricas, mostrando su efecto positivo sobre todo en el caso de pacientes con depresión. Para Brenda, este gesto supuso una ocasión de estar acompañada y le permitió respirar más libremente, siguiendo su gesto con un sonido. En términos de observación y análisis de movimiento (Bartenieff, 1980; North, 1990) se asocia la respiración con el flujo y la fluidez de ésta con el flujo libre y con la posibilidad de entrar en el mundo emocional de la persona. Para Brenda, esta danza acabo con una risa que se transformó en llanto, permitiéndole sacar la tristeza de manera liberadora.

Mediante esta experiencia corporal, Brenda pudo despertar, conectando corporalmente con un momento de vitalidad y fuerza, una vivencia que había anulado ya para si-misma. Estas experiencias que despiertan, ocurren muchas veces durante esta última etapa de la vida (Rinpoche, 1992; Yalom 2008), cuando el moribundo sale de su modalidad diaria de vida hacia un estado más consciente y profundo, un estado de “mindfulness”. Pero sabemos también de un despertar similar frente a situaciones de pérdidas de un ser querido, ante enfermedades amenazantes para la vida, en momentos de divorcios o separaciones, a través de hitos como cumpleaños redondos, traumas, pérdidas de trabajo o jubilación y, también cuando los hijos se van de la casa. Para Brenda, la unión al grupo de DMT suponía un paso importante y le permitía seguir activando los recursos internos y externos, como acto de resiliencia:

Brenda se unió al grupo y su depresión desaparecía gradualmente. Alquilaba una casa en Francia para el verano e invitaba a toda su familia y sus amigos a visitarla y pasar tiempo con ella, caminando, charlando y compartiendo comidas.

*En Navidades me envió una carta diciendo “No era demasiado tarde.”
Brenda falleció poco después de esas Navidades.*

La viñeta de Brenda enfatiza la posibilidad para un cambio, justo antes de la muerte y retrata como alcanzó un despertar de su estado depresivo y destructivo y supo generar momentos inolvidables para ella, su familia y amigos. La confrontación de su terapeuta le hizo literalmente parar y le brindó la posibilidad de transformar su ira en algo más constructivo, rescatando la vitalidad y fuerza que aún tenía. Prestando atención a los recursos internos y externos propios, pudo desarrollar sus aspectos de resiliencia y así invitar a su familia y amigos a pasar momentos preciosos, en un ambiente especial. Fue su modo de despedirse de todos ellos.

La Danza Movimiento Terapia - narrativas que emergen desde el cuerpo: la memoria corporal

El trabajo paliativo puede ser limitado en el tiempo y el tratamiento necesita adaptarse a las diferentes necesidades, tal como se presentan. Cuando queda poco tiempo, hay que reducir y enfocar los objetivos de terapia. A veces, esto significa que la aproximación necesita ser más dirigida y el terapeuta propone temas seleccionados, para elaborar la enfermedad o la muerte próxima. En esto consistía el trabajo con las Guerreras Amazonas, en proponer un viaje a través de ciertas temáticas, que suelen ser recurrentes en esta fase del tratamiento (MacDonalds, en prensa).

Pero idealmente se trabaja de manera no directiva, con el material que trae el paciente, permitiéndole así entrar en su simbología personal y atendiendo sus necesidades específicas. Invitando a las personas a moverse o, si esto no es posible, a hablar sobre sus experiencias en movimiento y/o danza, se pueden evocar memorias corporales importantes, tal como está descrito en la viñeta de Luisa:

Luisa

Luisa era una chica de 15 años que sufría leucemia. Me la habían derivado en el hospital pediátrico donde estaba ingresada para terapia individual, dado que se oponía a sus padres y a todo el equipo médico responsable de su tratamiento. Luisa rechazaba cualquier tipo de intervención, poniendo a sus padres en una situación difícil ya que, como Luisa era menor de edad, era responsabilidad de estos dar el consentimiento para cualquier tratamiento. Naturalmente, como adolescente, Luisa experimentaba sentimientos confusos sobre su independencia y autonomía, perturbada en su posición de menor, para tomar sus propias decisiones sobre su tratamiento.

Pasamos tres sesiones hablando sobre sus preferencias de música y me desveló que de niña había disfrutado mucho de sus clases de claqué. Conjuntamente exploramos cómo y por qué le habían gustado esas clases y descubrimos que era algo sobre el ritmo. Luisa se acordaba de que la experiencia física era tremendamente emocional para ella y así pudo comunicar sobre sus emociones a través del ritmo, tal y como ahora le ocurría con la música "rap". De acuerdo, dije, ¡muéstrame!

La joven, en su posición sentada, empezó a marcar un ritmo con sus pies, un zapateo musical que se parecía a esto:

Ta,

*Ta Ta Taaa Ta Ta Ta Ta,
Ta Ta Taaa Ta Ta Taaa Ta Ta Te!*

Luego, empezó a acompañar el sonido de sus pies con sus propias palabras, expresando con claridad sus emociones, queriendo vivir; mover, avanzar, todo el tiempo marcando el ritmo con sus pies y cantando un “rap”.

El cuerpo guarda todas nuestras vivencias anteriores, desde las primeras experiencias en el útero y nuestro nacimiento. Son etapas tempranas muy importantes, durante las cuales aprendemos de manera no verbal sobre nuestro entorno, los demás y nosotros mismos, otorgando así sentido a la vida. Este aprendizaje corporal, significa que olvidamos lo que hemos aprendido o hecho de manera explícita, pero que permitamos que estas vivencias caigan en un saber implícito, inconsciente (Fuchs, 2003).

Fuchs (2003, 2012) definió seis tipos de memoria corporal: La memoria de procedimientos, que integra aspectos de las acciones más automáticas, como es el aprendizaje de conducir una bicicleta o un coche, bailar un vals o tocar el piano. Una vez aprendido, se olvida de manera explícita cuales son los pasos a seguir, para por ejemplo cambiar la marcha o acelerar el motor; parece que los dedos de las manos “piensan por si solos” cuando tocan el teclado del piano. La memoria de la situación nos ayuda a estar familiarizado con situaciones recurrentes, recordando así por ejemplo donde está el interruptor de la luz en lugares conocidos, sin tener que buscarlo cada vez de nuevo. La película “Amélie”, nos brinda un ejemplo excelente de que ocurre cuando estos puntos de orientación se ven alterados: la puerta se abre al revés, las llaves ya no cuelgan donde siempre estaban, la cara mira fijamente al vacío donde su mirada siempre encontraba un espejo... La memoria intercorporal es saber físico-corporal que sirve para tratar con los demás y que se aprende durante la infancia temprana. Aprendemos quienes somos y como es el mundo con y a través de otros cuerpos, mostrado también por el concepto de “conocimiento relacional implícito” (Lyons-Ruth et al, 1998). La memoria que incorpora, toma actitudes corporales de los demás y las integra en el propio vocabulario de movimiento, como pueden ser gestos de personajes de la televisión o posturas de las clases de danza o de los militares. El quinto tipo de memoria, la memoria del dolor, son recuerdos intensos que se graban en nuestros cuerpos: una vez tocada la valla eléctrica para animales, se evita para siempre su contacto, ya que el impacto del choque eléctrico queda impregnado en nuestro recuerdo corporal. La memoria traumática engloba contenidos reprimidos, olvidados o negados, por ser demasiado dolorosos, como el maltrato físico o sexual, la tortura o el peligro de muerte (Panhofer, 2012).

En el contexto de la DMT, un sencillo gesto como el zapateo musical de Luisa, puede activar procesos conscientes e inconscientes a la vez, permitiendo así el acceso a memorias corporales importantes, en su caso despertando la memoria de procedimientos – acciones aprendidas casi a través de la automatización. Este aspecto puede ser sumamente importante para un cuerpo que decae y pierde cada vez más, incluso las acciones más sencillas lo son. Se emplean también técnicas propioceptivas encarnadas (Riley, 2004) que pueden facilitar esta conexión con

recuerdos corporales: la posibilidad de prestar atención a su fisicalidad, tomar consciencia de lo que ocurre en el cuerpo, utilizando todos los sentidos. O bien, son la danza y el movimiento mismos los que evocan recuerdos o asociaciones en forma de símbolos o imágenes, memorias que no son necesariamente verbales (Panhofer, 2012; Panhofer & Payne, 2011). ¡Sería casi imposible poder verbalizar lo que Luisa había vivido exactamente en sus clases de claqué!, sin embargo, sus recuerdos corporales le conectaron con una alegría y un deseo de vivir que cambió el resto de su vida:

Después de esta sesión, Luisa me comentaba que el recuerdo de la danza y de los ritmos le habían dado la confianza para enfrentarse a las intervenciones médicas e iba a dar su consentimiento para el tratamiento planificado. Esperaba ganar así tiempo para bailar y emplear ese tiempo para comunicar algo sobre su vida, a través del claqué y la música “rap”.

Esperaba que así pudiera sobrevivir para vivir.

Lamentablemente Luisa no pudo sobrevivir. Antes de fallecer editó un video para su familia y sus amigos, en el que bailaba y cantaba un “rap” con esta poesía⁷:

Amo a mi familia

Amo a mi familia

Amo a mi familia

Y me quiero quedar.

El claqué había evocado recuerdos felices y positivos para Luisa, experiencias vividas en su infancia, anteriores a su enfermedad. Estos movimientos rítmicos y las emociones asociadas, engendraron el deseo de vivir de manera plena cada uno de sus últimos días.

La muerte de una persona joven, es siempre muy difícil para todos los involucrados, sobre todo para la familia. Significa un consuelo importante poder vivenciar la alegría de vivir hasta el final; y la grabación de Luisa, quedó como un recuerdo de esta alegría y fuerza para toda su familia. Dejar atrás algo, como una grabación, puede ser un acto importante para todos los involucrados, dando valor a la vida y a la muerte. Aunque duele mucho perder un ser querido, que tiene aún toda su vida por delante, lo que cuenta al final no es la duración de la vida, sino su calidad.

Conclusiones

Este artículo subraya, conjuntamente con muchos otros (Gérvas, 2011; Goodhill, 2005; Jeffrey & Jeffrey, 2013; Kübler-Ross, 1969; Mac Donalds, en prensa; Rinpoche, 1992; Yalom 2008, solo por mencionar algunas de las fuentes utilizadas aquí) la necesidad de cambiar nuestra percepción de la muerte. Para la mejora de los cuidados paliativos habrá que revisar muchos de nuestros tabúes culturales, y aún más en una civilización donde los avances médicos han tenido tanta importancia en las últimas décadas. “Aunque la fisicalidad de la muerte nos destruye, la idea sobre la muerte nos salva” resume Yalom (2008, p. 33) con mucha claridad esta demanda. Se propone así una aproximación más consciente a la muerte, integrándola en la vida

diaria, evitando excluir y esconder a nuestros moribundos tras una cortina de silencio y aislamiento, para integrarlos como parte de la vida.

Yalom (2008) describe una obra de teatro muy conmovedora, que trata sobre el trabajo de una mujer joven que cuidaba niños afectado por el SIDA, en África. Tenía poca ayuda en su centro, y los niños morían cada día. Cuando fue preguntada sobre lo que hacía para aliviar el sufrimiento de los niños contestó con dos frases: “Nunca les dejo morir a solas en la oscuridad y les repito que estarán para siempre aquí en mi corazón.” Estas dos frases resumen, tal vez de manera clara, la esencia de los cuidados paliativos: reducir el malestar del dolor por un lado, pero sobre todo tratar con temas psicológicos (como por ejemplo la soledad), emocionales (como el miedo a la muerte) y espirituales (como la continuidad) para prepararse para una muerte digna y en paz.

La DMT ofrece un viaje hacia una resiliencia física, emocional, psicológica y espiritual, mientras reconoce los miedos existenciales y la sensación de pérdida (MacDonalds, en prensa). Se trata de vivir con calidad cada momento que queda de la vida, tal como se pudo ver en el caso de Brenda y Luisa. Nuestros cuerpos son nuestros vehículos, durante el tiempo que estamos vivos y se podrán conectar con otros cuerpos, para así sentir el acompañamiento kinestésico, más allá de la soledad tremenda que la muerte puede significar. Son los cuerpos que, aunque doloridos y con sus capacidades disminuidas, podrán expresar y activarse de manera constructiva, si se da un espacio seguro y se les presta atención. Son los cuerpos que podrán conectarse con memorias anteriores, rescatando así momentos valiosos de una vida llena y rica, momentos que tal vez han sido enterrados por el sufrimiento del presente. Esperamos que este artículo, haya podido presentar algunas de las diferentes posibilidades del trabajo en DMT, con y a través de los cuerpos en su última fase de la vida, para integrar esta disciplina en los cuidados paliativos actuales.

Agradecimientos

Gracias a Maika Campo por su tiempo y dedicación para la corrección de este artículo.

Referencias

- ALVAREZ VAN DER FELTZ, I. (2014). *La imagen corporal en danza/movimiento terapia. Un estudio con mujeres operadas de cáncer de mama*. Tesina presentada para el Máster en Danza Movimiento Terapia. Bellaterra, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- BARTENIEFF, I. (1980). *Body Movement: Vezing with the environment*. New York: Gordon & Breach.
- COHEN, S. O. (1996). *Before the stillness: Dance therapy helps the young communicate before they die*. Hospice, 5.
- FISCHMAN, D. (2008). *Relación terapéutica y empatía kinestésica*. En H Wengrower & S Chaiklin (Eds). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- FUCHS, T. (2003). *The memory of the body*. *Unpublished Manuscript*. [Online]

- URL: <http://www.klinikum.uniheidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/ppp2004/manuskript/fuchs.pdf> [accessed 8th December 2008].
- FUCHS, T. (2012). *The phenomenology of body memory*. En S KOCH, T FUCHS, M SUMMA & C MÜLLER (Eds.) *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- GÉRVAS, J. (2011). *Morir en casa con dignidad. Una posibilidad, si hay apoyo y cuidados de calidad*. Gaceta Médica de Bilbao, 108, 01. DOI: 10.1016/j.gmb.2011.02.004
- GOODHILL, S. (2006). *An Introduction to Medical Dance/Movement Therapy. Health Care in Motion*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- HACKNEY, P. (1998). *Making Connections: Total Body Integration Through Bartenieff Fundamentals*. London: Routledge.
- HEIDEGGER, M. (1962). *Being and time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). New York: Harper & Row. (Original work published 1927).
- JEFFREY, E. & JEFFREY D. (2013). *Enhancing Compassion in End of Life Care Through Drama*. London: Radcliffe Publishing.
- KING, E. (2014). *El baile en círculo en un entorno psiquiátrico: ¿Puede una intervención de baile en círculo disminuir los niveles de estado depresivo en pacientes con enfermedades psíquicas? De ser así, ¿qué aspecto de este baile es el más importante?* En H PANHOFER, & A RATÉS (Eds.) (2014). ENCONTRAR - COMPARTIR – APRENDER. Máster en Danza Movimiento Terapia. Jornadas del 10º aniversario. Bellaterra, Barcelona: Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/llibres/2014/117258/encomapr_a2014.pdf
- KOCH, S.C, MORLINGHAUS, K. & FUCHS, T. (2007). *The joy dance. Special effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression*. The Arts in Psychotherapy, 34, 340-349.
- KÜBLER ROSS, E. (1969). *On Death & Dying*. New York: Simon & Schuster/Touchstone.
- LABAN, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- LA ROCHEFOUCAULD, F. (1664). *Réflexions ou sentences et maximes morales*. Maximes 26. Project Gutenberg License. E-book: <http://www.gutenberg.org/cache/epub/14913/pg14913.html> [accessed 8th April 2015].
- LANE, M. R. (2005). *Spirit body healing - a hermeneutic, phenomenological study examining the lived experience of art and healing*. Cancer Nursing, 28(4), 285-291.
- LUZZATTO P, MAGILL L. (2010). *Art therapy and music therapy*. En JC Holland, WS Breitbart, PB Jacobsen,
- MS LEDERBERG, MJ LOSCALZO, R MCCORKLE (Eds). *Psycho-Oncology*, ed 2. Oxford: Oxford University Press, 422–428.
- LYONS-RUTH, K., HARRISON, A.M., MORGAN, A.C., NAHUM, J.P., SANDER, L., STERN, D.N. AND TRONICK, E.Z. (1998). *Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment*. Infant Mental Health Journal, 19(3), 282–289.

- MACDONALDS, J. (en prensa). *Amazon Journeys*. En S SHAIKLIN & H WENGROWER (Eds). *Life Is Dance. Art And Science Of Dance/ Movement Therapy*. London: Routledge.
- MANNHEIM, E., HELMES, A. & WEIS, J. (2013). *Tanztherapie in der stationären onkologischen Rehabilitation*. *Forschende Komplementärmedizin*; 20, 33–41. DOI: 10.1159/000346617
- NORTH, M. (1990). *Personality Assessment through Movement*. Plymouth: Northcote House Publishers Ltd.
- PANHOFFER, H. & RODRIGUEZ, S. (2005). *La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España*. En H PANHOFFER (Ed.). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- PANHOFFER, H. (2012). *La sabiduría y la memoria del cuerpo*. En C Giménez Morte (Ed). *La investigación en Danza en España*. Valencia: Ediciones Mahali.
- PANHOFFER, H. & PAYNE, H. (2011). *Languaging the embodied experience*. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1 – 18.
- RILEY, S. R. (2004). *Embodied Perceptual Practices: Towards an Embodied and Embodied Model of Mind for Use in Actor Training and Rehearsal*. *Theatre Topics*. 14 (2), September, 445-471.
- RINGEL, E. (1973). *The pre-suicidal syndrome*. *Psychiatria Fennica*, 4, 209 – 211.
- RODRIGUEZ, S. (2005). *Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: cuerpos que hablan del dolor*. En H PANHOFFER (Ed.) *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- SANDEL, S.L., JUDGE, J.O., LANDRY, N., FARIA, L., OUELLETTE, R., MAJCZAK, M. (2005). *Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors*. *Cancer Nursing*, 28(4), 301–309.
- STERN, D. (1996). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.
- STERN, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton & Co. Inc.
- YALOM, I. (2008). *Staring at the Sun. Overcoming the Terror of Death*. San Francisco: Jossey Bass Wiley Print.
- <http://www.rtve.es/alacarta/videos/documentos-tv/documentos-tv-ultimo-viaje/360268/?s1=noticias&s2=documentales&s3#>
- VAN LOMMEL, P. (2012). *Consciencia más allá de la vida*. Girona, Ediciones Atalanta.
- World Federation of Music Therapy (2011). (Recuperado el 26 de abril de 2015 de: http://www.wfmt.info/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html)
- WÜNSCH, W. (1995). *La formación del hombre a través de la música. La enseñanza de la música en la Escuela Waldorf*. Valldoreix, Cuadernos Pau de Damasc.

Notas al pie

1. *Doctorada en Danza Movimiento Psicoterapia, University of Hertfordshire, Inglaterra. Máster en Danza Movimiento Terapia (DMT), Laban Centre for Movement and Dance - London City University, Inglaterra. Co-fundadora, ex – Presidenta y miembro*

supervisor de la Asociación Española de Danza Movimiento Terapia – ADMTE. Fundadora y coordinadora del Máster y Postgrado en DMT en la Universitat Autònoma de Barcelona. Compiladora del primer libro de DMT en lengua Castellana «El cuerpo en psicoterapia. La teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia.» y de numerosos artículos y capítulos en diferentes lenguas. Docente en varias formaciones en DMT en Europa.

2. Formada como bailarina en la Royal Ballet School, Londres y pionera de la DMT en el Reino Unido. Miembro del consejo ejecutivo de la Asociación de Danza Movimiento Psicoterapia del Reino Unido – ADMP UK y miembro senior de la Sociedad Royal de Medicina. Bailarina profesional en Europa y el Reino Unido antes de emprender su trabajo pionero de danza en el Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido donde creó el primero puesto de trabajo como DMT. Sigue desarrollando la profesión de DMT dentro de los servicios de salud durante 38 años y enseña en varias formaciones en DMT en Europa.

3. Todos los nombres utilizados en este artículo han sido cambiados para proteger la identidad de las pacientes.

4. La segunda autora de este artículo, Jeanette MacDonalds, era la terapeuta de ambas pacientes presentadas en este artículo. Se mantiene la primera persona para narrar las viñetas

5. Este trabajo tiene lugar en Inglaterra donde el té forma parte de un ritual importante para encuentros, reuniones y, algunas veces también, en sesiones terapéuticas.

6. La técnica del “espejar” corresponde al concepto de “entonamiento afectivo transmodal” descrito por Stern (1996): mediante la misma u otra modalidad la madre devuelve a su bebé lo que este acaba de expresar, ayudándole así de desarrollar un sentido coherente de “self”. La pionera en DMT Marian Chace ha trabajado desde los años cuarenta con la misma técnica con sus grupos de psicóticos, reconociendo la gran necesidad en muchas poblaciones de regresar a estas primeras experiencias no verbales intersubjetivas.

7. Por razones de privacidad solo se traduce una parte de su canción.