

Implementación de un programa de danza para personas con Discapacidad Intelectual: Repercusiones en su Bienestar Emocional

Silvia Barnet Lopez

<http://hdl.handle.net/10803/404840>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and

TESIS DOCTORAL

Silvia Barnet Lopez



IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DANZA
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL:
REPERCUSIONES EN SU BIENESTAR EMOCIONAL

Dirigida por: Dra. Myriam Guerra Balic y Dra. Susana Pérez Testor

TESIS DOCTORAL

Título	Implementación de un programa de danza para personas con discapacidad intelectual: repercusiones en su bienestar emocional.
Realizada por	Silvia Barnet Lopez
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dra. Myriam Guerra Balic Dra. Susana Pérez Testor

Esta tesis doctoral ha sido posible gracias al apoyo de la Fundació
Blanquerna con la Beca de Recerca concedida y al Ministerio de Economía y
Competitividad de España (I+D+i Ref: DEP2012-35335)

*A las 22 personas que han participado en el programa de danza,
las cuales han inspirado la representación gráfica que acompaña la tesis.
Ésta, evoluciona y es la representación del
movimiento y el proceso de cada uno de los participantes, sin los cuales este
proyecto no hubiera sido posible.*

AGRADECIMIENTOS

Según a las personas a quién van dirigidos, se han redactado en Castellano, Italiano o Catalán, con el objetivo de poderles agradecer sus contribuciones de forma más cercana.

Myriam i Susana Gràcies! Per donar-me l'oportunitat de crear aquest projecte i per viure'l tan intensament. Myriam, per tots els aprenentatges, per transmetre'm energia i confiança a cada pas. Susana, per la teva il·lusió, per ajudar-me a ser crítica i segura en cada decisió i per les trobades plenes d'idees, nous plantejaments i inquietuds.

Gràcies Jordi pels teus consells, per introduir-me al món de la recerca i creure en mi des del primer moment en que vaig picar a la porta del teu despatx.

Al grup de Recerca Salut, Activitat Física i Esport de la Facultat Blanquerna per tot el seu recolzament, i especialment, al Pep, l'Oriol i al Guillermo. A la Fundació Ramón Noguera per confiar en el projecte i donar-me l'oportunitat de poder-lo desenvolupar, en especial a l'Imma, a la Carme i a l'Ester.

Grazie all'Università Cattolica per l'opportunità di vivere un'esperienza unica, sia professionale che personale, e soprattutto alla Dra. Caterina Gozzoli.

Alessandro per scoprirmi Milano, grazie per tutti i macchiati con ghiaccio.

A tots els companys i amics "recercaires" per acompanyar-me en aquest camí. En especial a l'Elena per no deixar de sorprendre'm i a la Meritxell pels nostres dinars. També a la Cris per la seva dolçor i comprensió i a la Cris per ser autèntica i directa, a totes dues; gràcies.

A todos mis compañeros y profesores del Máster de Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona. Especialmente a Heidrun por su apoyo. A Katy por no rendirse nunca. Y a Mar por acompañarme y formar parte activa de este proyecto.

A tot l'equip d'Adn Girona, a l'Albert, la Neus, la Laura, la Sandra, la Georgina, la Cris, i especialment en Mario per la confiança. Gràcies a tots pel vostre recolzament diari, per tot el que m'heu ensenyat i per fer-me gaudir tant

d'aquesta feina. Gràcies també a totes les famílies i a tots els nens dels qui no deixo d'aprendre.

Als “villenes”, Elena, Marina, Cris, Marta, Adrià, Ruy i també als nous “villenes” Ricard, Paul, Jordi i Uri; gràcies a tots. A la Marta, a l'Adriana i a l'Adriana per tots els “temes” compartits. A l'Helena pels nostres “momentets” . A l'Eddu per ensenyar-me a perseguir els somnis. A l'Olga per transmetre'm la teva passió per la dansa. A la Judit per apropar-me al món de la psicologia. Al Fran per una perspectiva diferent. A la Miriam per demostrar-me que cal mirar endavant. A la Silvia per les mil i una vivències.

Als de “sancalonge”, per les “locuras compartides”. Per formar part de la meva família. Gràcies Angel, Txarly, Alex, Joan, Robin. A la Berta per compartir Jazz, a la Tamara per estar sempre a prop, en Guillem pels seus tocs d'humor i molt especialment a la Clara per les converses interminables.

A la Laia, per créixer al meu costat. I pel teu granet de creativitat.

A la família Montsant Espígol. Per tots els diumenges de tesis al Bell-lloc, gràcies per tots els sopars amb llar de foc, gràcies per totes les “missions”. Especialment gràcies a la Carme i en Josep, en Pep i a la Clara, en Roc i a l'Edmon. Lu, a tu també gràcies.

A la meva família. Tieta, tiet i cosí per les trobades familiars.

Als meus avis i a tu, àvia, pels grans records sempre presents en mi.

Gràcies Roger, còmplice. Per fer-me costat, per la teva sinceritat, pels balls, per rentar els plats, per fer-me somriure, per les sorpreses, per compartir inquietuds, per trencar amb la rutina, per cuidar-me. Gràcies per la teva incondicionalitat.

Gràcies Papa i Gràcies Mama. Per la vostra dedicació, per no deixar de creure en mi, per ensenyar-me que cal ser constant i no deixar de lluitar, per estimar-me tant i tant. Us estimo.

PRÓLOGO

En la última etapa de mis estudios en psicología empecé a buscar la manera de vincular mi profesión con una de mis grandes pasiones: la danza. Ello me llevó a explorar el mundo de la psicología y de la actividad física. A partir de ahí, comencé a colaborar en proyectos relacionados con la actividad física y las personas con discapacidad, gracias al Dr. Jordi Segura en la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna (FPCEE-Blanquerna). Esta oportunidad incrementó mi interés hacia el mundo de la discapacidad intelectual, y fueron estas personas con DI quienes me mostraron su ilusión y una nueva perspectiva de vivir el día a día.

De uno de los primeros congresos a los que asistí sobre la psicología del deporte, recuerdo la presentación de un proyecto con personas con Síndrome de Down en el cual, a través de sesiones de expresión corporal, los participantes mejoraban la consciencia de su propio cuerpo. Esa presentación fue realizada por la Dra. Susana Pérez Testor y en ese momento no habría podido anticipar que, más adelante, ella me acompañaría en el camino de esta tesis doctoral. Su presentación despertó mi interés por la investigación en ese ámbito, busqué más información sobre cómo poder intervenir a través de la danza y comencé a formarme como Danza Movimiento Terapeuta.

De este modo, se fueron conformando los tres pilares fundamentales de la presente tesis doctoral: danza, psicología y discapacidad intelectual. Más tarde, tuve la oportunidad de formar parte del grupo de investigación Salud, Actividad Física y Deporte, dirigido por la Dra. Myriam Guerra. Finalmente, Gracias a la Beca de Recerca Blanquerna (BRB) pude empezar a desarrollar el proyecto que hoy presento.

Así pues, este proyecto surge del interés por explorar el mundo de la danza desde una visión terapéutica para contribuir en la mejora del bienestar de las personas con DI.

TÍTULO: Implementación de un programa de danza para personas con discapacidad intelectual: repercusiones en su bienestar emocional.

RESUMEN: El objetivo principal de esta tesis es implementar un programa de danza basado en Danza Movimiento Terapia dirigido a un grupo de personas adultas con Discapacidad Intelectual (DI) y evaluar los beneficios que pueden existir en la dimensión del bienestar emocional después de la aplicación de este programa. Los participantes del estudio fueron 22 personas adultas con DI, de la Fundación Ramón Noguera de Girona (Cataluña), las cuales realizaron un programa de danza durante 3 meses (2 veces por semana y 60 min por cada sesión). El programa fue evaluado, antes y después, a través del Dibujo de la Figura Humana (DFH). También fue desarrollado un nuevo instrumento ad hoc para estudiar los cambios generales de movimiento de personas adultas con DI. Los resultados de la evaluación pre y post del programa de danza señalan mejoras tanto en los indicadores evolutivos ($p = 0.001$) como en los emocionales ($p = 0.007$) de las personas que realizaron la intervención. En conclusión, el programa de danza aplicado ha aportado mejoras en la dimensión del bienestar emocional de sus participantes.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad Intelectual, Bienestar Emocional, Danza, Danza Movimiento Terapia.

TÍTOL: Implementació d'un programa de dansa per a persones amb discapacitat intel·lectual: repercusions en el seu benestar emocional.

RESUM: L'objectiu principal d'aquesta tesis és implementar un programa de dansa basat en Dansa Moviment Teràpia dirigit a un grup de persones adultes amb Discapacitat Intel·lectual (DI) y avaluar els beneficis que poden existir en la dimensió del benestar emocional després de l'aplicació d'aquest programa. Els participants de l'estudi van ser 22 persones adultes amb DI, de la Fundació Ramón Noguera de Girona (Catalunya), les quals varen realitzar un programa de dansa durant 3 mesos (2 cops per setmana i 60 min per cada sessió). El programa va ser avaluat, abans i després, a través del Dibuix de la Figura Humana (DFH). També va ser elaborat un nou instrument ad hoc per estudiar els canvis de moviment de les persones adultes amb DI. Els resultats de l'avaluació pre y post del programa de dansa senyalen millores tant en els indicadors evolutius ($p = 0.001$) com en els emocionals ($p = 0.007$) de les persones que van realitzar la intervenció. En conclusió, el programa de dansa aplicat ha aportat millores en la dimensió del benestar emocionals dels seus participants.

PARAULES CLAU: Discapacitat Intel·lectual, Benestar Emocional, Dansa, Dansa Moviment Teràpia.

TITOLO: Implementazione di un programma di danza per persone con disabilità intellettiva: ripercussioni nel suo benessere emotivo.

SINTESI: L'obiettivo principale di questa ricerca è stato quello di attuare un corso di danza basato sulla Danza Movimento Terapia per un gruppo di adulti con disabilità intellettiva (DI) e valutarne i benefici nella dimensione del benessere emotivo. I partecipanti alla ricerca sono stati 22 adulti con DI, dalla Fondazione Ramon Noguera di Girona (Catalogna), che hanno eseguito il programma di danza per 3 mesi (2 volte a settimana, 60 minuti per sessione). Il programma è stato valutato all'inizio e alla fine, attraverso il 'disegno della figura umana' (DFU) e un nuovo strumento di valutazione, sviluppato ad hoc, per analizzare gli schemi motori in persone adulte con DI.

I risultati delle valutazioni del programma pre e post danza indicano miglioramenti evolutivi in entrambi gli indicatori evolutivi ($p = 0.001$) ed emotivi ($p = 0.007$) dei partecipanti che hanno eseguito l'intervento. In conclusione, il programma di danza ha portato miglioramenti nella dimensione del benessere emotivo dei suoi partecipanti.

PAROLE CHIAVE: Disabilità Intellettiva, Benessere Emotivo, Danza, Danza Movimento Terapia.

TITLE: A Dance program implementation in people with intellectual disabilities: its effects on emotional well-being.

SUMMARY: The main aim of this doctoral thesis is to implement a Dance Movement Therapy program addressed to adults with Intellectual Disability (ID) and assess emotional wellbeing benefits of the program completion. The study participants were 22 adults with ID recruited in Ramon Noguera Foundation (Girona, Catalonia) that participated in the dance program during 3 months (60 minutes sessions, twice a week). The program was assessed pre- and post-intervention with the Human Figure Drawing (HFD). Also it created an ad hoc instrument intended to evaluate movement general changes in adults with ID. The results of the pre-and post-dance intervention indicate an improvement in participants' evolutionary ($p = 0.001$) and emotional ($p = 0.007$) indicators. In conclusion, the implemented dance program has improved the participants' emotional well-being.

KEYWORDS: Intellectual Disability, Emotional Well-being, Dance, Dance Movement Therapy.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	19
1.1. Estructura y organización de la tesis doctoral	21
1.2. Justificación de la investigación.....	25
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	27
2.1. Etiología y Concepto de Discapacidad Intelectual.....	29
2.1.1. Etiología.....	29
2.1.2. Concepto	31
2.2. Bienestar Emocional	38
2.2.1. Modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo.....	39
2.2.2. Bienestar Emocional y Danza.....	42
2.2.2.1. Bienestar Emocional y Danza en personas con Discapacidad Intelectual	47
2.3. Danza en personas con Discapacidad Intelectual.....	49
2.3.1. Danza Movimiento Terapia.....	50
2.3.1.1. Historia y conceptualización de la Danza Movimiento Terapia	50
2.3.1.2. Eficacia de la Danza Movimiento Terapia	52
2.3.2. Danza Movimiento Terapia en personas con Discapacidad Intelectual	56
2.4. Instrumentos de evaluación del proyecto.....	59
2.4.1. Antecedentes de la evaluación.....	59
2.4.2. Dibujo de la Figura Humana (DFH)	68
2.4.3. Registro de Observación del Análisis del Movimiento (ROAM)	69
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	71
3.1. Obiettivi e Ipotesi.....	73
3.2. Objetivos e Hipótesis	75
4. METODOLOGÍA.....	77
4.1. Participantes	79
4.2. Programa de danza.....	81
4.3. Instrumentos y procedimiento	85
4.3.1. Dibujo de la Figura Humana (DFH)	85
4.3.2. Registro de Observación del Análisis del Movimiento fundamentado en la teoría de Laban (ROAM).....	85
4.4. Análisis de los datos	86
4.4. Consideraciones éticas.....	87

5. RESULTADOS	89
5.1. Artículo 1.....	93
5.2. Artículo 2.....	114
5.3. Artículo 3.....	131
5.4. Artículo 4.....	140
5.5. Artículo 5.....	157
6. DISCUSIÓN	179
6.1. Consideraciones generales	181
6.2. Discusión en relación con los objetivos específicos e hipótesis	185
6.3. Limitaciones del estudio	197
6.4. Futuras líneas de investigación	198
7. CONCLUSIONES	201
7.1. Conclusioni.....	203
7.2. Conclusiones.....	206
8. REFERENCIAS	209
9. ANEXOS.....	231
9.1. ANEXO I – Contenidos del programa de danza	233
9.2. ANEXO II – Imágenes del programa de danza	250
9.3. ANEXO III – Documento: Colaboración de la FRN.....	251
9.4. ANEXO IV – Documento: Consentimiento informado	252
9.5. ANEXO V – Certificado: Estancia de investigación.....	253
9.6. ANEXO VI – Resolución I+D-i.....	254
9.7. ANEXO VII – Méritos científicos	256

ÍNDICE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Fases de desarrollo de la tesis	22
Tabla 2. Resumen de los elementos vinculados a los factores de riesgo en DI con las diferentes etapas del nacimiento de la persona (antes, durante y después).....	30
Tabla 3. Grados de Discapacidad	36
Tabla 4. Resumen de clasificaciones de DI según su gravedad	37
Tabla 5. Resumen del modelo conceptual de CdV según Schalock y Verdugo	41
Tabla 6. Aportaciones de los contenidos de la danza al bienestar emocional, siguiendo el modelo de Schalock y Verdugo.....	44
Tabla 7. Resumen de las cualidades de movimiento, efforts según Laban (1978)	66
Tabla 8. Las ocho acciones básicas según la Teoría de Laban (1978).....	67
Tabla 9. Sintesi del rapporto tra i manoscritti e gli obiettivi e ipotesi sollevate.	74
Tabla 10. Objetivos generales y específicos del programa de danza aplicado en este estudio.....	82
Tabla 11. Estructura de las sesiones de DMT siguiendo la propuesta de Chace (1953)	83
Tabla 12. Resumen de los artículos y resultados presentados que componen esta tesis	92

TABLAS: ANEXOS

Tabla I. Inicio del programa. Sesiones de adaptación: Sesiones 1, 2 y 3	235
Tabla II. Primeras sesiones del proceso: Sesiones 4, 5 y 6	236
Tabla III. Desarrollo del proceso: De la sesión 7 a la 24.....	238
Tabla IV. Cierre del proceso: Sesiones 25 y 26.....	248

FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual del funcionamiento humano..... **34**

FIGURAS: ANEXOS

Figura I. Calendario y pictogramas para identificar el estado de ánimo ... **250**

Figura II. Silueta. Trabajamos el esquema corporal..... **250**

The background of the page is a complex, abstract composition of hand-drawn lines and shapes. It features several vertical and horizontal lines, some of which are slightly irregular, suggesting a sketch or a technical drawing. Interspersed among these lines are various green squares and rectangles, some of which are solid and others are just outlines. The overall effect is that of a layered, geometric pattern.

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

Esta tesis doctoral nace de la necesidad de promocionar la salud de personas con Discapacidad Intelectual (DI) a través de la danza y trata de dar visibilidad a proyectos con personas con DI, de aportar nuevas formas de intervención y evaluación para los profesionales de este ámbito, siendo una aportación tanto en el campo de la investigación como en la práctica clínica.

El estudio se centra en los aspectos emocionales de la persona con DI. Así mismo, se interesa por los elementos de la mejora de la Calidad de Vida (CdV) vinculados al bienestar emocional a través de una intervención de danza. Al trabajar con experiencias personales se presentan dificultades de conceptualización y evaluación. Se tuvo presente, para la realización de la metodología de este trabajo, las fortalezas, limitaciones y necesidades que pudieran presentar los participantes.

1.1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Se presenta una tesis doctoral por compendio de artículos, los cuales dan respuesta a los objetivos e hipótesis planteados para este estudio.

Para el desarrollo general del proyecto se han seguido las siete fases que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1.

Fases de desarrollo de la tesis doctoral.

FASE 0: Estado de la cuestión	Revisión bibliográfica del marco conceptual del estudio. Delimitación de los objetivos e hipótesis del estudio.
FASE 1: Reclutamiento de los Participantes	Reuniones informativas al centro, a los padres/tutores y participantes. Consentimiento informado. Obtención de informe médico.
FASE 2: Estudio exploratorio Diseño del programa	Identificación de las necesidades de la muestra. Estudio de caso para determinar el estilo del terapeuta y el tipo de actividades adecuadas para la población.
FASE 4: Recogida de datos 1	Evaluación Pre y Post Test del Grupo Control (GC).
FASE 5: Implementación y evaluación del programa de DMT	Adaptación del programa creado según los soportes que necesitan los participantes, y a partir de las necesidades detectadas.
Recogida de datos 2	Evaluación Pre y Post Test del Grupo Intervención (GI).
FASE 6: Creación de un instrumento de evaluación (Registro de observación)	Identificación de los elementos principales para el registro Elaboración de las versiones – validación por la técnica de jueces expertos Estudio exploratorio
FASE 7: Discusión y conclusiones generales	Interpretación, análisis de los datos, discusión y conclusiones finales de los resultados obtenidos y presentados en los diferentes artículos.

A continuación se exponen los apartados que componen esta tesis doctoral siguiendo el orden en el que aparecen y la manera en que se encuentran organizados.

Se presenta la **fundamentación teórica** dividida según los pilares que sustentan nuestra investigación: (1) El concepto de la DI, teniendo en cuenta la

población en la que se centra el proyecto. (2) El bienestar emocional entendido como la dimensión en la cual nos centramos en la evaluación del programa. (3) Los elementos claves de intervenciones focalizadas en la Danza Movimiento Terapia (DMT) y en la aplicación en población con DI. (4) Características principales de los instrumentos de evaluación.

Posteriormente se plantean los **objetivos e hipótesis** de la tesis doctoral, seguido del apartado de **metodología** donde se exponen las características generales de la muestra, los aspectos éticos que se han tenido en cuenta, el tipo de análisis de datos realizados y el planteamiento de los contenidos principales de la intervención en danza.

En el apartado de **resultados** se presentan los cinco artículos que conforman esta tesis, acompañados de la explicación de las aportaciones de cada uno de los autores. En primer lugar, se muestran los tres primeros artículos presentados, los cuales cumplen los criterios de compendio de publicaciones requeridos por la Universidad Ramón Llull:

- 1- Barnet-López, S., Pacheco, M., Panhofer, H., Zelaskowski, P., Pérez-Testor, S., & Guerra-Balic, M. (2016). La alianza terapéutica en la danza movimiento terapia con pacientes con discapacidad intelectual. Estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 233-251.

El primer artículo presentado se centra en un estudio de caso que permitió observar y analizar los elementos de la construcción de una alianza terapéutica saludable, y detectar las características y necesidades para trabajar con personas con DI a través de la danza.

- 2- Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Cabedo-Sanromà, J., Gozzoli, C., Oviedo, G. R., & Guerra-Balic, M. (2015). Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 135-149.

- 3- Barnet-Lopez, S., Pérez-Testor, S., Cabedo Sanromà, J., Oviedo, G.R., & Guerra-Balic, M. (2016). Dance/Movement Therapy and emotional well-being for adults with Intellectual Disabilities. *The Arts in Psychotherapy, 51*, 10-16.

Los artículos número dos y tres integran la información sobre el desarrollo y la realización del trabajo de campo, y aportan los resultados de la evaluación de la intervención de danza basada en DMT.

- 4- Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Arbonés-García, M., & Guerra-Balic, M. (2015). La danza en personas con Discapacidad Intelectual: Revisión sistemática e identificación de los elementos necesarios para evaluar cambios de movimiento. *Ausart Journal for Research In Art. 3*(1), 213-227.

El cuarto artículo está centrado en la revisión de estudios científicos para identificar cómo evaluar los cambios de movimiento de personas con DI que realizan sesiones de danza.

- 5- Barnet-Lopez, S., Arbonés-García, M., Pérez-Testor S., & Guerra-Balic, M. Construcción del Registro de Observación para el Análisis del Movimiento (ROAM) fundamentado en la Teoría de Laban. *Pensar en Movimiento*. (En Revisión).

El quinto artículo actualmente se encuentra en proceso de revisión por la Revista Pensar en Movimiento de la Universidad de Costa Rica. En este manuscrito se presenta la creación de un instrumento, el Registro de Observación para el Análisis del Movimiento (ROAM), el cual nos permite evaluar los cambios generales de movimiento en la persona.

En todos los artículos he tenido un papel principal, tanto en el desarrollo del estudio de campo como en la redacción de los manuscritos, lo cual que se refleja en la posición de la autoría donde aparezco como primera

autora en todos los trabajos (ver Resultados).

Para finalizar, en esta tesis doctoral presentamos los apartados de **discusión** incluyendo las limitaciones del estudio y las nuevas líneas de investigación, seguido de las **conclusiones generales**.

Para cumplir con los criterios de Mención Internacional, realicé una estancia de tres meses en la Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, en el Departamento de Psicología (ver Anexo V). Siguiendo la normativa académica de la FPCEE-Blanquerna, una parte de la tesis doctoral ha sido redactada en Italiano, concretamente: resumen, objetivos e hipótesis y conclusiones.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tesis doctoral se enmarca dentro del proyecto: *“Efectividad de la actividad física en la condición física, cognición y calidad de vida relacionada con la salud en adultos y adultos mayores con discapacidad intelectual”*. El proyecto ha sido parcialmente financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad de España (I+D+i Ref: DEP2012-35335). Este proyecto se desarrolló a lo largo de tres años bajo la dirección de la Dra. Myriam Guerra Balic dentro del Grupo de Investigación Salud, Actividad Física y del Deporte (SAFE) de la FPCEE-Blanquerna. Se contó con la colaboración de la Fundación Ramón Noguera (Girona), quien facilitó que los participantes con DI del estudio fueran usuarios de uno de los talleres ocupacionales de la Fundación. Se han desarrollado diversas contribuciones a congresos y revistas científicas, tanto nacionales como internacionales (ver Anexos VII).

El Informe Mundial de la Discapacidad (OMS, 2011) destaca la falta de datos empíricos y de pruebas objetivas en relación a los programas existentes para personas con discapacidad. En las conclusiones de este informe (*recomendación 9: reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad*), se insiste en reforzar y apoyar la investigación de personas con discapacidad

para facilitar la comprensión pública, pero sobre todo para fomentar la CdV. Así pues, este proyecto pretende ser una aportación para el bienestar de las personas con DI (Fundación Andalucía Olímpica, 2003).

Tal y como se indica en la memoria técnica del proyecto y siguiendo las aportaciones de Frey, Buchanan y Rosser Sandt (2005), consideramos que las personas con DI:

1. Manifiestan el mismo tipo de barreras que las personas sin discapacidad (en relación al trabajo, dinero, tiempo, etc.).
2. Manifiestan la necesidad de unas pautas de guía y orientación estructurada para participar en programas de actividad física.
3. Se detectan conductas sedentarias en los adultos con DI y, por lo tanto, la necesidad de promover la prácticas que contribuyan en la mejora de su salud.

Siguiendo en esta misma dirección, partimos de la definición planteada por el Congreso Mundial de la Actividad Física Adaptada (Sherill, 1998), donde ésta fue definida como un “cuerpo de conocimiento multidisciplinario dirigido a la identificación y solución de las diferencias individuales en la actividad física”. Dentro de la actividad física, consideran diferentes ámbitos: la educación física, el deporte, la recreación, la nutrición, la medicina y/o rehabilitación, la expresión corporal y la danza.

The background features a series of hand-drawn, slightly irregular vertical and horizontal lines in a light grey or brownish tone. Scattered throughout the page are several squares in various shades of green, ranging from a vibrant lime green to a dark forest green. Some squares are solid, while others are just outlines. The overall aesthetic is minimalist and artistic.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ETIOLOGÍA Y CONCEPTO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

2.1.1. ETIOLOGÍA

En este primer apartado nos centramos en explicar la etiología en la Discapacidad Intelectual (DI). Se trata de un constructo multifactorial que está condicionado por los siguientes factores de riesgo:

- Biomédicos: Hace referencia a los procesos biológicos como los trastornos genéticos.
- Sociales: Se refiere a la interacción social y familiar incluyendo elementos como la estimulación y receptividad de la persona. También puede estar vinculado a la pobreza infantil o a la presencia de habilidades inadecuadas por parte de los padres/tutores.
- Conductuales: Comportamientos causales como el abuso de sustancias adictivas, actividades de riesgo durante el embarazo y/o maltrato o abandono.
- Educativos: Puede estar vinculado a la ausencia de una intervención temprana, por este motivo serán importantes los apoyos educativos que reciba la persona para promover el desarrollo intelectual y/o las habilidades de adaptación.

Estos cuatro factores interactúan a través del tiempo y afectan al funcionamiento general de la persona. Podemos observar que estos factores de riesgo están presentes en las siguientes fases de la persona: prenatal, perinatal y posnatal. En cada una de estas fases se determinan diferentes elementos vinculados a los factores de riesgo. Los podemos observar en el resumen de la Tabla 2 (Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Verdugo, Schalock, Thompson, & Guillén, 2011).

Tabla 2.

Resumen de los elementos vinculados a los factores de riesgo en DI con las diferentes etapas del nacimiento de la persona (antes, durante y después).

	Prenatal	Perinatal	Postnatal
Biomédicos	Trastornos cromosómicos	Prematuridad	Traumatismo craneoencefálico
	Trastornos asociados a un solo gen	Lesiones en el momento del nacimiento	Malnutrición
	Síndromes diversos	Trastornos neonatales	Meningoencefalitis
	Trastornos metabólicos		Trastornos epilépticos
	Digénesis cerebral		Trastornos degenerativos
	Enfermedades maternas		
	Edad parental		
Sociales	Pobreza	Falta de acceso a cuidados de padres/tutores	Carencia de interacción niño-cuidador
	Malnutrición		Falta de estimulación
	Violencia doméstica		Pobreza familiar
	Falta de acceso a cuidados de padres/tutores		Enfermedad crónica en la familia
			Institucionalización
Conductuales	Consumo de drogas y/o alcohol por parte de los padres/tutores	Rechazo a cuidar y/o abandono por parte de los padres hacia su hijo.	Maltrato, abandono y/ violencia doméstica
	Inmadurez parental		Medidas de seguridad inadecuadas
			Deprivación social
			Conductas problemáticas del niño
Educativos	Discapacidad cognitiva de los padres (sin contar con apoyos adecuados)	Falta de derivación hacia servicios de intervención tras el alta médica	Deficiencias en la crianza
	Falta de preparación para la paternidad		Diagnóstico tardío
			Servicios de atención temprana y/o servicios educativos especiales inadecuados.
		Apoyo familiar inadecuado.	

La Tabla 2 nos indica que la información del genotipo (código genético de la persona) no es suficiente para conocer o poder predecir el fenotipo (propiedades actuales observadas en el individuo), ya que intervienen otros elementos como las cualidades físicas, de desarrollo, conductuales o sociales. Por este motivo, personas con un mismo genotipo pueden presentar necesidades o diagnósticos diferentes en función de su fenotipo, debido a factores epigenéticos o ambientales. Por todos estos elementos, conocer la etiología de la alteración de la persona será un elemento más a tener en cuenta a la hora de realizar una intervención adecuada a sus necesidades específicas (APA, 2013; Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Verdugo, et al., 2011). Desafortunadamente, encontramos muchos casos de DI que presentan causas desconocidas y donde no será posible obtener un diagnóstico etiológico (APA, 2002; Novell, Rueda, Salvador & Forgas, 2015).

2.1.2. CONCEPTO

El concepto de discapacidad ha evolucionado a lo largo del tiempo, se ha ido modificando y desarrollando, especialmente, a lo largo de las últimas dos décadas. Todo ello se ha visto acompañado por una nueva forma de entender a las personas con DI.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó que el concepto de discapacidad se refiere a “toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”. Más tarde, la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) propuso en el 1992 un cambio en el concepto de retraso mental entendido como un rasgo del individuo, para plantear una visión basada en la interacción de la persona y del contexto (Verdugo, 1994). Se hace referencia a limitaciones en el funcionamiento de la persona, además se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media y se presenta conjuntamente con limitaciones en dos o más áreas adaptativas como en la comunicación, las habilidades sociales o la salud y la seguridad.

Este retraso comenzaría antes de los 18 años (Luckasson et al., 1992).

En el 2000, esta definición se modificó con el objetivo de ofrecer una clasificación con un lenguaje unificado y estandarizado, relacionado con el ámbito de la salud, tal y como se hace referencia en el plan integral para la actividad física y el deporte presentado en España. Esta nueva clasificación tomó el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F.); en ella se habla de la discapacidad como “resultado de la interacción entre la condición de salud de la persona y sus factores personales, y los condicionantes contextuales que pueden llegar a ser facilitadores o limitadores del desarrollo de una determinada actividad o del desenvolvimiento personal en forma de participación” (Consejo Superior de Deportes, 2009, p. 5). Se entiende la discapacidad integrando diferentes modelos: el modelo médico y el modelo social poniendo especial énfasis con los factores vinculados al contexto.

Más tarde, la AARM pasó a ser nombrada Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, 2002) y se dio al entendimiento de la discapacidad una nueva concepción desde una perspectiva interaccionista entre el ambiente y el funcionamiento del individuo. Esto supuso también un cambio en su diagnóstico. Así pues, se definió el retraso mental como “una discapacidad que se caracteriza de limitaciones significativas, tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Se manifiesta antes de los 18 años” (Luckasson et al., 2002, p.8).

Para comprender esta nueva definición, debemos tener presentes cinco elementos básicos que la acompañan:

1. Las personas con DI presentan limitaciones en el funcionamiento y deberán de ser consideradas en función al contexto, edad y cultura de cada individuo.

2. Una evaluación válida deberá tener presente: la diversidad cultural y lingüística, las diferencias en la comunicación y los aspectos comportamentales, motores y sensoriales.
3. En la persona, las limitaciones suelen coexistir con las capacidades.
4. Describir las limitaciones permitirá desarrollar un perfil de soportes adecuados para cada persona.
5. Proporcionar a la persona soportes apropiados durante un periodo de tiempo permitirá la mejora de su funcionamiento general.

La AAIDD (2010) defiende esta nueva perspectiva multidimensional de la DI aportando una mayor comprensión sobre el individuo, poniendo así énfasis en la persona e identificando los apoyos específicos que ésta necesita.

Acompañando esta concepción multidimensional se propone un sistema compuesto por cinco dimensiones (ver Figura 1) (Luckasson et al., 2002; Verdugo et al., 2011):

- Dimensión I. Capacidades Intelectuales: Se refiere a razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje rápido y aprendizaje de la experiencia.
- Dimensión II. Conducta Adaptativa: Esta dimensión incluye las habilidades conceptuales, sociales y prácticas que la persona ha aprendido para funcionar en sus rutinas diarias.
- Dimensión III. Salud: El concepto de salud engloba el bienestar físico, mental y social.
- Dimensión IV. Participación, interacción y roles sociales en los diferentes entornos. Se entiende por entorno los diversos escenarios donde la persona vive, aprende, juega, trabaja, se sociabiliza e interacciona.
- Dimensión V. Contexto: Esta dimensión engloba el entorno y la cultura, y adopta la perspectiva ecológica del contexto que, a su vez, incluye los siguientes tres niveles:

- **Microsistema:** contexto inmediato como la familia, hogar o lugar de trabajo.
- **Mesosistema:** repercute directamente al microsistema, como el vecindario, la comunidad o las organizaciones.
- **Macrosistema:** incluye modelos culturales más amplios como sistemas económicos, sociopolíticos o factores relacionados con la sociedad que afectan a los valores y/o creencias.

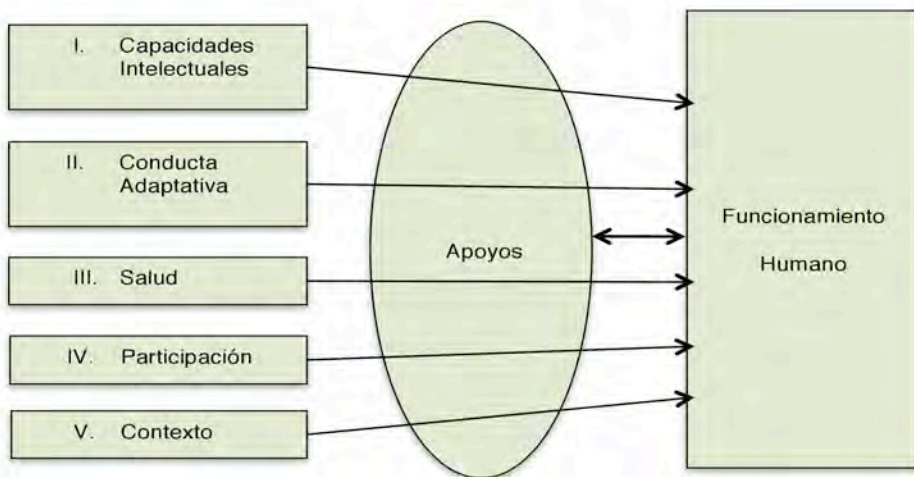


Figura 1. Marco conceptual del funcionamiento humano (Extraído de Verdugo, et al., 2011, p. 43).

En el año 2006 las personas con DI se definieron como aquellas que tienen límites significativos en relación al desarrollo intelectual y del comportamiento adaptativo (capacidades conceptuales, sociales y prácticas de adaptación) (Schalock, Garner, & Bradley, 2006).

Otro sistema de clasificación a tener en cuenta, por su relevancia en el campo de la psicología y de la psiquiatría, es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2002), el cual añade el retraso mental dentro de los trastornos de inicio en la infancia y en la

adolescencia. Esta clasificación se realiza en función de la puntuación del CI y del nivel de adaptación de la persona. Los criterios para su diagnóstico son:

- La capacidad intelectual, significativamente inferior al promedio, es decir un CI de 70 o inferior.
- El déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (según edad o grupo cultural) en al menos dos de los siguientes ámbitos: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, auto control, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.
- El inicio es anterior a los 18 años.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) especifica 4 grados de intensidad según el coeficiente intelectual: leve, moderado, grave y profundo (ver Tabla 3). La DI puede presentar comorbilidad con cualquier trastorno mental, su prevalencia y tipo dependerá en parte del género, edad, nivel y tipo de discapacidad que presente la persona (Katz & Lazcano-Ponce, 2008). Destacamos el ejemplo del Trastorno del Espectro Autista (TEA), donde aproximadamente el 75% de niños con TEA cumplen los criterios de retraso mental. La DI también se puede diagnosticar junto con otros trastornos o enfermedades como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA-H), los trastornos de tics, movimientos estereotipados, esquizofrenia, trastornos del humor o trastornos de ansiedad (Jané, 2004).

En la nueva versión del manual DSM-V (APA, 2013), se añaden las discapacidades intelectuales en el grupo de trastornos del Neurodesarrollo, incluyendo tres diagnósticos de DI: (1) Discapacidad Intelectual, (2) Retraso Global del Desarrollo y (3) Discapacidad Intelectual No especificada. Esta nueva definición integra elementos propuestos por la AAIDD, como el cambio de terminología de “retraso mental” a “discapacidad intelectual” y una nueva conceptualización en los que se refiere a las habilidades adaptativas, ahora

divididas en conceptuales, sociales y prácticas. También conserva los tres criterios básicos que propone su anterior versión, el DSM-IV-TR (APA, 2002): (1) déficits en el funcionamiento intelectual, (2) déficits en el funcionamiento adaptativo y (3) se inicia en el período de desarrollo (en la anterior, se especificaba antes de los 18 años). En esta nueva versión se establecen como criterios de gravedad: leve, moderado, grave y profundo. Estos niveles se determinan en función de la valoración de las siguientes tres áreas de la persona: conceptual, social y práctica.

En este apartado hemos podido observar que la DI se caracteriza por un nivel intelectual e adaptativo inferior, teniendo presente que la DI “no es una entidad simple” ya que estamos hablando de personas, entre las cuales encontramos grupos heterogéneos considerando un amplio abanico de niveles de funcionamiento, de discapacidades y de cualidades (Jané, 2004). De la misma manera, en el presente estudio, hemos partido de un grupo heterogéneo donde ha sido fundamental conocer las necesidades de cada una de las personas. Pues en esta tesis hemos trabajado con personas adultas en el contexto del centro ocupacional y donde, dada la realidad de estos servicios, hemos encontrado a personas con diferentes edades, géneros y tipo de DI.

Tabla 3.

Grados de Discapacidad.

Clasificación	Según Porcentaje de Discapacidad (D)				
BOE	No D 0%	D Leve 1 a 29%	D Moderada 30 – 59%	D Grave 60 a 74%	D Muy Grave 75%
Generalitat de Catalunya- Grado de discapacidad	Clase I : No D 0%	Clase II: D leve 1 al 24%	Clase III: D moderada 25 al 49%	Clase IV D grave entre 50 y 74%	Clase V: D muy grave 75%

Tabla 4.

Resumen de clasificaciones de DI según su gravedad.

Tipos de clasificaciones	Nivel de gravedad				
Asociación Americana de Psiquiatría - DSM IV Según CI	Sin Retraso Mental (RM): superior a 70	RM leve: 50-55 a 70	RM moderado: 35-40 a 50-55	RM grave: 20-25 a 35-40	RM profundo: inferior a 20
Organización Mundial de la Salud (OMS) - CIE – 10 Según CI	Sin RM: superior a 70	RM ligero: 50 a 69	RM moderado: 35 a 49	RM grave: 20 a 34	RM profundo: inferior a 20
BOE Según CI y también se contemplan las siguientes áreas: -Psicomotricidad/Lenguaje -Habilidades de autonomía personal y social -Proceso educativo -Proceso ocupacional laboral -Conducta	Sin RM: superior a 70	RM leve: 51 a 69	RM moderado: 35 a 50	RM grave y/o profundo: 34 a 20	
Asociación Americana de Psiquiatría - DSM V El CI de la persona no determina la gravedad. Según las siguientes áreas de Conducta Adaptativa: -Habilidades conceptuales -Habilidades sociales -Habilidades prácticas	Sin DI	DI leve	DI moderado	DI grave	DI profundo

2.2. BIENESTAR EMOCIONAL

El concepto de bienestar emocional se enmarca dentro de la Psicología Positiva. Este movimiento fue promovido por Seligman (1999) con la ayuda de otros importantes investigadores norteamericanos como Csikszentmihalyi, los cuales dieron un giro a las investigaciones en psicología. La Psicología Positiva se centra en el estudio del bienestar y de las fortalezas del ser humano, así como en la comprensión de los procesos que subyacen en las cualidades y en las emociones positivas de la persona. Por lo tanto, en una intervención deberá ser importante abordar las capacidades de la persona al igual que sus dificultades (Castro, 2010; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005; Vera, 2006). Seligman, en 2003, habló de las emociones positivas del presente centrándose en aquellas que aportan placer. Además, Friedrickson (1998, 2001) destacó que las emociones positivas promueven la ampliación y construcción de repertorios de pensamientos y movimientos. El juego, por ejemplo, es un elemento muy presente en la Danza Movimiento Terapia (DMT) y puede favorecer elementos cognitivos de la persona, así como el uso de interacciones complejas con el otro, o fomentar la exploración de nuevas capacidades.

El estudio de Vázquez, Hervas y Ho (2006) afirma que las emociones positivas inciden de manera significativa en el comportamiento humano. Además, estos autores nos ofrecen un resumen de ejemplos donde podemos observar algunas de las áreas en que se incide:

- Ampliar el campo visual
- Fomentar un pensamiento más flexible y creativo
- Tolerar mejor el dolor físico
- Favorecer la resistencia en situaciones adversas
- Generar más repertorio de conducta

Según Isen (2000) y Vecina (2006), las emociones positivas inciden en la rigidez mental favoreciendo una organización cognitiva más abierta y flexible. Mientras que Oros, Manucci y Richaud de Minzi (2011) sostienen que

la emociones positivas favorecen el procesamiento intelectual, la resolución de conflictos y las habilidades sociales. Así mismo, Seligman (2011) considera que la emociones positivas son uno de los pilares de la felicidad y del bienestar de las personas.

Entre los objetivos principales de la Psicología Positiva destacamos la prevención de los trastornos mentales y la mejora de la CdV, es decir, la promoción de la salud y del bienestar, todo ello enfocado a trabajar con el potencial o las fortalezas del individuo. En relación con la práctica clínica, cabe destacar que llevar a cabo una intervención destinada a favorecer la experiencia emocional positiva, facilitaría el fomento de las relaciones, la mejora del auto-concepto y, en definitiva, el ofrecimiento de un tratamiento pensado hacia el bienestar de la persona de una forma integral (Hervás, 2009; Vera, 2006).

2.2.1. MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE SCHALOCK Y VERDUGO

Como se ha mencionado anteriormente, situamos el bienestar emocional dentro del constructo de CdV, por este motivo, consideramos relevante contextualizar cuál es el modelo de CdV en el que nos hemos centrado.

El constructo de la CdV en población con DI ha ido adquiriendo, durante las últimas décadas, mayor interés en el ámbito de la investigación y de la práctica. Esto ha proporcionado un aumento en la sensibilización de la sociedad para convertirse en un elemento de cambio social y organizacional. En la actualidad, se relaciona este constructo con los sentimientos de bienestar, e incluye experiencias vitales, apoyo social y acceso a servicios públicos. Así, en este caso, el concepto integra tanto la perspectiva subjetiva de la persona, en relación a sus experiencias vitales, percepciones y valores propios, como una perspectiva más objetiva, vinculada a experiencias humanas comunes (Schalock, 2003).

El modelo propuesto por Schalock y Verdugo (Schalock, et al., 2006) considera el constructo de CdV como: (1) estructura jerárquica y multidimensional, (2) contiene propiedades universales y ligadas a la cultura, (3) incluye componentes objetivos y subjetivos y (4) está influenciada por elementos personales y factores ambientales.

Asimismo, se considera que los componentes de CdV son los mismos para cualquier persona. Este constructo es entendido y evaluado a través de tres elementos, los cuales son: los factores, las dimensiones y los indicadores de CdV (ver Tabla 5) (Schalock, Bonham, & Verdugo, 2008; Schalock, et al., 2006).

A nivel superior existen tres factores: Independencia, Participación social y Bienestar (Wang, Schalock, Verdugo, & Jenaro, 2010). Mientras, que en un nivel inferior encontramos a las ocho dimensiones. Cada dimensión está compuesta por varios indicadores (Schalock, et al., 2008). Los indicadores se definen como “percepciones, comportamientos y condiciones relacionadas con la CdV” (Schalock, et al., 2006, p. 20).

En la tabla 5 presentamos los factores y sus distintas dimensiones que conforman la CdV y los indicadores que las componen (Buntinx, & Schalock, 2010; Schalock, 2013; Schalock & Verdugo 2003).

Tabla 5.

Resumen del modelo conceptual de CdV según Schalock y Verdugo.

Factores	Dimensiones	Ejemplos de indicadores
Independencia	Desarrollo personal	Educación, habilidades, competencia personal, actividades con propósito.
	Autodeterminación	Autonomía y autocontrol: independencia. Metas, valores, elecciones/decisiones, autodefensa.
Participación social	Relaciones interpersonales	Interacciones (redes sociales, contactos sociales), relaciones (familia, amigos), apoyos, afecto, intimidad.
	Inclusión social	Integración, participación comunitaria, roles comunitarios, apoyos sociales y aceptación.
	Derechos	Derechos humanos (respeto, dignidad e igualdad) y derechos legales (acceso legal y tratamiento legal justo).
Bienestar	Bienestar emocional	Auto-concepto, identidad, autovaloración, autoestima, felicidad, buen humor, satisfacción, seguridad, experiencias positivas y ausencia de ansiedad y estrés.
	Bienestar físico	Salud, forma física, nutrición, movilidad, ocio.
	Bienestar material	Situación económica, situación laboral, vivienda y posesiones.

Nota. Tabla Adaptada de Buntinx, y Schalock, 2010; Schalock, 2013; Schalock y Verdugo 2003; Verdugo et al., 2011.

Las mayoría de investigaciones en población con DI se centran en la evaluación de los aspectos físicos, cognitivos, vinculados al aprendizaje o al rendimiento académico, relacionados con la inclusión o de planificación en los servicios sociales (Arthur, 2003). Sin embargo, encontramos pocos estudios

centrados en los aspectos emocionales y afectivos, los elementos más internos de la persona (Argus, Terry, Bramston, & Dinsdale, 2004; Barnett-Lopez, Pérez-Testor, & Guerra-Balic, 2016; Paredes, 2010).

2.2.2. BIENESTAR EMOCIONAL Y DANZA

Estudios centrados en programas de actividad física y de movimiento afirman la existencia de beneficios en el área emocional de la persona. Esto nos indica que este tipo de intervenciones pueden ser relevantes en tanto que elementos de prevención ante el deterioro de las habilidades emocionales, ya que favorecen las experiencias que promueven emociones positivas, mediante la aportación de herramientas a la persona, y con la finalidad de disminuir los síntomas de algunos trastornos mentales (De Figueiredo-Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera & Queirós, 2006; De Rueda-Villén & Aragón, 2013). La danza, como programa de movimiento, requerirá de la integración de diversos elementos, tales como el patrón espacial, los ritmos, la sincronización de estímulos externos, el equilibrio y la coordinación de todas las partes del cuerpo (Brown, Martinez, & Parsons, 2006).

Recordamos que la danza ha cubierto las necesidades del hombre desde sus orígenes, ya que forma parte de su expresión y comunicación, y además facilita la canalización de las emociones (Fischman, 2001; Frieder & Eckstein, 1981; Levy, 1988). En consecuencia, es un medio que permite liberar emociones y fomentar la creatividad de la persona (Alpert, 2011). Además, esta actividad es considerada una herramienta poderosa del crecimiento humano (Arévalo & Samudio, 2013).

Así mismo, el movimiento facilita la comunicación no verbal: poder expresar quiénes somos, cómo nos sentimos y cuáles son nuestros miedos; del mismo modo que otras herramientas no verbales como el dibujo o la escultura. Dichas herramientas fomentan el bienestar y facilitan la expresión del ser humano (Nanni, 2005; Pérez-Testor, Guerra-Balic, & Massó-Ortigosa,

2007).

Estudios científicos consideran que la danza proporciona emociones positivas y aporta una mejora en la confianza en uno mismo. Además, aumenta la autoestima y la motivación de la persona, así como contribuye en la disminución de la ansiedad (Pérez-Testor, 2010; Quin, Redding, & Frazer, 2007). Se afirma que la danza favorece en el desarrollo de la conexión mente-cuerpo, de la imagen corporal, del auto-concepto y de la aceptación corporal (Fox 1999, citado en Martín, 2009; Panhofer, 2005; Zúñiga, Salazar, & Valverde, 2001). Por lo tanto, la danza es considerada como una herramienta para la mejora del bienestar emocional de la persona. Los ejercicios de danza también aportan diversos beneficios en otras áreas de la persona; por ejemplo, ayudan a la movilidad y en la relación con los demás (Brooks & Stark, 1989). Bernal y Silva (2014) concluyen que la danza y la música muestran nuevas formas de comunicación con el otro y con uno mismo, pudiendo expresar emociones y desarrollar habilidades sociales y cognitivas, sobretodo en la población infantil.

En esta misma línea, autores de referencia coinciden en reconocer la danza como una manifestación expresiva que contribuye positivamente en el desarrollo físico, intelectual y afectivo-emocional de la persona, actuando positivamente en su salud y su CdV (Fructuoso & Gómez, 2001; Fuentes, 2006; Laban, 1978; Padilla & Hermoso, 2003).

Así pues, la danza se considera una herramienta útil para la mejora de la CdV de la persona (Panhofer, 2005). En la Tabla 4 se presentan los indicadores del bienestar emocional relacionados con los contenidos de las sesiones de danza (Schalock, et al., 2006).

Tabla 6.

Aportaciones de los contenidos de la danza al bienestar emocional, siguiendo el modelo de Schalock y Verdugo.

Dimensión	Indicadores	Contenidos en las sesiones de danza
Bienestar Emocional	Auto-concepto	Explorar diferentes tipos de movimientos Resolución de problemas a través de dinámicas
	Autoestima	Cambios de liderazgo Interpretar emociones en movimiento
	Satisfacción	Expresiones faciales que representan experiencias positivas Movimientos ascendentes Posturas corporales que proyectan el movimiento hacia el exterior
	Seguridad	Estructura estable de sesión y establecer rutinas Mantener un ritmo adecuado Actividades de repetición Fomentar iniciativa
	Ambientes estables	Movimientos compartidos de confianza y relación con el otro Actividades que promueven el trabajo en equipo
	Predictibilidad y control	Eje corporal y control postural Percusión corporal
	Ausencia del estrés	Relajación para reducir el estrés y la ansiedad Actividades para aumentar el control de impulsos
	Mecanismos de auto-identificación	Espejos Etiquetas identificativas Señalizaciones en el espacio

Nota. Tabla adaptada de Barnett-López, et al., (2016).

De Rueda-Villén y Aragón (2013) destacan que sentir felicidad y gozar de bienestar aportará a la persona mayor CdV. La percepción de la persona con respecto a su bienestar se ve modificada después de haber participado en una clase de danza. Esto se debe a que los ejercicios empleados en la clase permiten conocerse, situarse, aceptarse, no conformarse con ideas preconcebidas y obligan a tomar decisiones (Barnet-López, et al., 2016).

En relación con los indicadores de **auto-concepto y autoestima**, la danza ayuda a la integración de los diferentes aspectos de la persona: emocional, psicológico y físico; de este modo permite desarrollar una imagen más ajustada de uno mismo. Según Weiner (1985), todo esto afianzará la autoestima y el auto-concepto de la persona repercutiendo positivamente en su motivación. Estudios como los de Rainbow (2005) y Erfer y Ziv (2006) se centran en las aportaciones de la danza. El primero se centra en pacientes diagnosticados de cáncer, los cuales, después de realizar un programa de danza, presentan mejoras en su autoestima y en la autopercepción del control. En el segundo estudio, realizado con población infantil, se observan mejoras en la imagen corporal y la auto-aceptación, elementos vinculados al auto-concepto y a la autoestima de la persona.

Otras investigaciones, centradas en la población adulta y/o adultos mayores, vinculan las aportaciones de la danza con aumentos significativos en el auto-concepto, pero también en la sensación general de satisfacción de la vida (Berry-man Miller, 1988; Konstantinidou & Harahosou, 2000). Posteriormente, Lloret (2009) reafirma las mejoras del autoestima y del auto-concepto en la danza en la población con diversidad funcional.

Por otro lado, Silva (2013, p.111) destaca que “la danza aporta un espacio para aflojarse, relajarse, tranquilizarse y desestresarse, restaura la confianza y la seguridad en el cuerpo, reviviéndolo como algo propio personal y familiar”. El estudio de Hui, Chui y Woo (2008) se centra en las aportaciones de la danza observando que promueve otro de los indicadores, la **satisfacción y la seguridad** de la persona.

Referente a los **ambientes estables**, la relación con el otro y la

confianza en la relación serán elementos relevantes. Los estudios centrados en las habilidades sociales que aporta la danza afirman que es una buena herramienta de interacción corporal que refuerza la confianza de la persona, además de transmitir la importancia de cuidar y de respetar el propio cuerpo y el de los demás (Hoban, 2000). Hay otros trabajos que tienen presente la importancia de la relación con el otro y afirman que la danza fomenta el interés en el contacto social, además de favorecer en el desarrollo de las habilidades sociales y en la contribución de la percepción de un entorno seguro (Bernal & Silva, 2014; Hui, Chui, & Woo, 2008; Lloret, 2009).

Otro de los indicadores es la **predictibilidad y el control**. La danza proporciona las herramientas útiles para trabajar el esquema corporal interno, influye positivamente en el eje corporal y en su control, permitiendo entender a la persona como un todo coordinado. Además, a través de ritmos y melodías, como la percusión corporal, la danza contribuye al incremento del conocimiento corporal de la persona (De Rueda-Villén & Aragón, 2013; Salgado & Vasconcelos, 2010). Gardner (1993) habla de la inteligencia kinestésica haciendo referencia al aprendizaje del control del movimiento del propio cuerpo y en como éste interviene para resolver problemas.

En lo que se refiere a la **ausencia de estrés**, diversos autores se centran en estudiar los beneficios que aporta la danza a patologías como la depresión. Éstos afirman que aumenta la vitalidad y que reduce los síntomas de estrés y/o ansiedad (Koch, Morlinghaus, & Fuchs, 2007; Pinniger, Thorteinsson, Bronw, & McKinley, 2013). En el estudio de Koch et al. (2007), realizado en Alemania, evaluaron a tres grupos de participantes diagnosticados de depresión según si: (1) escuchaba música, (2) entrenamientos en bicicleta y (3) realizaba sesiones de danza. Los autores concluyeron que únicamente el grupo que realizó sesiones de danza mostraba mejoras en los síntomas vinculados a la depresión. En otro estudio realizado por Lesté y Rust (1990), focalizado en estudiantes universitarios de Londres, evaluaron los niveles de ansiedad de cuatro grupos que realizaron diferentes

programas: (1) grupo de una clase de matemáticas, (2) grupo de una clase de música, (3) grupo de una clase de danza y (4) grupo de una clase de actividad física. Los resultados concluyeron que los niveles de ansiedad, que presentaban antes de iniciar el programa, disminuyeron en los estudiantes universitarios que realizaron las sesiones de danza, a diferencia de los otros grupos.

A continuación, nos centraremos en el indicador de **mecanismos de auto-identificación**, los cuales serán específicos para cada individuo o grupo con el que trabajemos. Uno de los elementos que podemos utilizar en las sesiones son los espejos o los soportes visuales, aunque, en este caso, será importante que el profesional sea responsable de implementar un programa de trabajo en relación a la población que lo reciba (Rodríguez, 2009).

Los beneficios aportados por la danza pueden estar vinculados al hecho de que ayuda a identificar de manera correcta aquello que sentimos, facilita la reflexión sobre lo que se ha sentido y proporciona herramientas para comprender cómo afecta a nuestra persona, tanto a nivel físico como a nivel emocional (De Rueda-Villén & Aragón, 2013).

2.2.2.1. BIENESTAR EMOCIONAL Y DANZA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

María Fux, en los años 50, fue una de las primeras bailarinas que se centró en el trabajo de la danza con personas con DI. Ella considera que la danza favorece el sentirse partícipe para hacer y crear algo, y que esto está por encima de las posibles dificultades que pueda presentar la persona. No se centra en el tener que lograr o conseguir hacer algo bien o mal, sino simplemente en el hacer, aceptando, así, los límites que se muestran en el otro. Esta manera de entender la danza con personas con DI proporciona una mirada distinta hacia sus capacidades y posibilidades. La autora se interesa por la utilización de la danza como una vía hacia las capacidades expresivas,

haciendo especial referencia a personas con Síndrome de Down y otro tipo de DI (Fux, 1981). La utilización de herramientas como la danza y/o la música aporta mejoras a la salud mental y permite trabajar la comunicación receptiva y expresiva de las personas con DI (Bermell, 2003).

Las personas con DI tienen una vida emocional tan dinámica como la que tiene la población general, pero son más vulnerables al desajuste emocional y, por ello, presentan necesidades de apoyo terapéutico ante las dificultades emocionales que se presentan en la vida diaria (Arthur, 2003; Muñoz & Marín, 2005). La danza permite el trabajo del lenguaje corporal como forma de expresión, lo cual facilita la canalización de diversas emociones, mejorando así el bienestar de las personas (Ruano, 2003).

La danza ofrece nuevas posibilidades de expresión y permite conectar con los elementos más interiores de la persona, todo ello favoreciendo las relaciones con el otro. Además, se observa que la danza es una herramienta que contribuye en la modificación de la conducta, concretamente al disminuir conductas no deseadas (Zúñiga, et al., 2001). Diversos estudios coinciden en que los programas destinados a personas con DI que incluyen elementos de la danza y/o la música suelen ser bien recibidos y del agrado de los participantes (Mora & Salazar, 1999; Zúñiga, et al., 2001), por consiguiente será más fácil conseguir y mantener la motivación por la actividad y proporcionar sensación de satisfacción. Al evaluar una sesión de danza, otros estudios centrados en la población con DI, especialmente con Síndrome de Down, observan mejoras en el conocimiento del propio cuerpo y en el desarrollo emocional, del mismo modo que sucede en la población general (Pérez-Testor, 2010; Pérez, Sanhauja, Guerra, Martínez, Massó, & Costa, 2009).

Bermell (2003) comenta que existe desconocimiento hacia el campo de la DI y del bienestar emocional en la danza. Así pues, no se han encontrado estudios donde un programa completo de danza en personas con DI se evalúe centrándose en el bienestar emocional.

2.3. DANZA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En 1998, en el Congreso Mundial de la Actividad Física Adaptada se hace especial énfasis en el apoyo a las diferencias individuales, en la promoción del acceso a nuevos estilos de vida y en la inserción de la actividad física adaptada en diversos ámbitos, destacamos a la expresión corporal y la danza (Sherril, 1998).

En relación con los beneficios del ejercicio y la actividad física en el bienestar psicológico, Fox (1999 citado en Martín, 2009) nombra algunos de los mecanismos de cambio de la autoestima. Algunos de los que indica son la mejora de la imagen corporal, la mejora del auto-concepto, la aceptación corporal, el control personal sobre el cuerpo, su apariencia y funcionamiento, y la mejora del sentimiento hacia el grupo a través del ejercicio.

Centrándonos en la actividad física y, específicamente, en la danza y el movimiento, es importante señalar que existen diversos modelos que trabajan a partir de la danza como programas para procurar la mejora del bienestar emocional y físico de la persona. Entendemos la danza como parte del movimiento pero no un movimiento cualquiera, ya que tiene la capacidad de representar o exteriorizar lo propio del individuo (Martín, 2009).

Dentro del campo de la danza, este estudio está basado en la Danza Movimiento Terapia (DMT). La DMT nos ofrece elementos a tener en cuenta a la hora de trabajar con personas con DI, como marcar límites al inicio y al cierre de las sesiones o la utilización del contacto físico entre terapeuta y paciente, los cuales contribuyen a la estructura de la sesión (Panhofer, 2005).

2.3.1. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

La DMT se enmarca en la modalidad de la terapia creativa, como la Música Terapia o el Arte Terapia. Se fundamenta en la utilización del movimiento, en el cuerpo y en su propio lenguaje, como proceso para promover la integración de la persona a nivel emocional, cognitivo y físico (Panhofer, 2005). De este modo, tal y como afirmó Bernstein (1975), la DMT persigue la integración psicofísica del individuo.

2.3.1.1. HISTORIA Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

La DMT como nuevo campo profesional se originó por un grupo de bailarinas en los Estados Unidos durante los años 40. De entre las pioneras de DMT, destacan Marian Chace y Mary Whitehouse, bailarinas sensibilizadas sobre los temas del conflicto humano y la crisis social (Bartenieff & Levy 1980).

Una de las aportaciones más importantes de Chace (1953) es el modelo de estructura de una sesión, el cual sigue siendo el referente en la práctica actual. Su propuesta da forma a la sesión en cuatro fases principales:

- 1) Bienvenida (*Check-in*): En esta primera fase los miembros del grupo llegan y comparten, es decir, dan información verbal o no verbal sobre su estado físico y su estado anímico o interno, dependiendo del tipo de población con la que se trabaja. En el caso de la DI será relevante proporcionar apoyos para facilitar la expresión, sobretodo en relación con el estado emocional de la persona. Esta fase es importante para el terapeuta, a fin de detectar las necesidades específicas que ese día el grupo vaya a necesitar.
- 2) Calentamiento: Se trata de activar el cuerpo; es un calentamiento físico que integra ejercicios básicos para fomentar la movilización de la capacidad de expresión emocional, la presencia física y/o la consciencia corporal.

- 3) Proceso: Se parte de los movimientos del calentamiento para la creación de diferentes dinámicas y/o propuestas en movimiento. En el caso de grupos con dificultades a la hora de elegir una dinámica determinada, como sucede con la población con DI, el terapeuta tendrá el papel de proponer dinámicas que se ajusten al grupo.
- 4) Cierre (*Check-out*): En esta última fase de la sesión, se acompaña al grupo a despedirse, de forma verbal y/o no verbal. Es el momento de poder intercambiar vivencias y/o emociones identificadas. Se suele realizar en círculo para crear más cohesión y dar la oportunidad de participar en la despedida a todos los miembros desde una posición de igualdad.

En el caso de la segunda pionera indicada, Mary Whitehouse introdujo el término “movimiento profundo” para denotar que sus sesiones de danza se focalizaban en la expresión y en los sentimientos, dejando en segundo plano la parte más técnica (Levy, 1988).

Mientras que Chace se encontraba en un contexto hospitalario con pacientes diagnosticados de trastornos psicóticos o del neurodesarrollo, Whitehouse trabajaba principalmente con población general. Cada una se centró en las necesidades de su población y, por esto, observamos diferencias en sus planteamientos. Chace proporciona una estructura definida; en el caso de Whitehouse, su atención se centra en la exploración del movimiento de una forma más libre.

Posteriormente, la DMT tomó mayor fuerza en los años 60 con la creación de la American Dance Therapy Association (ADTA), la cual reconoce la danza como un tratamiento efectivo para personas con discapacidades médicas, sociales, físicas o psicológicas (Martin, 2011). La DMT es definida aquí como “la utilización planificada de cualquier aspecto de la danza con el propósito de ayudar a la integración física y psíquica del individuo”. En la DMT se considera que todo movimiento corporal puede generar a su vez cambios

en la psique, promoviendo la salud y el crecimiento personal del individuo (ADTA, 1966 citado en Panhofer, 2005).

En 2001 se creó la Asociación Española de la Danza Movimiento Terapia (AEDMT) que surgió como una iniciativa de los propios profesionales del sector. En las últimas décadas, la DMT ha ido evolucionando y haciéndose más visible como psicoterapia.

2.3.1.2. EFICACIA DE LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

En primer lugar presentamos algunos de los estudios destacados dentro del campo de la DMT que demuestran su eficacia y posteriormente destacamos algunos de los elementos que la caracterizan.

Estudios destacados

En los últimos años, encontramos algunos estudios para trabajar con diferentes tipos de poblaciones que presentan datos sobre la eficacia de la DMT. A pesar de ello, las revisiones sistemáticas y/o meta-análisis centrados en la DMT muestran la necesidad de ampliar los estudios en este campo dentro de un marco riguroso y científico (Kiepe, Stöckigt, & Keil, 2012; Ritter & Low, 1996; Strassel, Cherkin, Steuten, Sherman, & Vrijhoef, 2011). El meta-análisis realizado por Ritter y Low (1996) nos presenta algunos estudios que afirman que la DMT es una intervención efectiva para trabajar con población infantil, población adulta con trastorno mental y población con discapacidad física y/o intelectual. Entre sus conclusiones destacamos que la DMT disminuye la sensación de ansiedad y/o angustia y que incide en el auto-concepto de la persona de manera positiva. También encontramos estudios centrados en la DMT como herramienta de prevención, uno de los cuales focaliza su programa en elementos como el auto-control, la regulación emocional y la resolución de conflictos para prevenir la violencia (Koshland, Wilson, & Wittaker, 2004).

Posteriormente, Strassel et al. (2011) afirman que los estudios revisados en el campo de la DMT muestran un gran potencial en este tipo de intervención por lo que hace a los beneficios físicos y psicológicos. Esta intervención es valiosa para contribuir en la mejora de la CdV de la persona, ya que pone el foco en poblaciones como los adultos mayores o las personas con enfermedades crónicas.

Entre los años 2012 y 2015 encontramos varios estudios científicos que se centran en la DMT y en sus aportaciones en diferentes contextos. En la población diagnosticada de depresión se observan evidencias científicas en el estado de ánimo positivo y en una mejora en la sintomatología depresiva (Kiepe et al., 2012; Mala, Karkou, & Meekums, 2012; Punkanen, Saarikallio, & Luck, 2014). Otro estudio afirma que existen mejoras después de realizar diez sesiones de DMT en la población adulta que presentaba altos niveles de estrés (Brauninguer, 2012^a).

Se observan evidencias científicas en personas con trastorno mental, donde la DMT favorece la identificación y el control de las emociones, aumentando el nivel de *insight* de las personas que realizan las sesiones (Anderson, Kennedy, DeWitt, Anderson, & Wamboldt, 2014; Lee, Jang, Lee, & Hwang, 2015).

También aparecen estudios centrados en personas diagnosticadas de obesidad, los cuales concluyen que se disminuye la angustia y los problemas emocionales, y aumenta la autoestima de los participantes (Meekums, Vaverniece, Majore-Duselu, & Rasnacs, 2012). Siguiendo en esta línea, el estudio de Muller-Pinget, Carrard, Ybarra y Golay (2012) se concentra en la imagen corporal de este tipo de población; incide en la postura corporal, el caminar consciente (posición del pie, movimiento de diferentes partes del cuerpo), identifica tensiones musculares, incorpora instrumentos de relajación, trabaja distintos patrones de movimientos y las presentaciones verbales.

El estudio de Engelhard (2014) se centra en la población de

adolescentes y en las aportaciones de la DMT, la cual, a través de experiencias en movimiento, contribuye a la reflexión y la expresión tanto de sentimientos como de emociones, así como al aprendizaje de una nueva manera de utilizar el cuerpo mediante el lenguaje del movimiento.

Uno de los últimos meta-análisis realizados, es el que nos presenta Koch et al. (2014), en el cual se amplía el número de investigaciones desde el meta-análisis presentado por Ritter y Low (1996). Koch et al. (2014) expone 23 estudios donde se demuestra la eficacia de la DMT en poblaciones que presentan problemas psicológicos. Algunos de los beneficios de la DMT son la mejora de la imagen corporal, la disminución de la ansiedad y/o el aumento de la sensación de bienestar. Este mismo autor concluye que los diferentes estudios sugieren que la DMT es una herramienta eficaz para la mejora de la CdV, coincidiendo con las conclusiones del estudio de Brauningner (2012^b).

A pesar del incremento de los estudios en los últimos años en el campo de la DMT, actualmente los estudios científicos hacen referencia a la necesidad de incrementar los estudios para fortalecer su eficacia, tanto en lo que se refiere a la investigación como a la práctica clínica. Además, se observan pocas investigaciones centradas en población con DI y las que encontramos están principalmente focalizadas en el autismo (Koch et al., 2014; Strassel et al., 2011).

Elementos característicos de la DMT

Después de haber presentado algunos de los estudios más recientes en el campo de la DMT, consideramos importante destacar aquellos elementos y técnicas que contribuyen a la eficacia de la intervención.

Se nombran a continuación los elementos destacados en la DMT:

- Alianza terapéutica: la creación de una buena alianza junto con la consolidación de un espacio seguro donde paciente y terapeuta tengan un papel activo. La alianza terapéutica es un elemento facilitador en el

proceso terapéutico y está considerada como uno de los mejores predictores de eficacia de los resultados en la psicoterapia (Andrade, 2005; Botella & Corbella, 2011; Horvath & Bedi, 2002). En la DMT existe una fuerte implicación del terapeuta en el proceso del paciente o grupo de trabajo, aunque participe de una forma más o menos activa (Queyquep, 2008).

- Utilización de materiales: Las herramientas de apoyo necesarias para la población con la trabajamos, sobretodo en personas con dificultades expresivas o cognitivas. Por ejemplo, la utilización de pelotas o telas para trabajar la improvisación (Barnet-López et al., 2016; Panhofer, 2005).
- Duración: La duración del programa será un elemento más a tener presente en la eficacia de la intervención, sobre todo cuando queremos evaluar los cambios antes y después de un periodo de sesiones. Diversos autores marcan como mínimo 12 sesiones para poder observar estos cambios (Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal, 2009; López & Rodríguez, 1999; Pérez & García 2001).
- Estructura de la sesión: En DMT la estructura más utilizada es la propuesta por Marian Chace (1953) compuesta de las cuatro fases explicadas anteriormente (bienvenida, calentamiento, proceso y cierre).

La DMT es un tipo de intervención que se encuentra en constante evolución, tal y como sucede con el movimiento de cada persona. Fischman (2005) apunta tres conceptos relevantes: emoción, empatía y conocimiento, vinculados a las técnicas presentes en las sesiones de DMT que fueron aportadas por Marian Chace (Levy 1992; Sandel, 1993):

- Espejar: También nombrada reflejo empático o empatía kinestésica, es una herramienta de acercamiento y comprensión que facilita al terapeuta la detección de necesidades de cada participante y que favorece la relación terapéutica. El terapeuta recoge movimientos o

ritmos que observa en el participante durante la sesión y los utiliza como retorno en aquel momento o en distintos momentos de la sesión. Con esta técnica, Chace contribuye a validar la experiencia del paciente. Es una manera de comunicar comprensión y escucha activa.

- Clarificar y ampliar el movimiento: Nos permite observar en qué punto se encuentra la persona y aportar, a partir de su movimiento, pequeñas modificaciones para facilitar al participante vivir la experimentación de nuevos movimientos y ampliar su repertorio.
- Dialogar en movimiento: consiste en preguntar y responder en movimiento para promover la comunicación.

2.3.2. DANZA MOVIMIENTO TERAPIA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La DMT es una terapia aplicable a todo tipo de población. Incorpora elementos de las terapias psicodinámicas y, por lo tanto, tiene presentes elementos como la transferencia y la contratransferencia (en especial a nivel corporal), las proyecciones, el análisis de las defensas y la capacidad de *insight*. A través del movimiento, el terapeuta puede observar los elementos inconscientes de la persona (Liebowitz, 1992). La interacción entre el paciente y el profesional se dará, pues, a través del movimiento y de la forma verbal. El terapeuta utilizará la expresión verbal según su estilo propio y valorando las necesidades específicas de la población (Rodríguez, 2009).

Las personas con DI presentan dificultades en la capacidad simbólica, limitaciones del propio cuerpo y limitaciones del espacio físico; estos elementos serán importantes a la hora de trabajar con este tipo de población (González & Macciuci, 2013). Además, pueden presentar limitaciones en la comunicación oral y escrita, las cuales se deberán tener presentes tanto en el diseño del programa de intervención como en la metodología para su

evaluación (Paredes, 2010).

En las sesiones destinadas a personas con DI es importante trabajar los siguientes elementos: imagen corporal, consciencia, coordinación, habilidades motoras, dominio físico, confianza, emoción y comunicación. Teniendo en cuenta que se trabajará en grupo, será importante la participación social y las habilidades sociales, todo ello en la medida de lo posible, según las características del grupo, sus necesidades y la población específica con la que se trabaje (Levy, 1988).

De todos modos, no se debe prescindir de observar las necesidades individuales ni de conocer cuál es el ritmo de cada persona para valorar el tipo de actividades en movimiento que se propondrán en la intervención. Otros elementos a considerar a la hora de crear una propuesta de programa para trabajar con población con DI serán: observar las distintas reacciones y vivencias que provoca la música y la propuesta en movimiento, y potenciar el *feedback* positivo ante la integración de los diferentes aprendizajes (Bermell, 2003).

Un estilo directivo por parte del profesional (proporcionar la estructura de la sesión y comunicar las consignas claramente) será adecuado a la hora de trabajar con personas con DI. La utilización de materiales adecuados para cada una de las sesiones, según los objetivos planteados (por ejemplo: pelotas, aros, telas), favorecerá la ampliación del vocabulario del movimiento a través de la exploración y el juego, y facilitará la comunicación con el otro a la vez que fomentará la interacción del grupo (Panhofer, 2005). De este modo, los programas en movimiento apoyan la expresión de los estados de ánimo, entendiendo el sonido y el movimiento como medio de expresión para la persona (Bermell, 2003).

Siguiendo esta línea de trabajo, Panhofer (2005) pone énfasis en los diferentes tipos de población. En el caso de personas con Síndrome de Down, explica que necesitarán un terapeuta que desempeñe la función de contener,

poner límites, dar más estructura, pautas y direcciones claras.

Lloret (2009), en su trabajo, nos recuerda que cada cuerpo es único, al igual que cada persona. Así pues, las personas con DI aportan una expresividad singular y dan cabida a nuevas exploraciones a través del movimiento, nuevas maneras de relacionarse con el espacio y con el cuerpo, ofreciendo constantemente nuevas maneras de entender el movimiento. En esta línea, consideramos que la utilización de la DMT favorece la actitud creativa, dando lugar a explorar lo que la persona puede llegar a ofrecer y permitiéndole conocer lo que desea ser. De este modo, aporta una vía hacia la plenitud de los potenciales expresivos de las personas con DI (Ballesta, Vizcaíno, & Mesas, 2011).

Existen pocas investigaciones centradas en personas adultas con DI en del campo de la DMT (Koch et al., 2014; Ritter & Low, 1996). Sin embargo, destaca el incremento de las investigaciones en población infantil con Autismo. Algunos de los estudios concluyen que la DMT aporta beneficios relacionados en la mejora de la conducta, en el aumento de la interacción y en la comunicación con el otro (Hartshorn et al., 2001; Martin, 2014). El estudio de Mateos-Moreno y Atencia-Doña (2013) centrado en población adulta afirma que la combinación de terapias como la DMT o la Música Terapia aporta beneficios a las personas con autismo, y se destacan mejoras a nivel de regulación de la conducta, a nivel emocional y relacional, así como en el área de la imitación, mientras que en otras áreas no se afirman cambios como en el caso de la atención.

En el meta-análisis propuesto por Koch et al. (2014) sobre la utilización de la DMT como intervención para la mejora de problemas psicológicos vinculados a la salud, se afirma que la DMT aporta beneficios en la CdV de las personas, así como favorece el estado de ánimo positivo o la imagen corporal, pero no se observa ningún estudio centrado en la DI.

2.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

2.4.1. ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN

De acuerdo con el proyecto de Danza Esquema Corporal (DEC), se determinó como instrumento de evaluación el Dibujo de la Figura Humana (DFH). Este instrumento proporciona información sobre el conocimiento del propio cuerpo y sobre el desarrollo emocional (Pérez-Testor & Pérez-Testor, 2000; Pérez-Testor, 2010; Pérez, Sanhauja, Guerra, Martínez, Massó, & Costa, 2009). El DFH también nos proporciona información sobre el estado actual de la persona en relación con diversos elementos; el desarrollo mental, las actitudes, preocupaciones, maduración y experiencia. Por lo tanto, la posibilidad de realizar un re-test contribuye a detectar los cambios que aparecen en estos elementos (Pérez-Testor & Pérez-Testor, 2000).

Así pues, una de las líneas principales del proyecto DEC está dedicada a evaluar el impacto de las sesiones de danza a través del DFH y determinar si este instrumento es adecuado para evaluar su repercusión a nivel emocional en los participantes. El resultado obtenido concluyó que este instrumento se podía utilizar con todo tipo de población. Además, como permitía su aplicación a partir de niños de cuatro años, los participantes del estudio habrían podido realizarlo en tanto que presentaban distintos tipos de discapacidad (Pérez-Testor & Pérez-Testor, 2000; Koppitz, 2000).

Las conclusiones de uno de los estudios del proyecto DEC muestran que el instrumento del DFH es eficaz a la hora de evaluar el conocimiento del propio cuerpo en población con Síndrome de Down. En los resultados de la evaluación antes y después de una sesión de danza se perciben: cambios en el tamaño de la figura relacionados con la seguridad y la autoestima, una disminución del sombreado de los dibujos que indica una disminución de la ansiedad, y una mayor aceptación del propio cuerpo (Pérez-Testor, et al., 2007). Posteriormente, se realizó el estudio de un caso grupal con adultos con DI en el que se observó que la evaluación con el DFH indicaba una mejora del

conocimiento corporal de los participantes después de una sesión de danza basada en la DMT (Barnet, Pérez-Testor, & Guerra, 2013).

Por lo tanto, a través de los dibujos podemos percibir preocupaciones o rasgos de personalidad (Carreras, Uriel, & Liporace, 2013). En el DFH deberemos, pues, tener presente el contexto social y la situación concreta de la persona que lo realiza (Barbosa, et al., 1998).

El dibujo es una herramienta no verbal que permite comunicarnos con mayor facilidad, ya que la persona puede expresar emociones (Maganto & Garaigordobil, 2011), como sucede con el movimiento (Laban, 1978; 1987).

La DMT trabaja constantemente con el movimiento y su significado, y parte de la idea de que ciertos movimientos generan ciertos afectos (Fischman, 2001; 2005; 2013). Por este motivo, será importante tener herramientas útiles para analizar el movimiento, así como para recoger lo que sucede durante y después de la sesión. En DMT, donde el terapeuta tiene un rol activo, se requiere un sistema de anotación que incluya la información kinestésica por parte del terapeuta. Esta información recogerá y almacenará teniendo en cuenta principalmente los efectos a nivel corporal de la sesión sobre el terapeuta y el paciente (Queyquep, 2008). El terapeuta no sólo busca recoger la posición corporal del paciente, sino que trata de llevarla al movimiento, de una forma más o menos directiva, con el objetivo de conseguir la integración psicofísica de la persona. El uso del cuerpo de la persona y su propia forma de expresión guían el proceso (Panhofer, 2005).

El interés por el movimiento está presente en diversos referentes de la psicología. En el caso de Eckman (1957), afirmaba que las conductas no verbales eran un despliegue de movimientos que nos proporcionaban información de la persona. El psicoterapeuta Fromm-Reichmann (1989) también dio importancia a las expresiones no verbales de sus pacientes, y por ese motivo encarnaba en su propio cuerpo las posiciones corporales de éstos para poder ponerse de la forma más empática posible en su lugar, es decir, en

lo que sentían. En esta misma línea está focalizada la técnica de espejar propuesta por Marian Chace (Levy 1992; Sandel, 1993) en del campo de la DMT.

Laban 1960 elaboró la primera notación en análisis de movimiento conocida actualmente como el Análisis del Movimiento de Laban (AML). Este autor es considerado hoy como uno de los pioneros y referentes del análisis del movimiento (Foroud & Whishaw, 2006). Propuso una herramienta basada en el lenguaje corporal, un sistema creado y empleado para la observación, descripción, anotación e interpretación del movimiento, que nos aporta el perfil de movimiento de la persona. Contribuyó al campo del análisis del movimiento con la Labanotation, un código de símbolos creado desde una perspectiva científica, que se convierte en un lenguaje escrito del movimiento; es decir, una transcripción de lo que sucede con el cuerpo, sus dinámicas, el uso del espacio, las acciones, de una forma fiable y objetiva (Lizarraga, 2014).

Su propuesta se ha convertido en un lenguaje universal para entender el movimiento humano (Laban, 1960; Bartenieff & Lewis, 1980) y ha seguido presente con el paso del tiempo tanto en investigaciones como en la práctica clínica (Foroud & Whishaw, 2006). De este modo, en la actualidad, sus aportaciones son de interés para diferentes autores en busca de una conceptualización y/o de un idioma corporal global, gracias a su peso metodológico y teórico (Vella & Torres, 2012).

Otros autores relevantes del análisis del movimiento

Los sistemas validados en DMT no son muy extensos, los existentes, usan los *Effort-shape* para llevar a cabo el proceso del paciente, tanto a nivel de una valoración inicial de su estado, como a lo largo de la terapia (Bartenieff & Lewis, 1980). Para el terapeuta es importante contar con un método de registro adecuado, con el objetivo de poder analizar los datos y establecer un perfil. El sistema empleado debería distinguir el comportamiento en categorías de características y criterios específicos, usando un vocabulario concreto, con

el fin de entender y elaborar la realidad observada en un registro enmarcado que cumpla con las necesidades de la población con la que se trabaja (Izquierdo & Anguera, 2000).

Otra aportación relevante en el análisis del movimiento es el Kestenberg Movement Profile (KMP) (Kestenberg, 1975). El KMP tiene sus orígenes en la corriente psicoanalítica, parte del AML y lo amplía con la aportación de nuevas categorías, aumenta la especificidad y propone un marco propio en el que se desarrolla (Merman, 1990). El KMP establece dos categorías principales y diferentes entre sí: el flujo de tensión (*tension-flow*) y el flujo de forma (*shape-flow*). Estos dos “flujos” se refieren a las diferencias visibles en la tensión muscular y a los patrones de contracción y extensión de los músculos en el espacio (Stanton-Jones, 1992). Otra de las importantes aportaciones del KMP son los ritmos, los cuales se refieren a conductas individuales de movimiento presentes desde el nacimiento. Con esta idea, se establece que la aparición de los ritmos asociados a las diferentes etapas vitales, es prevalente en la observación del movimiento de los niños a lo largo de su desarrollo (Davis, 1975).

También encontramos el Movement Psychodiagnostic Inventory (MPI) (Davis, 1975), el cual se focaliza como herramienta de observación de conductas motoras para evaluar trastornos del movimiento involuntario y está basado en el sistema propuesto por Laban de *Effort-Shape*. Su principal aplicación es en personas con trastornos mentales (Flaum, 1995).

En lengua castellana, destacamos la pauta de observación, nombrada DMT- inter, propuesta por Vella y Torres (2012). Esta herramienta nos permite determinar la presencia o no de una serie de conductas potencialmente observables. El instrumento se divide en tres grandes bloques según la estructura de la sesión: *check-in* conjuntamente con el calentamiento, proceso y *check-out*. Su aplicación práctica se realizó con una muestra de pacientes con trastorno mental severo. Estas mismas autoras consideran que la observación y el análisis del movimiento en DMT constituyen las herramientas

del terapeuta a lo largo del proceso terapéutico. El análisis de aquello que ocurre en la sesión, el movimiento de forma ininterrumpida, debería contar con un sistema de anotación o registro (Vella & Torres, 2012).

Teoría del Análisis del Movimiento de Laban

La Teoría del AML fue desarrollada por Rudolf von Laban, coreógrafo, filósofo y arquitecto, considerado como uno de los teóricos de la danza del siglo XX. Este autor se dedicó a la práctica, enseñanza y teoría de la danza. Su trabajo se focaliza en el estudio del movimiento humano y del espacio que lo rodea. De este modo, Laban aporta una nueva manera de describir el espacio circundante al cuerpo en movimiento. Su sistema para registrar el movimiento corporal deriva de la notación de la danza y tiene la finalidad de conocer la intención de la persona examinada, así como las actitudes internas que preceden a la acción. En global, desarrolló su teoría en base a tres postulados: la Labanotation, un método para la notación del movimiento a través de una serie de símbolos; el uso o armonía del Espacio; y la Dinámica del movimiento o *Effort-Shape* (Queyquep, 2008).

Laban en 1913 creó “la escuela del arte” en el Monte Verità, un espacio creado para aquellos que querían reencontrarse con una vida saludable en la naturaleza. Con él, cambia la forma de entender y aprender la danza, recordando a las personas la importancia del movimiento como pilar estructural (cuerpo y mente). Se considera que son los inicios de la llamada danza moderna (Laban, 1987; Pérez-Testor, 2008).

Posteriormente, se fue desarrollando el AML, un sistema creado y empleado para la observación, descripción, anotación e interpretación del movimiento de las personas, que permite la obtención de un perfil del movimiento consciente e inconsciente del sujeto (Foroud & Whishaw, 2006). Laban afirmó que los patrones de movimiento son consistentes para la persona y que éstos la diferencian de los otros, de modo que, paralelamente, permiten identificar la calidad y los patrones comunes dentro de un mismo tipo

de población y de manera objetiva (Laban, 1987). No obstante, Laban también cree en la capacidad de cambio y evolución de la persona, así como en la capacidad de adaptarse a los cambios, ya sea de forma consciente o inconsciente. Entiende que la mente influye en el movimiento y viceversa, ya que considera que las personas utilizan movimientos para equilibrarse, los cuales denomina compensaciones (Fischman, 2001; Fischman, 2013; Laban, 1978).

Elementos del Análisis del Movimiento de Laban

Presentamos a continuación algunos de los elementos relevantes en el AML: el cuerpo, el espacio, los *efforts*, las acciones y las relaciones.

Cuerpo

Se trata de la forma y la utilización del propio cuerpo como vehículo de expresión de sentimientos y emociones, el cual está vinculado al contacto con la realidad y, a la vez, con uno mismo. En lo que a la organización del cuerpo se refiere, encontramos formas presentes en la naturaleza, entre las cuales la línea recta (flecha), la abierta (curva), la torsión y/o la redondeada (Laban, 1978).

Espacio

El espacio será un elemento a tener presente durante la observación del movimiento, ya que se considera como el contenedor de los movimientos. En él se encuentra el concepto de la *kinesfera*, también nombrada esfera del movimiento. Existe la *kinesfera* personal y general (Laban, 1978; 1987).

La *kinesfera personal*, definida como el espacio imaginario que ocupa la persona con las extremidades extendidas, es la imagen de la forma de la esfera que la persona es capaz de dibujar con sus extremidades, es decir, todos los puntos de la misma a los que puede acceder. La *kinesfera general* se refiere al espacio que se encuentra fuera del alcance de las extremidades de la persona.

Efforts

Laban (1987, p.131) definió los *efforts* como “factores de movilidad hacia los cuales la persona que se mueve adopta una actitud definida”. Laban propone cuatro *efforts*: Flujo, Espacio, Tiempo y Peso. Cada uno de ellos presenta puntos opuestos que se degradan en un mismo continuo entre el extremo de indulgencia (*indulging*) y el de lucha (*fighting*) (Zhao y Badler, 2001). Estos cuatro *efforts* están siempre en relación recíproca y nos permiten conocer las cualidades de movimiento de la persona (ver Tabla 7).

Los *efforts* y sus combinaciones son el resultado de las acciones realizadas. Toda persona sana tiene la capacidad de poder desarrollar en su globalidad los diferentes *efforts*, aportando un registro de movimiento amplio. Pero muchas personas muestran repertorios limitados de esfuerzos a nivel expresivo, cosa que indicaría la necesidad de ampliar su repertorio (Laban, 1978).

Tabla 7.

Resumen de las cualidades de movimiento, efforts según Laban (1978).

Efforts	Descripción	Elementos relacionados
FLUJO Libre- Conducido	Movimiento continuo relacionado con el grado de libertad de éste. El movimiento fluye cuando la energía que genera se propaga a través de diferentes articulaciones.	Tensión muscular Respiración Emociones y control Conocimiento del propio cuerpo y percepción del cuerpo en su globalidad y de sus partes distintas
ESPACIO Directo - Indirecto	Cantidad de espacio que utilizamos para movernos y la decisión con la que lo hacemos.	Utilización del espacio Atención, capacidad de orientarse en el espacio y con los objetos o personas que lo ocupan. Foco y pensamiento
PESO Fuerte - Ligero	Cómo cada persona se deja llevar por la gravedad o se resiste a ella.	Sensibilidad Intención y voluntad
TIEMPO Súbito - Sostenido	Vinculado al ritmo. Se diferencia en la duración.	Intuición Resolución de conflictos Toma de decisiones

Acciones

Las acciones se definen como “sucesiones de movimientos en las que un esfuerzo definido del sujeto acentúa cada uno de ellos” (Laban, 1978, p.19).

Cada una de las acciones realizada por el sujeto se forma a partir de la combinación de elementos de esfuerzo. Al identificar la acción, se puede determinar el esfuerzo presente o que predomina respecto al resto. Laban

(1978) determina la existencia de ocho acciones básicas (ver Tabla 8).

Las ocho acciones básicas conjuran una clasificación global por categorías que permite analizar el movimiento por secuencias, así como apreciar de una forma más clara las cualidades del movimiento. Por otro lado, también se puede observar una combinación de la acción en el movimiento de una persona (Laban, 1978).

Tabla 8.

Las ocho acciones básicas según la Teoría de Laban (1978).

Acciones básicas	Efforts				Ejemplos
	PESO	ESPACIO	TIEMPO	FLUJO	
Presionar	Firme	Directo	Sostenido	Conducido	Llamar al timbre o planchar
Dar latigazos leves	Ligero o Pesado	Indirecto	Súbito	Libre	Revoloteo de una pluma o raqueta jugando al tenis
Dar puñetazos o arremeter	Firme	Directo	Súbito	Libre o Conducido	Golpear con los puños cerrados contra un objetivo
Flotar o volar	Ligero	Indirecto	Sostenido	Libre o Conducido	Humo en el aire
Retorcerse	Firme	Indirecto	Sostenido	Conducido	Remolinos de agua o aire. Escurrir una esponja
Dar toques ligeros	Ligero	Directo	Súbito	Libre o conducido	Escribir en el ordenador o tocar el piano
Hendir en el aire	Firme	Indirecto	Súbito	Libre	Un <i>grand jeté</i> en danza clásica (saltar).
Deslizarse	Ligero	Directo	Sostenido	Conducido	Patinaje sobre hielo. Estiramiento o encogimiento de objetos elásticos

Relaciones

En las sesiones de DMT aparece el componente de la relación. Se observan las relaciones que se establecen entre el terapeuta/profesional, el resto de los miembros del grupo y/o los materiales utilizados (Laban, 1978). Por lo tanto, en el caso de sesiones en grupo se puede profundizar más en la relación con el otro y en la utilización del diálogo en movimiento. Se puede trabajar, también, con la actitud de liderazgo a través de dinámicas donde cada sujeto toma el papel de líder y al que todos deben seguir. Además, está presente el fomentar la creatividad, la posibilidad de contacto visual y la capacidad para ver y atender al otro. Se fomenta y endurece el sentimiento de pertenecer a un grupo. Incluso en los grupos de bailarines, Laban utiliza la expresión “desplazarse como un solo cuerpo”. Se trata de grupos que se mueven en diferentes niveles (sentados, arrodillados) y que realizan agrupamientos simétricos o asimétricos. Entre estos, Laban destaca las formaciones grupales más sencillas, la fila y el círculo y cómo, a través de estos, podemos añadir modificaciones (Laban, 1978).

2.4.2. DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH)

El DFH (Koppitz, 1984; 2000) es un test proyectivo gráfico que ha sido ampliamente utilizado y que está presente en el área del diagnóstico. Proporciona información en relación a la estructura, dinámica, conflictos latentes, defensas o cuadros patológicos de la persona (Barbosa, 2013). En concreto, el DFH de Koppitz (2000) es un test utilizado para todo tipo de población (Barnet, Pérez-Testor, & Guerra, 2013; Barros & Ison, 2002; De Felipe et al., 2011; Pérez, et al., 2009; Pérez-Testor, 2010; Rodríguez, et al., 2011; Saneei, Bahrami, & Haghegh, 2011).

El DFH es una herramienta no verbal que permite expresar emociones, al igual que la danza. En el caso de personas con limitada capacidad expresiva o limitado grado de introspección, el dibujo ofrece más fiabilidad que el lenguaje verbal (Maganto, Garaigodobil, & Etxeberria, 2007; Maganto & Garaigodobil, 2009). Nos aporta información sobre la persona que lo ha

realizado (Hammer, 1979). En el DFH se pueden observar elementos comunes en un mismo tipo de población y también elementos de “estilo personal” propios de cada persona; de esta forma, se puede contemplar la aparición de cambios en la persona al realizar dos o más dibujos en diferentes momentos (Barbosa, 2013; Pérez-Testor, et al., 2007).

Diversos estudios coinciden en que los indicadores del DFH nos permiten conocer elementos vinculados al bienestar emocional, como el conocimiento del propio cuerpo, la relación con el otro, la autoestima, la seguridad, la ansiedad o la agresividad (Barbosa, 2013; De Felipe, et al., 2011; Hammer, 1958; Koppitz, 2000; Kortesslouta, Punamaki, & Nikkonen, 2008; Pérez, Martínez, Massó, Guerra, & Giné, 2007). Además, el DFH nos posibilita detectar factores de riesgo emocionales que pueden influir en el desarrollo de los aprendizajes de la persona (Zambrano, Martínez, & Poblado, 2010). En fin, los indicadores del DFH también nos permiten detectar aspectos madurativos y evolutivos de la persona (Koppitz, 1984).

2.4.3. REGISTRO DE OBSERVACIÓN DEL ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO (ROAM)

La metodología observacional es uno de los primeros métodos utilizados para la recogida de datos en investigación descriptiva (Anguera, 1989). Para realizar una observación rigurosa será importante determinar la unidad de análisis con una definición útil para poder aplicar en el estudio. Sin embargo, se necesita una cierta flexibilidad imprescindible para poder abordar la complejidad y la riqueza del fenómeno de estudio (Sarriá & Brioso, 1999). Existen más investigaciones centradas en los elementos de la conducta verbal, pero es importante incrementar los estudios sobre las conductas no verbales, ya que éstos desvelan que el cuerpo y sus acciones son una importante fuente de información (Anguera, 1989). Así pues, en esta área de metodología observacional, se ha visto que existe relación entre los movimientos del cuerpo y los distintos procesos psicológicos.

El Registro de Observación del Análisis del Movimiento (ROAM) se centra en el cuerpo, sus movimientos y en los otros elementos de la conducta no verbal. El registro se ha realizado bajo un marco metodológico estricto, fundamentado en la Teoría de Laban, que nos permite considerar elementos cuantitativos y cualitativos, a la vez que busca la objetivación de los mismos (Laban, 1978). No olvidemos la complejidad de este tipo de análisis, que nos permite incluir anotaciones complementarias en los diferentes aspectos del registro.

Tal y como indica la Teoría de Laban, el ROAM está compuesto por cinco dimensiones: Cuerpo, Espacio, Dinámica, Relaciones y Acciones. Se trata de un instrumento de evaluación general del movimiento de la persona y está indicado a todo tipo de población, así como a la que presenta dificultades verbales o de expresión, como en el caso de personas con DI.

Encontramos más información detallada sobre este instrumento en el apartado de resultados, correspondiente al Artículo 5 que se encuentra actualmente en fase de revisión. En este trabajo mostramos la construcción del ROAM y los resultados obtenidos de la fiabilidad (índice de Kappa de Cohen), así como la versión definitiva del ROAM, acompañada de la ficha técnica del instrumento y del glosario, para facilitar su aplicación.



3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBIETTIVI E IPOTESI

Questa tesi presenta una serie di obiettivi e ipotesi in rapporto con gli articoli presentati nei risultati. Gli articoli sono collegati all'implementazione del programma di danza, i benefici prodotti valutati dal Disegno della Figura Umana (DFU) e la creazione di un nuovo strumento per studiare il movimento (vedere Tabella 9).

OBIETTIVI

L'**obiettivo principale** di questo dottorato è quello d'attuare un programma di danza basato sulla Danza Movimento Terapia (DMT) per un gruppo di adulti con Disabilità Intellettuale (DI) e valutare i benefici che possono esistere nella dimensione del benessere emotivo dopo l'applicazione di questo programma.

Gli **obiettivi specifici** di questa tesi sono:

- (1) Identificare le caratteristiche e le necessità specifiche delle persone con DI che ci permettono di attuare un programma di danza adeguato a questa popolazione.
- (2) Identificare gli elementi pertinenti per promuovere l'alleanza terapeutica salutare nel corso di un programma di danza con persone con DI.
- (3) Descrivere e valutare i parametri relativi al benessere emotivo attraverso il DFU, prima e dopo l'implementazione di un programma di danza.
- (4) Sviluppare un registro di osservazione per valutare le variazioni del movimento nel complesso, prima e dopo l'intervento.

IPOTESI

- (1) L'implementazione di un programma di danza di 26 sessioni aiuterà a migliorare gli indicatori di sviluppo, aumentando i loro valori dopo l'intervento.
- (2) L'implementazione di un programma di danza di 26 sessioni aiuterà a ricavare valori più bassi di indicatori emotivi dopo l'intervento. Questa diminuzione ci indicherebbe un miglioramento.

Tabella 9.

Sintesi del rapporto tra i manoscritti e gli obiettivi e ipotesi sollevate.

Articoli	Stato del lavoro	Obiettivi	Ipotesi
1- La alianza terapéutica en la danza movimiento terapia con pacientes con discapacidad intelectual. Estudio de caso.	Publicato	1- 2	
2- Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities	Publicato	1-3	1
3- Dance/Movement Therapy and emotional well-being for adults with Intellectual Disabilities.	Publicato	3	2
4- La danza en personas con discapacidad intelectual: Revisión sistemática e identificación de los elementos necesarios para evaluar los cambios de movimiento	Publicato	4	
5- Construcción del registro de observación para el análisis del movimiento (ROAM) fundamentado en la teoría de Laban.	In corso di revisione	4	

3.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Esta tesis doctoral presenta una serie de objetivos e hipótesis relacionados con los artículos que se presentan en los resultados. Los artículos están vinculados a la implementación del programa de danza, los beneficios producidos evaluados a través del Dibujo de la Figura Humana (DFH), y a la creación de un nuevo instrumento para estudiar el movimiento (ver Tabla 9).

OBJETIVOS

El **objetivo principal** de esta tesis es implementar un programa de danza basado en Danza Movimiento Terapia (DMT) dirigido a un grupo de personas adultas con Discapacidad Intelectual (DI) y evaluar los beneficios que pueden existir en la dimensión del bienestar emocional después de la aplicación del programa.

Los **objetivos específicos** de esta tesis doctoral son:

- (1) Identificar las características y necesidades particulares de las personas con DI que permitan implementar un programa de danza adecuado para este tipo de población.
- (2) Identificar los elementos relevantes para fomentar una alianza terapéutica saludable durante un programa de danza con personas con DI.
- (3) Describir y evaluar los parámetros relacionados con el bienestar emocional a través del DFH, antes y después de la implementación de un programa de danza.
- (4) Elaborar un registro de observación para evaluar los cambios generales del movimiento, antes y después de la intervención.

HIPÓTESIS

- (1) La implementación de un programa de danza de 26 sesiones contribuirá a mejorar los indicadores evolutivos, aumentando los valores después de la intervención.

- (2) La implementación de un programa de danza de 26 sesiones contribuirá a obtener unos valores más bajos de los indicadores emocionales después de la intervención, indicando una mejoría.

The background features a hand-drawn grid of vertical and horizontal lines in a dark grey or black ink. Scattered across this grid are several squares of varying shades of green, from light lime to dark forest green. Some squares are solid, while others are just outlines. The overall aesthetic is minimalist and artistic.

4. METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

El presente estudio se centra en la evaluación del bienestar emocional, antes y después de un programa de danza basado en la Danza Movimiento Terapia (DMT), llevado a cabo en personas adultas con Discapacidad Intelectual (DI). Para poder realizar esta evaluación, fue necesario diseñar un programa dirigido a este tipo de población, así como determinar instrumentos que permitan evaluar los beneficios esperados de la intervención.

4.1. PARTICIPANTES

Los participantes son personas adultas con DI, todos ellos usuarios del Centro Ocupacional de la Fundación Ramón Noguera (FRN) (Girona, Catalunya). Se contactó previamente con el centro para exponer la propuesta de investigación y se efectuaron reuniones informativas con los responsables. Una vez se obtuvo la autorización del centro para desarrollar el proyecto, se realizó una sesión informativa con los padres/tutores de los participantes, los propios participantes y el personal del centro. Finalmente, se redactó un documento de consentimiento informado que firmaron tanto los padres/tutores, así como cada uno de los participantes de la intervención (ver Anexo IV).

Para no alterar el funcionamiento del centro, se utilizó una selección de muestra por conveniencia. Como que se trataba una muestra pequeña, se decidió aplicar un diseño de tratamientos múltiples de un solo grupo. En estos casos, no hay asignación al azar, ya que contamos con un único grupo, y además obtenemos la equivalencia, ya que no hay nada más similar a un grupo que este mismo (Thomas & Nelson, 2007).

La muestra inicial reunida para nuestro estudio fue de 30 personas de edades comprendidas entre los 19 y los 66 años. En todos los artículos publicados, se han considerado los mismos criterios de inclusión y de exclusión, los cuales fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión: grado de discapacidad moderado o severo, mayores de 18 años de edad y que no están realizando otro tipo de terapia psicológica. Además, los participantes del Grupo Intervención (GI) tenían que haber participado como mínimo en un 75% de las sesiones de danza al acabar el programa.
- Criterio de exclusión: se desestimaron todos aquellos participantes que no habían realizado alguno de los test de evaluación.

Así pues, se obtuvo una muestra final de 22 personas, tras desestimar ocho personas según la aplicación de estos criterios. Seis de ellos fueron excluidos por no haber realizado alguno de los test de evaluación, y por lo tanto no se disponía de la información mínima para poderlos evaluar, mientras que los otros dos no cumplieron con el mínimo de participación en el programa.

Los participantes que siguieron el programa de danza fueron divididos en cuatro grupos. Según las aportaciones de Borja y Solís (2012), se organizamos los grupos entre 7 y 8 personas para garantizar su participación activa y el buen funcionamiento de las sesiones. Todos los grupos realizaron las mismas sesiones con el mismo profesional (psicólogo y danza movimiento terapeuta). La evaluación del programa se realizó con todos los grupos.

La metodología en cada uno de los diferentes artículos varía según los objetivos específicos de cada trabajo (ver Resultados).

4.2. PROGRAMA DE DANZA

El programa de danza basado en la DMT implementado consta de 26 sesiones. Estas sesiones fueron realizadas durante un periodo de 3 meses, dos veces por semana, y la duración de cada sesión fue de 60 minutos.

En todas las sesiones se trabajaron tres temas transversales, siguiendo las aportaciones de Laban (1978): El cuerpo, el espacio y la relación con el otro. Los objetivos del programa de danza se pueden observar en la Tabla 10.

Todos los objetivos del programa, tanto los generales como los específicos, están relacionados con indicadores que contribuyen a la mejora del bienestar de la persona (Barnet-López, et al., 2016; Verdugo, et al., 2011).

Referente a los contenidos, en cada una de las sesiones se utilizó la misma estructura, la cual fue tomada de una de las pioneras de la DMT: Chace (1953) (ver Tabla 11).

Tabla 10.

Objetivos generales y específicos del programa de danza aplicado en este estudio.

Objetivos generales
- Aumentar el conocimiento del propio cuerpo
- Mejorar el auto concepto
- Tomar consciencia o conectar con algunas emociones
- Aumentar el registro de movimiento

Objetivos específicos
- Mejorar la consciencia espacial
- Tomar consciencia de los movimientos
- Aumentar la identificación y la canalización de emociones
- Disminuir ansiedad y preocupaciones
- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración
- Fomentar la iniciativa, la seguridad y la autonomía
- Explorar el movimiento, aumentar el <i>grounding</i> y favorecer la creación de nuevas propuestas en movimiento
- Explorar el ritmo interno, regular la marcha y los movimientos
- Aumentar el equilibrio y la coordinación
- Mejorar la comunicación y la relación con el otro

Tabla 11.

Estructura de las sesiones de DMT siguiendo la propuesta de Chace (1953).

Estructura	Contenidos	Tiempo
<p>Bienvenida</p> <p>(Check-In)</p>	<p>Ritual de llegada: Quitarse los zapatos, y ponerlos debajo de uno de los bancos. Posteriormente, situarse ante el horario para marcar el día.</p> <p>Cómo está el grupo: Los participantes expresan cómo llegan a la sesión. Escogen uno de los tres pictogramas: cara contenta, neutra y triste o enfadada. Los pictogramas se han utilizado como ayuda visual (Arostegi, 2002) (ver Anexo II). De esta forma podemos conocer el estado de todos los participantes, independientemente de sus limitaciones cognitivas. Aquellos que lo deseaban podían añadir información a través del lenguaje verbal.</p> <p>Buscar nuestro sitio: Cada participante se sitúa dentro de un cuadrado delimitado en el suelo (cinta adhesiva).</p>	<p>10 minutos</p>
<p>Calentamiento</p>	<p>Preparamos el cuerpo para el movimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilización de grandes articulaciones del cuerpo, con movimientos de rotación o flexión, y siguiendo un orden que favorezca el movimiento de todas las partes del cuerpo. - Concentración en aquellos músculos y articulaciones que se utilizarán específicamente en la sesión. 	<p>10 minutos</p>
<p>Transición-Proceso</p>	<p>Parte principal de la sesión en la cual se desarrollan los objetivos específicos de cada una de ellas. Es la parte más libre de la sesión donde cada día los participantes reciben nuevas propuestas en función de los objetivos que se quieren trabajar, consultar información de cada una de las sesiones en el Anexo I.</p> <p>Trabajamos con el paciente en un proceso no-directivo a través de la creatividad, su simbolización, juegos y/o coreografías.</p>	<p>25 minutos</p>

Relajación*	<p>Momento de vuelta a la calma. Se han realizado diferentes tipos de relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nos centramos en el aquí y el ahora: basada en la respiración y las sensaciones corporales. - Viajamos con la música: se proponen imágenes que ayudan a los participantes a la vuelta a la calma después del movimiento. Por ejemplo: imaginamos que escuchamos las olas del mar y las acompañamos con la respiración. - Estiramientos y movimientos lentos. - Masaje: auto-masaje (nos cuidamos) y/o masaje a un compañero (cuidamos al otro). En la mayoría de sesiones se han utilizado pelotas de tenis para realizar los masajes. <p>*Algunas sesiones de relajación también se han realizado después de la Bienvenida, en función de las necesidades que presentaba el grupo.</p>	5 minutos
Cierre (Check Out)	<p>Es un momento de contención, intercambio, reflexión e integración de las temáticas emergentes en el proceso, una devolución a través de la palabra, el movimiento y/o el dibujo.</p> <p>Ritual de despedida: Todos los participantes realizan un círculo, y de uno en uno van despidiéndose del grupo repitiendo todos los nombres, por ejemplo: Todos decimos adiós a Manuela, el resto del grupo verbaliza su nombre y Manuela dedica una mirada a cada uno de ellos.</p> <p>Cómo está el grupo: Los participantes expresan cómo están después de la sesión. Escogen de nuevo entre uno de los tres pictogramas, al igual que lo hicieron al principio de la sesión. Posteriormente los participantes se ponen los zapatos y salen de la sala.</p>	10 minutos

4.3. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

4.3.1. DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH)

El test del DFH consiste en entregar un papel DIN-4 y un lápiz HB2 a cada uno de los participantes. Luego, se les da la consigna: “Dibuja lo mejor posible a una persona”. Los participantes disponen de 15 minutos para realizar el dibujo. El test DFH es realizado antes y después de las sesiones 4 y 24 (Pre-Test y Post-Test). Posteriormente, se realiza el análisis de los indicadores (Koppitz, 2000):

- **Indicadores Evolutivos:** Se evalúan los 30 indicadores evolutivos, los cuales nos dan información sobre el desarrollo evolutivo, además de otros elementos como las preocupaciones o la percepción del esquema corporal de la persona. A mayor puntuación obtenida se considera un mejor resultado.
- **Indicadores Emocionales:** Se evalúan 30 indicadores emocionales que reflejan las preocupaciones y actitudes de los sujetos. Nos permiten observar tendencias y/o posibles dificultades que presenta la persona o el grupo a nivel emocional. A mayor puntuación, mayor número de dificultades emocionales. Para su interpretación, debemos tener en cuenta que la presencia de un solo indicador emocional no es concluyente, sino que la persona debe presentar 2 o más. A menor puntuación obtenida se considera un mejor resultado.

4.3.2. REGISTRO DE OBSERVACIÓN DEL ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO FUNDAMENTADO EN LA TEORÍA DE LABAN (ROAM)

Se trata del registro indicado para personas con dificultades de lenguaje y/o expresión. La finalidad del ROAM es la evaluación de las características generales del movimiento de la persona y está dirigido para ser utilizado por profesionales de la DMT o expertos en el Análisis de Movimiento

de Laban (AML). El ROAM se compone de cinco dimensiones y cada una se evalúa de forma independiente: cuerpo, espacio, dinámica, relaciones y acción.

El registro evalúa el movimiento y sus cambios en adultos con DI, y por consiguiente, se da respuesta al cuarto objetivo específico de este proyecto (ver Resultados, Artículo 5).

4.4. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 21). Se aplicaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Análisis descriptivo de las variables cuantitativas
- Análisis de Frecuencias de las variables categóricas
- Prueba Kolmogorov-Smirnov para saber si las variables se ajustan a la normalidad
- T-Student para muestras relacionadas

En cada caso, se trabajó con un nivel de confianza del 95%. Además, se calculó la fiabilidad con el índice la Kappa de Cohen en la construcción del ROAM, el registro de observación.

En el apartado de resultados encontramos el análisis de los datos utilizado en cada uno de los artículos presentados.

4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto ha sido respetuoso con los principios éticos que rigen cualquier investigación realizada con seres humanos de acuerdo con la declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento del comité de ética e investigación institucional de la Universidad Ramón Llull.

Referente al principio de autonomía, exponemos que es un principio que consta de dos elementos claves: la información y el consentimiento y que hace referencia a la aceptación de las decisiones del otro de manera libre y responsable (Amaro, Marrero, Valencia, Blanca, & Moynelo, 1996; Manzini, 2000). En el caso de los participantes de este estudio, las personas con DI, fue fundamental proporcionar la máxima información posible tanto a los participantes como a los padres o tutores. En un principio, se ofreció toda la información al centro donde se implementó el programa, y posteriormente se realizó una reunión informativa para los participantes y familias/tutores con la finalidad de explicar los objetivos del estudio, comentar las pruebas que deberían realizar los participantes y cómo serían las sesiones del programa. De este modo, todos los participantes fueron previamente informados sobre los protocolos de evaluación y de intervención.

En relación con los principios de no-maleficencia y beneficencia (Amaro, et al., 1996; Manzini, 2000), se tenía la certeza de que se realizaría una contribución positiva en la CdV de las personas con DI. Siendo conscientes de los imprevistos que podían suceder durante la implementación del programa, ajustamos el contenido de las sesiones a las posibilidades y necesidades de los participantes. Con el fin de asegurar estos principios y confirmar que podían participar en el programa, se les realizaron las pruebas médicas pertinentes y se les facilitó un informe médico. Además, tanto los participantes como los tutores recibieron todas las clarificaciones que se consideraron oportunas sobre el contenido del estudio.

Cabe remarcar que, aun teniendo el consentimiento informado, se consideró que la persona era libre de seguir el programa o de abandonarlo en

cualquier momento del estudio, así como de mantenerse al margen de alguna de las sesiones si observáramos alguna molestia o desagrado ante una actividad o propuesta. También se determinaron los instrumentos de evaluación teniendo muy presente las características de la población. Se priorizó que éstos instrumentos fueran adecuados para evaluar la dimensión del bienestar emocional de los participantes, para dar respuesta a los objetivos del estudio. Al mismo tiempo, se considero que fueran instrumentos de fácil aplicación y utilización para los participantes, poco intrusivos y cómodos de realizar.

Durante el diseño y el desarrollo del proyecto también se tuvo en cuenta el principio de justicia, el cual se centra en respetar al otro y velar por la no discriminación de ninguno de los participantes (por razones de género, edad, etnia, situaciones socioeconómicas, etc.). En este caso, hacer justicia se basa en dar al otro lo necesario, teniendo presente el momento en que se encuentra la otra persona. Por consiguiente, en este estudio se trabajó con las personas partiendo del respeto e identificando sus necesidades tanto individuales como grupales.

Por último, y relacionado con el principio de confidencialidad (Amaro, et al., 1996; Manzini, 2000), se obtuvo el consentimiento informado de que los resultados del proyecto podrían ser utilizados y difundidos de manera anónima para la investigación o la formación (ver Anexo III). Así pues, a causa del principio de confidencialidad, los nombres que aparecen en la redacción de la presente tesis son nombres ficticios que preservan el anonimato de los participantes.

The background features a hand-drawn grid of vertical and horizontal lines in a light grey or brownish tone. Scattered across this grid are approximately 15 squares of various shades of green, ranging from light lime green to dark forest green. Some squares are solid, while others are outlined. The overall aesthetic is minimalist and artistic.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

En este apartado presentamos los cinco artículos que constituyen el núcleo de esta tesis doctoral, cuatro de ellos ya están publicados, y el quinto se encuentra en proceso de revisión.

En primer lugar, mostramos una tabla con un resumen de las conclusiones destacadas de cada una de las publicaciones, las cuales dan respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en el presente estudio (ver Tabla 12). Posteriormente, se adjunta cada artículo acompañado de un resumen.

Tabla 12.

Resumen de los artículos y resultados presentados que componen esta tesis.

	Artículos	Objetivos	Conclusiones
1.Caso único (Artículo 1)	La alianza terapéutica en la danza movimiento terapia con pacientes con discapacidad intelectual. Estudio de caso.	1- 2	La alianza terapéutica contribuye en la eficacia de la intervención. En DI se tendrá muy en cuenta proporcionar un encuadre claro y un espacio seguro en las sesiones.
2.Grupo Experimental (Artículo 2)	Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities	1 - 3	Se observan mejoras en el conocimiento corporal en los participantes del programa de danza después de realizar la intervención.
3.Grupo Experimental y Grupo Control (Artículo 3)	Dance/Movement Therapy and emotional well-being for adults with Intellectual Disabilities.	3	Se observa que el programa de danza favorece al grupo intervención, aportándole un mayor bienestar emocional después de la intervención.
4.Revisión sistemática (Artículo 4)	La danza en personas con Discapacidad Intelectual: Revisión sistemática e identificación de los elementos necesarios para evaluar los cambios de movimiento.	4	Pone de manifiesto la necesidad de incrementar las investigaciones en este campo y propone elaborar un instrumento observacional para evaluar los cambios de movimiento de los participantes del programa de danza.
5.Construcción instrumento de evaluación Estudio exploratorio (Artículo 5)	Construcción del registro de observación para el análisis del movimiento (ROAM) fundamentado en la teoría de Laban.	4	Se presenta el ROAM: creación de una hoja de registro observacional. Se realiza su aplicación en un primer estudio exploratorio que muestra buenos resultados de fiabilidad.

5.1. ARTÍCULO 1

Barnet-López, S., Pacheco, M., Panhofer, H., Zelaskowski, P., Pérez-Testor, S., & Guerra-Balic, M. (2016). La alianza terapéutica en la danza movimiento terapia con pacientes con discapacidad intelectual. Estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 233-251.

APORTACIÓN DE LOS AUTORES

Este artículo trata de un estudio de caso desarrollado en el contexto de las prácticas del Máster de DMT de la Universidad Autónoma de Barcelona. Como primera autora, contribuí en el diseño del estudio, en el desarrollo de la metodología, en la recolección de datos, en el análisis e interpretación de los resultados y en la preparación del manuscrito. La Dra. Pacheco asistió en la elaboración de los resultados y en la preparación del manuscrito aportando conocimientos específicos sobre la alianza terapéutica. La Dra. Panhofer, el profesor Zelaskowki y la Dra. Pérez colaboraron en la construcción del diseño del estudio como supervisores del estudio de caso y también participaron en la elaboración del manuscrito y en la revisión de los resultados. La Dra. Guerra contribuyó en el desarrollo de la metodología del estudio de caso y en la preparación y revisión final del manuscrito.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL PRIMER ARTÍCULO

Objetivo del estudio

Identificar los elementos relevantes de la Alianza Terapéutica (AT) y su relación con el éxito de los objetivos de la intervención de DMT en un estudio de caso con DI.

Resultados

Se observan los momentos de cambio asociados a aspectos de la AT. En las primeras sesiones, se destaca el establecimiento del vínculo y el reconocimiento del espacio. Posteriormente, en el desarrollo del proceso, es relevante la integración de los elementos del encuadre, así como la utilización de rituales (inicio y final de la sesión) en tanto que elementos que proporcionan seguridad. Se fomenta la autonomía y la exploración de nuevos movimientos a través de diferentes propuestas en movimiento como, por ejemplo, los juegos con ritmos corporales. En la última sesión, se trabaja con movimientos y canciones representativas del proceso y se acompaña al cierre.

Conclusiones

La creación de una AT saludable contribuyó a la consecución de los objetivos de la intervención. Los elementos destacados fueron: encuadre claro, espacio seguro, proximidad, confianza, ir en una misma dirección, observar las necesidades del paciente y tolerar su ritmo. Las limitaciones presentadas por la paciente con DI, a la que se le realizó la intervención, dificultaron la integración del encuadre. Sin embargo, estos elementos se fueron integrando progresivamente, gracias a la utilización de una estructura clara y de la repetición mediante la incorporación de estos instrumentos en los rituales de inicio y final de la sesión.

LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA DANZA MOVIMIENTO TERAPIA CON PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Estudio de caso

THERAPEUTIC ALLIANCE IN DANCE/MOVEMENT THERAPY WITH PATIENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY.

Case study

Silvia Barnet-Lopez^{1*}, Meritxell Pacheco¹, Heidrun Panhofer²,
Peter Zelaskowski², Susana Pérez-Testor^{1,2} y Myriam Guerra-Balio¹

¹Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE) - Blanquerna.

Universitat Ramon Lull.

²Universitat Autònoma de Barcelona.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Barnet-Lopez, S., Pacheco, M., Panhofer, H., Zelaskowski, P., Pérez-Testor, S. y Guerra-Balio, M. (2016).

La alianza terapéutica en la danza movimiento terapia con pacientes con discapacidad intelectual. Estudio de caso. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 233-251.

Resumen

Presentamos un estudio de caso cualitativo descriptivo. La participante es una mujer de 39 años con Discapacidad Intelectual, específicamente Síndrome de Down, que realizó una intervención individual en Danza Movimiento Terapia (DMT). Los objetivos del estudio son: (1) conocer los elementos relevantes de la Alianza Terapéutica (AT) que se estableció durante la intervención consistente en 19 sesiones en DMT y (2) observar si estos elementos de la AT contribuyen al éxito de los objetivos de la intervención. Los objetivos de la intervención fueron: aumentar el conocimiento del propio cuerpo, aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración, mejorar la comunicación y la relación con el otro y fomentar la iniciativa, la creatividad, la seguridad y su autonomía. El terapeuta realizó notas de campo para recoger los elementos más importantes del caso en relación a la construcción de la AT y de los objetivos de la intervención. Posteriormente se realizó un análisis de contenido. Los resultados muestran que se construyó una AT saludable, lo cual permitió alcanzar los objetivos de la terapia. Así mismo, este estudio de caso es una aportación al ámbito de la DMT, que nos permite conocer mejor el trabajo realizado en este tipo de intervenciones.

Palabras clave: Relación terapéutica, Alianza terapéutica, Discapacidad intelectual, Danza Movimiento Terapia.



Abstract

This is a qualitative descriptive case study. The participant was a woman of 39 years with Intellectual Disability, specifically Down syndrome, who performed an individual intervention in Dance/Movement Therapy (DMT). The objectives of this study were: (1) to know the relevant elements of the Therapeutic Alliance (TA) which was established during the therapeutic process for 19 sessions DMT and (2) to observe if these elements of the TA contributed to the success of the objectives of the intervention. The objectives of the intervention were: to increase knowledge of her own body, to increase impulse control and frustration tolerance, to improve communication and relationship with the others and encourage initiative, creativity, security and autonomy. The therapist got field notes to collect the most important elements of the case in relation to the construction of the AT and objectives of the intervention. Later, it was performed a content analysis. The results showed that a healthy AT was constructed, which allowed achieving the objectives of the therapy. Additionally, this case study becomes contribution to the field of DMT and it allows us to better understand the work developed in these interventions.

Keywords: *Therapeutic relationship, Therapeutic alliance, Intellectual disability, Dance Movement Therapy.*

INTRODUCCIÓN

Presentamos el estudio de un caso en Danza Movimiento Terapia (DMT) en una paciente con Discapacidad Intelectual (DI). Este trabajo se enfoca en conocer los elementos relevantes de la Alianza Terapéutica (AT) que se estableció durante el proceso terapéutico durante 19 sesiones.

Danza Movimiento Terapia

La DMT se encuentra dentro de las terapias creativas, como la arteterapia o la musicoterapia, las cuáles han demostrado su eficacia en la contribución de cambios de nivel psicológico y relacional sobretodo en personas que presentan dificultades a la hora de expresar o de elaborar conflictos personales (Rodas, 2015). A través de algunas de las terapias creativas se ha utilizado el movimiento del cuerpo y los gestos en conjunto con la creatividad y la espontaneidad de los sujetos, como medios para llevar a cabo una intervención (Arregui, 2010).

La DMT es definida como “una especialidad en psicoterapia que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo” (Panhofer, 2005, p.50). Está presente una interacción contante entre el cuerpo y la mente (Vella y Torres, 2012).

Se considera el movimiento como un medio que utiliza la DMT para intervenir y provocar el cambio psicológico en las personas en todas sus áreas (cognitivas, emocionales, físicas y relacionales) ayudado por la danza y también el lenguaje (Rodas, 2015). Es una herramienta de expresión y comunicación que permite transmitir emociones, sentimientos, pensamientos y vivencias (Ballesta, Vizcaino y Mesas, 2011; Laban, 1978). Fischman (2005) afirma que la atención en la conciencia de los estados corporales viene de las variaciones del movimiento o acción corporal. Todo ello contribuye a la reconexión o al descubrimiento de estados corporales internos, sensaciones, emociones y sentimientos. Así pues, permite una expresión más libre del sujeto a través de elementos creativos, sin forzar un razonamiento previo, favoreciendo una conexión terapeuta-paciente más próxima (Hurley, Tomasulo y Fadt, 1998).

Borja y Solís (2012) proponen la intervención a través de la danza y la música para mejorar la comunicación y aumentar el conocimiento del propio cuerpo en personas con DI.

Otros estudios también ponen de manifiesto las aportaciones de la DMT en población con DI a nivel emocional y de esquema y conocimiento corporal (Barnet-López, Pérez-Testor, Cabedo-Sanromá, Gozzoli, Oviedo, y Guerra-Balic, 2015; Levy, 1988). A pesar de observar un aumento en las investigaciones en este ámbito, la DMT es una de las terapias creativas menos conocida y aplicada en estudios científicos por ello es importante incrementar las evidencias científicas en este campo (Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., y Cruz, R., 2014).

Una de las pioneras de la DMT, Marian Chace, afirma que la DMT en DI será importante que el terapeuta tenga un estilo directivo y muy activo, interactuando

con la persona en movimiento y verbalmente. Destacamos la técnica de la repetición como una herramienta eficaz de trabajo y la técnica de espejar, donde el terapeuta logra una conexión con el paciente a nivel emocional; pudiendo comprenderlo y aceptarlo en el punto en que este se encuentra, ofreciendo de esta manera al paciente una escucha que permite validar la experiencia del mismo (Chace, 1953; Levy, 1992,1988). Se pueden utilizar distintos materiales como cuerdas, telas o pelotas, orientados a ampliar el vocabulario de movimiento y que también facilitarán la comunicación de la persona, su interacción con el grupo, la exploración a través del juego y la relación terapéutica (Panhofer, 2005).

La relación del terapeuta y del paciente en la DMT involucra relevantes elementos como el contacto físico y la proximidad ya que se crea un dialogo entre el cuerpo del paciente y el del terapeuta (Mac Donald, 1992). Así pues, se considera que una “psicología de dos personas, es en realidad, una psicología de dos cuerpos, y no se trata sólo de un encuentro de mentes sino de personas que incluyen cuerpos” (Aron, 1999, p. 267). El encuentro terapéutico permite una nueva forma de relación donde paciente y terapeuta construyen una manera propia de interactuar y de comunicarse (Sassenfeld, 2008).

Discapacidad Intelectual

Según el DSM-V la DI es un trastorno del neurodesarrollo que incluye tres criterios básicos: (1) Déficits en el funcionamiento intelectual, (2) déficits en el funcionamiento adaptativo, (3) inicio en el período de desarrollo. Según el nivel de afectación en las áreas: conceptual, social y práctica, se establecen los siguientes niveles de gravedad: Leve, Moderado, Grave, Profundo (AAIDD, 2010; American Psychiatric Association, 2013).

Según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, Existen diversas causas de DI, como las cromosomopatías, donde estará incluido el Síndrome de Down (AAIDD, 2010).

Alianza Terapéutica

Se considera que la psicoterapia no se podría concebir sin el establecimiento de una relación entre paciente y terapeuta (Corbella, Balmaña, Fernández-Álvarez, et al., 2009). Uno de los elementos más relevantes de la relación terapéutica es la Alianza Terapéutica (AT) considerada como uno de los mejores predictores de eficacia de los resultados en psicoterapia (Andrade, 2005; Horvath y Bedi, 2002). Corbella y Botella (2003) en su estudio refieren que la importancia que se ha atribuido a la AT en las investigaciones pone de manifiesto la importancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. Se considera que la AT será un factor facilitador para el desarrollo del proceso terapéutico, y por lo tanto mejorará la sintomatología de la persona (Botella y Corbella, 2011).

El concepto de AT ha ido evolucionando (Corbella y Botella, 2002). Greenson (1967) nombró por primera vez este concepto. Posteriormente Bordin (1979)

desarrolló y conceptualizó los tres elementos que la componen: acuerdo de las tareas, acuerdo en las metas y vínculo positivo. Debe existir un acuerdo entre pacientes y terapeuta para poder trabajar con el mismo objetivo, y las dos partes tienen un papel activo en la terapia (Andrade, 2005).

Se han realizado diversas investigaciones en relación a la importancia de la AT y los elementos que la componen (Etchevers, Garay, Korman, González, y Simkin, 2012). Horvath (1981) demostró que existía correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el paciente, y por otro lado algunos aspectos relacionados con la alianza. Peshken y Johnson (1997) afirmaron que las "actitudes facilitadoras" constituyen la construcción de la AT. Además demostraron la correlación positiva entre la confianza depositada por el terapeuta y la condiciones facilitadoras, correlacionando el segundo elemento con la confianza del paciente.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) hablan de la confianza básica como un elemento que se fomenta a través de la empatía, aceptación y autenticidad. La definen como una percepción del paciente hacia la relación que establece con el terapeuta, la cual considera buena y segura, pudiendo expresarse con más libertad con el objetivo de encontrar una solución. La colaboración terapéutica de las dos partes es esencial para poder trabajar en equipo.

Watson y Geller (2005) consideran que los terapeutas que muestran empatía, congruencia y aceptación por sus pacientes podrán desarrollar una mejor negociación de los objetivos terapéuticos, y por lo tanto una construcción más positiva del vínculo entre ambos.

En el caso que presentamos deberemos tener presentes posibles dificultades relacionales que afectarán a la AT. La relación terapéutica se ve influenciada por algunos factores previos e independientes de la terapia, como variables del paciente en relación a la severidad del cuadro clínico, o sus conductas de apego en sus primeros años, así como sus habilidades adquiridas a nivel relacional, o sus experiencias o actitudes previas (González, 2005). Por lo tanto, en este caso las limitaciones cognitivas, relacionales y de lenguaje serán elementos a tener muy presentes durante la creación de la AT. En DI estamos trabajando con un tipo de población donde encontraremos personas y/o grupos muy heterogéneos, ya que existe un amplio abanico de niveles de funcionamiento, de discapacidades y de cualidades (Jané, 2004).

OBJETIVO

Los objetivos principales son: (1) identificar los elementos relevantes de la Alianza Terapéutica que aparecen a lo largo de una intervención en Danza Movimiento Terapia en un caso con Discapacidad Intelectual y (2) observar si estos elementos de la Alianza Terapéutica contribuyen al éxito de los objetivos de la intervención.

Los objetivos específicos son: (1) describir el proceso terapéutico de una intervención en Danza Movimiento Terapia con Discapacidad Intelectual y (2)

observar la evolución de los objetivos de la intervención a lo largo del proceso terapéutico en un caso de Danza Movimiento Terapia con Discapacidad Intelectual.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, concretamente un estudio de caso descriptivo. Definimos el estudio de caso como “la examinación o investigación de forma intensiva, detallada y profunda de una unidad simple: el caso” (Luck, Javkdon y Usher, 2006, p. 104).

La selección del caso fue por conveniencia (Miles y Huberman, 1994). Tal y como afirma Starman (2013) nos encontramos delante de un estudio diacrónico, ya que se sigue un caso a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, analizando y observando los cambios que se producen en el paciente como resultado de la intervención.

Este estudio ha sido respetuoso con los principios éticos que rigen cualquier investigación realizada con seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964). Se ha preservado el anonimato del paciente y del centro.

Descripción del participante

Mujer de 39 años a la que llamaremos Lucía. Lucía está diagnosticada de Síndrome de Down. No toma medicación. Vive con sus padres. Tiene dos hermanos mayores que viven en un país extranjero. Le gusta escuchar música, ver la televisión y practicar aerobio. Los educadores y la psicóloga del centro de terapia ocupacional destacan: (1) Dificultades en la relación con el otro. (2) Falta de tolerancia a la frustración: “sólo hace lo que ella quiere”. (3) Rigidez corporal: “esta en constante tensión”.

Previamente a la intervención el terapeuta realizó observaciones de Lucía en el taller ocupacional. Presentamos un resumen de sus consideraciones:

- A nivel corporal: cuerpo rígido con postura tensa, destaca su nivel de energía inconstante y su dificultad para estar quieta. Su repertorio de movimiento es reducido y destacan patrones repetitivos de movimiento: frotar sus manos, tocarse el pelo y mirarse su mano izquierda.
- A nivel relación: “suele mirar hacia abajo cuando no le gustaba algo”, “su rostro es muy expresivo cuando no está de acuerdo con algo”, aunque permite la proximidad del otro pero solamente cuando necesita alguna cosa; presenta muchas limitaciones en el lenguaje oral y permite el contacto visual y físico, si bien solamente de las personas que ella escoge.

A partir de las necesidades detectadas en Lucía, se decidió trabajar con ella mediante DMT, puesto que este tipo de terapia facilita la expresión emocional, fomenta la conexión entre el cuerpo y la mente y, además, propicia la ampliación de registros de movimientos proporcionando un mayor conocimiento del propio cuerpo (Fischman, 2005).

Instrumento

El terapeuta realizó notas de campo (Gibbs, 2007), anotaciones no continuadas, durante y después de cada una de las sesiones de la intervención, para recoger los elementos más importantes del caso en relación a la construcción de la AT y de los objetivos de la intervención.

También se realizaron supervisiones del caso con un terapeuta experto en estudios de caso dentro de la disciplina de la DMT.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis de contenido (Ruiz, 1996) para analizar las notas de campo. Concretamente se utilizó un método deductivo.

En primer lugar se determinaron los elementos relevantes de la AT según las referencias consultadas, diferenciando entre aquellos elementos que ayudaron al vínculo (P) y aquellos que lo dificultaron (N) (Bordin 1979,1994; González, 2005; Horvath y Greenberg, 1989; Rogers y Resenberg, 1981; Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhuesa, 1989).

Así pues, se obtuvieron diferentes categorías para analizar la construcción de la AT y evolución de los objetivos trabajados en la intervención (ver tabla 1).

Tabla 1
Tabla de categorías

Elementos relacionados con la AT (P o N)	<ul style="list-style-type: none"> - capacidad de tolerar cierto grado de frustración - confianza básica y/o aceptación - identificación con las metas de la intervención - metas y objetivos comunes - capacidad de vincularse y/o empatía - actitud de interés - acogida de la demanda del paciente - integración de elementos del encuadre, - permitir o iniciar contacto - tolerar la proximidad - validar la experiencia del paciente y autenticidad (congruencia y coherencia).
En la sesión	elementos destacados de la sesión en relación a las actividades propuestas para trabajar los objetivos de la intervención.
Su movimiento	cambios a nivel corporal y de expresión no verbal (cualidades del movimiento)
Anotaciones	pensamientos del terapeuta, observaciones complementarias o cambios que aparecen a lo largo de las sesiones

Posteriormente procedimos a la lectura del diario de campo y se identificaron las categorías mencionadas en la Tabla 1. Luego el mismo experto supervisor del caso realizó la revisión de los resultados obtenidos, estos no se consideraron

definitivos hasta lograr un acuerdo interjueces en cada una de las categorías.

Intervención

La intervención se realizó en el contexto de un taller ocupacional en el que Lucía asistía diariamente. Se planificaron 19 sesiones individuales de DMT de 60 minutos cada una y desarrolladas con periodicidad semanal. Las sesiones se estructuraron según el Modelo de Chace (1953):

1. Bienvenida.
2. Calentamiento: Preparamos el cuerpo para el movimiento:
 - Movimientos enfocados a elevar la temperatura corporal, como la marcha rítmica.
 - Movilización de grandes articulaciones del cuerpo, con movimientos como rotaciones o flexiones, y siguiendo un orden que favorezca el movimiento de todas las partes del cuerpo.
 - Un calentamiento específico centrado solamente en aquellos músculos y articulaciones que se utilizarán más en la sesión.
3. Transición-Proceso: Trabajamos con la paciente dentro de un proceso no-directivo a través de la creatividad, su simbolización, juegos y/o bailes.
4. Relajación: Se realiza si el terapeuta lo considera necesario para la paciente.
5. Cierre: Momento de vuelta a la calma. Un espacio de contención, de intercambio, de reflexión y de integración de las temáticas emergentes en el proceso.

Se formularon los siguientes objetivos de intervención:

1. Aumentar el conocimiento del propio cuerpo.
2. Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración.
3. Mejorar la comunicación y la relación con el otro.
4. Fomentar la iniciativa, la creatividad, la seguridad y su autonomía.

Estos objetivos fueron empleados para plantear los contenidos principales de la intervención, teniendo presentes las limitaciones de Lucía.

Se proporcionó a Lucía un espacio contenido para aumentar su seguridad y también se propusieron diferentes rutinas o rituales. Se exploraron diferentes maneras de entrar en contacto en la relación; se puso el foco en cómo cuidar el espacio y en clarificar los elementos que fueron configurando el encuadre. Se reforzó a Lucía positivamente lo cual permitió que fuera cogiendo más iniciativa. Se utilizó la música herramienta facilitadora en la relación, ya que Lucía mostraba mucho interés por algunas canciones, y también como una herramienta de apoyo tanto a nivel de estímulo como de estructura.

RESULTADOS

A continuación realizaremos un recorrido por el proceso terapéutico en el que observaremos los diferentes "momentos de encuentro" (Stern et al., 1998, p. 5) entre

Lucía y el terapeuta vinculados a la AT, y destacaremos los momentos de cambio asociados (para mayor información ver apéndice).

Primeras sesiones: Inicio del proceso

Estaban muy presentes las conductas obsesivas y de negación (ver apéndice Tabla 2 y 3), pero durante el proceso Lucía pudo explorar otras alternativas y tolerar mejor la frustración. Referente a la AT destacamos que, a pesar de que la primera sesión se centra en establecer el vínculo terapéutico saludable, el terapeuta parece ser invisible para Lucía. Además, como se aprecia en la Tabla 2, Lucía presenta dificultades en la integración de elementos del encuadre (ver apéndice Tabla 2).

En las sesiones dos y tres Lucía parece estar más presente en lo que sucede en su entorno y empieza a reconocer el espacio, elementos que contribuyen a una buena AT. También muestra movimientos repetitivos que parecen darle seguridad, como el balanceo y los giros. Al final de las sesiones, se propone un espacio de relajación donde se realiza un pequeño masaje de pies que permite observar que Lucía muestra un pensamiento muy concreto: para ella el masaje es para los calcetines y no parece comprender que detrás de ellos están sus pies (ver apéndice Tabla 2).

Destacan sus movimientos repetitivos, además de un registro de movimiento muy limitado. Se empezará a trabajar desde el punto en que ella se encuentra, teniendo presente sus limitaciones y puntos fuertes (ver apéndice Tabla 2 y Tabla 3).

Desarrollo del proceso

Lucía empieza a integrar los elementos del encuadre y a establecer rituales, al inicio y al final de la sesión. Se observan más momentos de interacción entre terapeuta y paciente. Lucía en algunos momentos se dirige al terapeuta; al final de la sesión esperándola para salir del aula, le dice “vamos” y señala la puerta de salida (ver apéndice Tabla 4).

Se observan elementos que permiten ir avanzando en el proceso y que facilitan la buena AT, incrementando los intercambios entre paciente y terapeuta. Referente a los objetivos de la intervención se pueden ver algunos cambios a nivel corporal. El cuerpo de Lucía en algunos momentos parece menos rígido y permite la introducción de pequeños cambios en su movimiento a partir de sus movimientos repetitivos como son los giros. Lucía empieza a compartir y a hacer más participe a el terapeuta de lo que sucede (ver apéndice Tabla 5). Se ve a Lucía más segura y empieza a coger más autonomía queriendo hacer cosas por ella misma, se atreve a proponer movimientos para el calentamiento, parecidos a los trabajados en anteriores sesiones (ver apéndice Tabla 6).

Con las propuestas en movimiento puede experimentar otro tipo de movimientos, como por ejemplo un flujo más libre. También observamos un cambio en el espacio. Lucía utiliza toda la sala, tanto el espacio directo (centrándose en un foco de atención), como el espacio indirecto (utilizando el espacio de forma más flexible pasando por todas las partes de la sala e incluso en algún momento desorientándose).

Este momento del proceso destacamos: el hecho de compartir en la sesión, aceptar propuestas y poder trabajar en la misma dirección terapeuta y paciente (ver apéndice Tabla 6).

En la sesión 12 Lucía coge la caja de los colores de manera brusca, la caja se rompe y los colores caen. Delante de una situación que no esperaba se queda bloqueada sin saber cómo reaccionar y parece que no presta atención a las palabras del terapeuta. El terapeuta pone palabras a lo sucedido, pero no se observa ninguna reacción, Lucía mira al suelo y su mirada parece perdida. Posteriormente, la sesión continúa y ella parece no estar presente. La situación recuerda a una de las sesiones iniciales. Al final de la sesión Lucía parece que puede conectar con lo sucedido y explica que uno de los educadores se enfadó con ella por una situación parecida (ver apéndice Tabla 7).

En los siguientes encuentros Lucía sigue teniendo una actitud activa y con una mayor iniciativa dentro de la sesión. Lucía vuelve a tirar la caja de colores; esta vez también queda unos instantes bloqueada pero puede escuchar al terapeuta y recogemos los colores con su ayuda. Se la observa tranquila y puede seguir con la sesión estando más presente en esta ocasión (ver apéndice Tabla 8).

La sesión 15 fue como retroceder al inicio. El terapeuta parece invisible y al mismo tiempo destacaba la rigidez corporal y movimientos de giros repetitivos con balanceo (ver apéndice Tabla 9).

En los encuentros posteriores se proponen diferentes opciones para trabajar en movimiento. Se trabajan aspectos como el ritmo (corporal y con instrumentos de percusión) que ayuda a Lucía a crear una estructura e ir cogiendo seguridad, y luego poder ir explorando ritmos nuevos para ella. Además, a través de juegos con ritmos, Lucía puede escuchar los ritmos de el terapeuta y responder a ellos, encontrando nuevas formas de comunicación más allá de la palabra. Lucía descubre una nueva manera de relacionarse (sustentada por un encuadre y unos límites), y un vínculo en el que ella puede ofrecer al otro y disfrutar del aquí y del ahora. Se establece una relación diferente a las relaciones del taller donde Lucía solamente se comunica cuando necesita ayuda (ver apéndice Tabla 10).

Última sesión: El cierre del proceso

La última sesión fue planteada teniendo presentes los rituales que se habían ido creando en el proceso, y se compartieron canciones y movimientos representativos. El terapeuta puso palabras a lo que iba sucediendo recordando que era el día del cierre. Lucía mostró una actitud más cercana e inició en diferentes momentos movimientos con contacto físico (ver apéndice Tabla 11).

DISCUSIÓN

Este estudio de caso es un ejemplo del por qué no podemos entender la terapia sin entender la relación que se establece entre paciente y terapeuta. Se observa cómo la AT se crea tanto gracias a la implicación del paciente como del terapeuta

(Andrade, 2005). Están presentes en este caso algunos de los elementos esenciales para una AT saludable: encuadre claro, espacio seguro, proximidad, confianza, ir en una misma dirección y, sobre todo, observar lo que el paciente trae sesión tras sesión, trabajar en relación a sus necesidades y tolerar su ritmo (Bordin 1979,1994; González, 2005; Horvath y Greenberg, 1989; Rogers y Resenberg, 1981; Winkler, et al., 1989).

En este caso, a pesar de estar presentes limitaciones cognitivas, intelectuales y de lenguaje, el elemento relacional va más allá de ellas. La capacidad para comprender al otro es algo que está en la naturaleza de cada persona independientemente de sus características (Fischman, 2005). Así pues, la AT se fue construyendo y reforzando durante todo el proceso, y esto contribuyó a la consecución de los objetivos de la intervención:

- Aumentar el conocimiento del propio cuerpo: El trabajo del esquema corporal y el explorar nuevas cualidades de movimiento como un flujo corporal más libre, posibilitaron disminuir la rigidez corporal de Lucía (Laban, 1987), además de aumentar el conocimiento de su cuerpo (Barnet-López, et al., 2015).
- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración: Durante las sesiones ofrecimos a Lucía alternativas para disminuir sus conductas obsesivas y de negación; ella pudo aceptar bien algunas de las propuestas. Lucía fue descubriendo una nueva manera de relacionarse con el otro, pudo aumentar su tolerancia y disminuir su impulsividad frente a situaciones nuevas y/o que le provocaban frustración.
- Mejorar la comunicación y la relación con el otro: Lucía presentaba muchas limitaciones en la comunicación y la relación. Durante el proceso terapéutico Lucía exploró nuevas maneras de comunicación (Hurley, et al., 1998); se fomentó el lenguaje no verbal con los ritmos, los sonidos y el movimiento.
- Fomentar la iniciativa, creatividad, seguridad y autonomía: El aumento del conocimiento corporal y del registro de movimiento incrementó la seguridad, autonomía e iniciativa de Lucía; observamos a Lucía cada vez más participativa. Además se fomentó la creatividad gracias a la utilización de materiales muy diferentes que permitieron a Lucía explorar nuevos movimientos como por ejemplo pelotas, telas o diferentes estilos de música (Panhofer, 2005).

Se observa que la creación de la AT fue saludable. Las propuestas de Lucía eran escuchadas y reforzadas, pero también había espacio para escuchar al otro y para tolerar sus intereses o propuestas. Como hemos visto en las primeras sesiones Lucía no buscaba el contacto con el terapeuta y parecía no integrar nada de lo que había a su alrededor. Pero a partir de la sesión cuatro Lucía empezó a integrar elementos del encuadre y a establecer rutinas y rituales en la sesión, como quitarse los zapatos o sentarse para empezar la sesión.

En las sesiones aparecieron rituales tales como el *baile de despedida* o como *el masaje de pies*, también la construcción de un lenguaje propio como el *pam, pam* que simboliza el calentamiento o *la mirada hacia el suelo* cuando Lucía quería expresar que algo no le gustaba. Así pues, el terapeuta y Lucía fueron construyendo en sus encuentros su propia manera de interactuar, tal y como sostiene Sassenfeld (2008).

A medida que avanza el proceso, elementos como el contacto físico y la proximidad fomentan la construcción de nuevos diálogos (Mac Donald, 1992). Lucía muestra que tiene la capacidad para vincularse al otro y establecer cierta confianza. En la mitad del proceso vemos a una Lucía que busca la proximidad y aumenta su contacto visual. Se muestra más receptiva a lo que sucede en su entorno y acepta algunas de las propuestas del terapeuta. Referente al contacto físico, se da en muy pocas ocasiones; aparece por primera vez en la sesión diez, cuando al terminar la sesión Lucía se acerca al terapeuta, coge su cara con una mano y después le da un beso de despedida.

Lucía experimentó otro tipo de vínculo diferente al que solía establecer con sus compañeros o educadores del centro. Una comunicación más allá de las demandas de Lucía, donde los intereses del otro también pueden estar presentes. La aplicación de la técnica de espejar (Chace, 1953; Levy, 1992) le permite al terapeuta conectar con las necesidades de movimiento de Lucía y a Lucía empezar a tener presente al terapeuta durante las sesiones. Los momentos de juego compartido fomentaron la comunicación expresiva y comprensiva, y el trabajo con ritmos fue una buena herramienta para trabajar el intercambio comunicativo con Lucía a nivel no verbal. Todo ello en un espacio con unos límites y un encuadre determinado que podía hacer la función contenedora para Lucía. Así mismo el trabajo a través del movimiento, de la expresión no verbal, permitió a Lucía una nueva manera de relación que contribuyó en lograr el éxito en los objetivos terapéuticos, a pesar de sus limitaciones cognitivas y expresivas, coincidiendo con las aportaciones de Rodas (2015).

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Este trabajo presenta las siguientes limitaciones; la utilización de un solo instrumento (notas de campo) y la imposibilidad de generalizar los resultados, ya que como estudio de caso se centra en la particularidad y en la profundización del caso. Así mismo se proponen para futuras líneas de investigación la realización de un estudio de casos múltiples incorporando otros instrumentos para complementar el análisis, como podría ser un registro de observación.

CONCLUSIONES

Este estudio es una contribución al ámbito de la DMT. La descripción en profundidad del caso nos permite conocer mejor el trabajo que realiza la DMT en personas con DI.

Los elementos relevantes de la AT que aparecieron a lo largo de la intervención

fueron: creación de un espacio seguro, integración de los elementos del encuadre, aumento de la confianza, tolerancia del ritmo de Lucía, seguir paciente y terapeuta una misma dirección. Debemos destacar que las limitaciones de Lucía debido a la DI dificultaron la integración del encuadre, por ello consideramos que la repetición de algunos elementos como por ejemplo los rituales de bienvenida y una estructura muy clara y marcada a lo largo de las sesiones son elementos especialmente importantes en este tipo de población.

Se construyó una AT saludable, lo cual permitió alcanzar los objetivos de la terapia: se observa un aumento del esquema corporal y un mayor conocimiento de su propio cuerpo, Lucía aumentó su tolerancia a la frustración en diferentes momentos y mostró un aumento en el control de impulsos, además incrementó la comunicación y aumentó la relación con el terapeuta, finalmente también observamos en el análisis de las sesiones un aumento en la iniciativa, la creatividad, la seguridad y la autonomía a medida que la intervención avanza.

Apéndice

Tabla 2

Se inicia el proceso: Sesión 1.

Allianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Falta de tolerancia frustración (N)	Desorientación	Utiliza solo una pequeña parte del espacio	Soy invisible
Clarificación de algunos elementos del encuadre horario, espacio, estructura sesión (P)	No acepta propuestas y/o se cansa muy rápido de ellas	Destaca el movimiento de balanceo que Lucía repite durante gran parte de la sesión	Siento inseguridad
No integración de elementos del encuadre (N)	Entado cuando no se hace lo que ella quiere	No existe contacto visual	Frustración de mis expectativas iniciales

Tabla 3
Primeras sesiones del proceso: Sesiones 2 y 3.

Allianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Inicio contacto visual, busca con la mirada en algún momento a el terapeuta (P)	La repetición le da seguridad	Imitación – puntual y con movimientos pequeños	Mareo – angustia
Empez a reconocer el espacio (P)	Enfado	Balaneo y Giros	Interés por comprender su mundo
Sigue sin tolerar la frustración (N)	Relajación – Dificultad	Falta de conocimiento corporal	
El terapeuta en un momento de la sesión decide espejarla para empatizar mejor con ella (P)	Elementos - Zapatos		
No tolera el contacto físico y muy poco contacto visual (N)			

Tabla 4
Desarrollo del proceso: Sesiones 4, 5 y 6

Allianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración de algunos elementos del encuadre (P)	Ritual – zapatos – introducción del calendario	Giros – propuesta de combinar.	Ternura – ganas de protegerla
Cuida el espacio (P)	Acoge mejor mis propuestas – falta atención y motivación	Flujo contenido – rigidez, respiración, tensión cuello.	Objetivos pequeños importancia vínculo terapéutico
Se dirige a el terapeuta - pedir su canción – contacto visual (P)	Despedida – «vamos»	Espacio Indirecto: mirada perdida – mira mano izquierda	Marcar límites
Tolerancia a la frustración: acepta alguna propuesta como las canciones – «hay un espacio para sus canciones y también hay un espacio para mis canciones» = (N)			

Tabla 5
Desarrollo del proceso: Sesiones 7 y 8

Allianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Recibe mejor los límites y la negación de sus demandas (P)	Estructura: zapatos – sentarnos – calendario	Balaneo – Giros: menos rigidez	Repetición – registros de movimiento muy reducido
Diálogo breve en movimiento (P)	Pide su canción	Busca el contacto visual y la comunicación con el otro	Sentía que en algunos momentos me incluía
Presente y colaboradora (P)	Calentamiento – sigue la propuesta	Combinación de Espacio Directo (marcha rítmica) e Indirecto (giros)	Masaje pies – indicador positivo de contacto con ella misma
Tolera el contacto con el propio cuerpo (P)	Percusión – pregunta respuesta Marcha rítmica - explorar el espacio Masaje pies		

Tabla 6
Desarrollo del proceso: Sesiones 9, 10 y 11

Allianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración elementos del encuadre (P)	Iniciativa -"yo sola" Inicia calentamiento: "pam pam"	Balaneo aceptando pequeñas modificaciones	Antes de salir coge mi barbilla y me da un beso, sale rápidamente de la sala
Cuida el espacio (P)	Propone movimientos – "como yo" – coge mi mano:	Tensamos – Relajamos	Está más presente en el espacio – más abierta al exterior
Confianza (P)	"¿bailamos?"	Destaca el peso firme	
Tolera mejor la frustración (P)	Acepta propuestas Bailamos juntas Pide masaje pies - Contacto corporal	Pañuelos: Flujo más libre y un tiempo más sostenido Ampliación registro movimiento – Iniciar/Parar	Juntas compartiendo algo más que el mismo espacio

Tabla 7
Desarrollo del proceso: Sesión 12

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Falta de tolerancia a la frustración (N)	Calendario: Rompe los colores	Mirada al suelo Giros – Balanceo	El incidente de los colores la ayuda a conectar con la discusión con X
Proximidad: Inicia y tolera (P)	No acepta ninguna propuesta	Check - Out: Busca contacto visual,	
Dificultad en resolución de problemas (N)	Masaje pies: Verbalización – "A se enfadó conmigo , no me gusta"	cuerpo menos rígido: flujo libre y peso ligero	
Capacidad para relacionar lo que pasa en sesión con otros momentos de su vida (P)			

Tabla 8
Desarrollo del proceso: Sesiones 13 y 14

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Toma iniciativa (P)	Calendario – Tira los colores y los recoge	Propone movimientos dentro de su registro habitual	Reflejar – Giros (me hacen sentir perdida)
Capacidad de tolerar cierto grado de frustración (P)	No acepta propuestas	experimentar nuevos movimientos con mis propuestas	Me siento satisfecha porque la estructura de las sesiones están dando a Lucía más seguridad de sentirse capaz y tomar iniciativa "yo sola"
Busca proximidad (P)	Se sienta en el suelo – masaje pies y me explica que ha dormido poco		
Muestra confianza (P)	Liderazgo – imitación Control Impulsos – caja china		Pequeños cambios

Tabla 9
Desarrollo del proceso: Sesión 15

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
No busca el contacto (N)	Calendario – dedicamos tiempo	Giros y Balanceo	Frustración – conecto con las primeras sesiones con Lucía
No escucha ni acepta ninguna propuesta (N)	Solo quiere dar vueltas Dialogo – percusión Integramos la percusión a sus giros	Destaca rigidez corporal: flujo contenido y peso firme	

Tabla 10

Desarrollo del proceso y preparación para el cierre: Sesión 16 -17 y 18

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración del encuadre (P)	Preparamos juntas la sala – Ritual	Sobre su eje vertical: centro corporal, más abierta al espacio	Satisfacción por poder desarrollar una propuesta
Confianza y aceptación (P)	Calendario – Caen colores "que bien, venga va" (sonríe) – Me hace una caricia	Cuerpo menos rígido – más relajado	Siento otra energía en nuestro vínculo
Capacidad de vincularse (P)	Calentamiento compartido: esquema corporal / colocación del cuerpo	Aparece la mano izquierda en los giros pero en poco momentos	
Proximidad (P)		Giros – más abiertos	Tristeza por el cierre
Inicia interacción (P)	Marcha rítmica – Nuestro eje/centro	Flujo menos contenido	Incertidumbre respecto la última sesión
Aumento autonomía (P)	Diálogo instrumentos percusión "yo sola" y percusión corporal		
Aprendizaje – resolver algunas situaciones (P)	Masaje pies y Canción despedida		

Tabla 11

Cierre del proceso: Sesión 19

Alianza Terapéutica	En Sesión	Su Movimiento	Anotaciones
Integración elementos encuadre (P)	Preparamos juntas la sala – Rituales –	Cuerpo menos rígido, cuello menos inclinado.	Dibujo: Algo físico para ayudarlo a cerrar
Capacidad de vincularse (P)	Verbalizo que es la última sesión	Respiración más amplia	
Capacidad de tolerar la frustración (P)	Dibujamos nuestras manos	Se observa combinación: flujo libre y contenido	Los pequeños cambios
Proximidad – Inicia contacto (P)	Despedida. "pequeña fiesta"	Kinestera personal y general ampliada	
	Masaje pies y canción despedida	Giros	

Agradecimientos

A la Fundació Blanquerna (FPCEE Blanquerna de la Universitat Ramon Lull) por la beca de investigación concedida. A la formación de Master de DMT (Universitat Autònoma de Barcelona). Y a Lucía.

Referencias bibliográficas

- AAIDD (2010). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 5). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clinica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Aron L. (1999) Afterword. En: Mitchell S. Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition*. The Analytic Press, New Jersey.
- Arregui, I. (2010). La técnica del psicodrama utilizada en adolescentes, como medio para prevenir el maltrato en el aula de clases: trabajo de campo. Colegio Nacional Cumbayá.
- Asociación Médica Mundial. (1964) *Principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos. XVII Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial*. Helsinki, Finlandia.
- Ballesta, A. M., Vizaño, O., y Mesas, E. C. (2011). El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas. *Arte y políticas de identidad*, 4, 137-152.
- Barnet-López, S., Pérez-Tector, S., Cabedo-Sarromá, J., Gozzoli, C., Oviedo, G. R., y Guerra-Balio, M. (2015). Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 135-149. doi: 10.1007/s10465-015-9201-1.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.B, y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. *The working alliance: Theory, research and practice*, 13-37.
- Borja, V., y Solís P. (2012). Taller de música y danza: Expresión Corporal en un centro de apoyo a la integración de personas con discapacidad intelectual. *EmásF: revista digital de educación física*, 14, 52-59.
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, (101), 21-34.
- Chace, M. (1953). Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 219-225.
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Álvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., y García, F. (2009). estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 125-133.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Étchevers, M., Garay, C. J., Koronan, G. P., González, M. M., y Simkin, H. (2012). Principales desarrollos y enfoques sobre alianza y relación terapéutica. *Anuario de Investigaciones*, 19(1), 225-232.
- Fiscimani, D. (2005). Danza Movimiento Terapia. Encarnar, enraizar y empatizar. Construyendo los mundos en que vivimos. *Congreso de Artes del Movimiento*, IUNA: Buenos Aires.
- Gibbs, G.R. (2007). *Analysing qualitative data*. London : Sage Publications.
- González, N.A. (2005). La alianza terapéutica. *Clinica y Salud*, 16(1), 9-29.
- Greenson, R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International.
- Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the working Alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. U. British Columbia, Vancouver, Canadá.
- Horvath, A.O., y Bedi, R.P. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. 37-70.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

- Hartley, A., Tomasulo, D. y Fadt, A. (1998). Individual and group psychotherapy: Approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10 (4), 365-386.
- Jané, M.C. (2004). Diagnóstico dual en la deficiencia mental. *Suports*, 8(1), 42-58.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., y Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46-64. doi:10.1016/j.aip.2013.10.004
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Levy F. (1992). *Dance Movement Therapy a Healing Art*. New York, Ed. National Dance Association, American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy: A Healing Art*. Virginia: The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.
- Luek, L., Jackson, D., y Usher, K. (2006). Case study: a bridge across the paradigms. *Nursing inquiry*, 13(2), 103-109.
- MacDonald, J. (1992). Dance? Of course I can! En H. Payne (Ed.) *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. Routledge: London.
- Miles, M.B., y Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. 1994. Beverly Hills: Sage Publications.
- Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Peschken, W.E. y Johnson, M.E. (1997). Therapist and client trust in the therapist and client trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 7 (4), 439-447.
- Rodas, J. L. C. (2015). Danza Terapia: alternativa de bienestar en Colombia. *Artes la Revista*, 7(14), 61-68.
- Rogers, C y Resenberg, C. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- Ruiz, J.I. (1996). Metodología de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sassenfeld, A. (2008) Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4, 1.
- Starman, A. B. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*, 64(1), 28-43.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschweiler-Stern, N. y Tronick, E.Z. (1998). Mecanismos no interpretati-vos en terapia psicoanalítica. El "Algo más" la interpretación, traducción al castellano del artículo: Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the "Something more" than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921. University Press.
- Vella, G., y Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 3-13.
- Watson, J.C., y Geller, S.M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 25-33.
- Winkler, M.J., Cáceres, C., Fernández, I., y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psitoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34-40.

5.2. ARTÍCULO 2

Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Cabedo-Sanromà, J., Gozzoli, C., Oviedo, G. R., & Guerra-Balic, M. (2015). Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 135-149.

APORTACIÓN DE LOS AUTORES

Como primera autora, contribuí en el diseño del estudio, en el desarrollo de la metodología, en la recolección de datos, en el análisis e interpretación de los resultados y en la preparación del manuscrito. Una parte de este artículo fue elaborada durante mi estancia de investigación de tres meses, en la Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (Italia), tutorizada por la Dra. Gozzoli, en el departamento de Psicología. Esta estancia se centró principalmente en formación sobre metodología cualitativa y en reuniones de asesoramiento para el análisis de los resultados de la tesis doctoral. La Dra. Gozzoli también participó en el proceso de redacción del manuscrito. El Dr. Cabedo y la Dra. Guerra contribuyeron en la elaboración de la metodología y en el análisis estadístico de los resultados, así como en la revisión final del manuscrito. La Dra. Pérez participó en el diseño del estudio, en el análisis e interpretación de los resultados, así como en la elaboración del manuscrito y en su revisión final. El Dr. Oviedo tuvo un papel relevante en la recogida de los datos y como soporte durante la elaboración del manuscrito.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL SEGUNDO ARTÍCULO

Objetivos

- 1) Identificar las características generales del DFH en personas adultas con DI.
- 2) Evaluar los indicadores evolutivos a través del DFH (Koppitz, 1984), antes y después de la implementación de 26 sesiones de DMT
- 3) Evaluar los indicadores evolutivos a través del DFH, antes y después de una sesión de DMT.


Resultados

A partir de los DFH recogidos, podemos observar el porcentaje de presencia de cada uno de los ítems evolutivos y, además, ver cuáles son los ítems que aumentan en mayor proporción después de la implementación del programa de danza basado en DMT. Éstos son: boca (31.8% de aumento); cabello y pies (22.7% de aumento); dos labios, brazos, piernas (18.2% de aumento); ojos (13,7% de aumento); orejas y cuerpo (13.6% de aumento). Asimismo, observamos la existencia de diferencias muy significativas en la evaluación del DFH, al inicio y al final de la intervención ($p = 0.001$). Además, encontramos diferencias significativas después de una sesión de danza ($p = 0.006$ y $p = 0.012$).

Conclusiones

Los ítems característicos de la población y que, por lo tanto, aparecen en más del 50% de los dibujos son: ropa (uno o ninguno) (90.1%), cabeza (86.4%), ojos y piernas (72.7%), cuerpo y brazos (68.2%), nariz (63,6%) y pies (59,1%). Los resultados muestran que el programa de DMT implementado en el grupo de intervención incrementó los indicadores evolutivos que presentaban, favoreciendo el aumento del conocimiento de su propio cuerpo. Por este motivo, consideramos que la danza podría ser una buena herramienta para la mejora del conocimiento del propio cuerpo.

Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities

Silvia Barnet-López¹  · Susana Pérez-Testor¹ ·
Josep Cabedo-Sanromà¹ · Caterina Gozzoli² ·
Guillermo R. Oviedo¹ · Myriam Guerra-Balic¹

© American Dance Therapy Association 2015

Abstract The purpose of this study was to identify and describe the characteristics of human figure drawing in adults with intellectual disabilities, and to evaluate the developmental items after a 3-month intervention program using dance/movement therapy. The program consisted of 26 sessions lasting 1-h each held twice weekly for 3 months. A group of 30 adults with intellectual disabilities participated. Before and after the program, the Koppitz human figure drawing test was applied to evaluate body knowledge through the developmental items, evaluating elements of the person's cognitive developmental and maturity. After the intervention, results indicated improved body knowledge in the participants and a significant increase in the scores on the developmental items at the end of the program.

Keywords Body knowledge · Dance/movement therapy · Human figure drawing · Intellectual disability

Introduction

Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities

According to the fifth edition of the *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) published by the American Psychiatric Association (2013), Intellectual disability (ID) is a disorder that appears during the developmental period of 4–18 years of age. It includes both intellectual and adaptive functioning

✉ Silvia Barnet-López
SilviaBL0@blanquerna.url.edu

¹ SAFE- Research Group, FPCEE- Blanquerna, Universitat Ramon Lull, c/Císter 34, 08022 Barcelona, Spain

² Facoltà di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milan, Italy

deficits, as well as in conceptual, social, and practical domains. The following three criteria must be met: (1) deficits in intellectual functioning; (2) deficits in adaptive functioning that result in failure to meet developmental and sociocultural standards for personal independence and social responsibility; (3) onset of intellectual and adaptive deficits during the developmental period 4–18 years of age (Carulla et al., 2011). People with ID have significant limitations in their developmental, intellectual, and adaptive behavior including conceptual, social, and adaptive skills (Schalock, Garder, & Bradley, 2006). In Spain, the national government classifies the percentage of disability (physical, intellectual and/or sensorial) into five degrees: non-existent (0 %); borderline (15–29 %); mild (30–59 %); moderate (60–75 %); severe and profound (>76 %) (Boletín Oficial Del Estado, 1999). The classifications reflect various degrees of capacity to adapt to various every-day environments.

Ritter and Low (1996) performed a meta-analysis that included a number of studies with dance/movement therapy (DMT) interventions with a variety of populations—including some studies with intellectual disability. Results suggested some positive physical and psychological changes through DMT including improvements in daily functioning and enhanced body image (Rogers, 1977; Tipple, 1975). Unfortunately, no studies addressed DMT's effect on either developmental or maturity factors. Further, while some of the studies included in the meta-analysis used projective tests through drawings, the human figure drawing (HFD)—discussed in more detail below—was not widely used (Ritter & Low, 1996). Other authors Koch, Kunz, Lykou, and Cruz (2014), in their meta-analysis, showed that the DMT provides benefits to its participants. However, the only research with persons with ID included in this analysis were two studies on autism (Hartshorn et al., 2001). Literature continues to highlight the lack of evidence-based studies on DMT for intellectual disability.

In the study discussed below, DMT was used as an intervention with people with intellectual disability. The sessions were specifically designed to meet the particular need of each participant, focusing on supporting the participants in developing corporal scheme and corporal expression. This meant that the therapist had to adopt a more managerial style during the sessions, because of the participants' profiles with regard to their physical (motor skills) and psychological limitations. In addition, one of the essential elements of the DMT sessions design was to provide the participants with a clear structure of movements and activities within the sessions. Moreover, it was important to apply appropriate instruments to the participants with ID so as to evaluate the intervention, bearing in mind participants' limitations in both oral and written communication (Paredes, 2010).

Human Figure Drawing

Human figure drawing (Koppitz, 2000) is a projective test where participants are asked to draw a person. Projective tests can be used to quantify developmental and maturity factors, as well as body image. Other methods to evaluate psychophysical measures exist, but not all of them are valid for this population. The HFD is considered a useful instrument for the ID population (Barbosa, 2013).

Human figure drawing is a non-verbal tool through which the subject can express his or her emotions (Maganto & Garaigordobil, 2011). Symbolic graphic

representation allows us to see the relationship between the representation and how the person symbolizes it. It also allows us to delve into a person's cognitive and socio-affective elaboration through the expression of a specific moment or situation experienced by the person (Leal, 2006). Thus, HFD delivers information on current status related to different aspects of the self, including mental development, attitudes, concerns, maturity, and experience. It also offers us the possibility of conducting a re-test and the opportunity to detect the changes that appeared in our subjects after the DMT intervention (Pérez Testor & Pérez Testor, 2000).

Human figure drawing is a widely used technique in children (Koppitz, 2000), although it can also be an appropriate instrument for the evaluation of conceptual maturity among a variety of populations. It also may reveal elements of a person's cognitive development and maturity (Carreras, Uriel, & Liporace, 2013; Goodenough, 1928; Hammer, 2005; Koppitz, 2000; Machover, 1949). Through HFD, participants can express their perceptions of body schema and also reveal information about individual concerns or personality traits (Carreras, Uriel, & Liporace, 2013). The items obtained through the HFD are considered to be developmental items, as they reflect how individuals may change their perceptions of their bodies through time. When administering this kind of test, it is important to take the participants' social context and particular situation into account (Barbosa et al., 1998).

Body integration is related to the evolution, development, and growth of the person. We believe that the construction of body structure—considering it an organization of sensations of one's own body in relation to the external world—plays a crucial role in the subject's development. The body allows us to perceive the external world and interact with it (Raich, 2000; Vayer, 1972). A psychoanalytic perspective describes body knowledge as a mental representation of the body that each person builds. Each person's own body knowledge has to do with the perception of the whole body as well as their perception of the body parts that define it.

Concerning people with ID, there are previous studies that include different interventions and HFD to evaluate their effects, but the characteristics of the samples analyzed were different. Barros and Ison (2002) conducted a comparative study of children with and without behavioral problems. Their results indicated that children with behavioral problems had lower scores on the developmental items, suggesting lower conceptual maturation among these children. Another relevant study by Lym and Slaughter (2008) focused on children with Asperger's syndrome. The authors observed that the drawings by these children expressed a lack of interest in the social world and relational communication. Moreover, there are other recent studies with HFD based on populations with mental health disorders that reveal the characteristics of the drawing samples in each specific population (Barbosa, 2013; Rodríguez, Portillo, Vucínovich, & Serrano, 2011).

HFD usually reflects distortions and omissions that reveal features and/or problematic elements of the individual (De Felipe et al., 2011). Hammer (1958) believes that distorting or omitting parts of the body in HFD suggests that there is a kind of conflict with those parts. He focused especially on hands and arms as body parts directly associated with contact and manipulation. De Felipe et al. (2011) state that omitting the hands is an indicator related to deficits in bonds, relationships, and contact with others.

Human Figure Drawing and Dance

In our own study, we found few scientific contributions in the field of DMT with ID adults. Arús and Pérez (2006) used HFD to demonstrate that a single dance session contributed to improving children's emotional elements. When applying HFD to an adolescent population with Down syndrome, a research team observed that after a single dance session the subjects increased their knowledge of their own bodies (Pérez Testor & Pérez Testor, 2000; Pérez et al., 2009). These benefits were also reported in a study of a group of adults with ID that evaluated one session of DMT using HFD (Barnet, Pérez Testor, & Guerra, 2013). Koppitz (1984) proposed a systematization of developmental aspects (maturation). In her study, she focused on developmental aspects, specifically during childhood. The author distinguished between four categories: (a) expected; (b) common; (c) unusual; and (d) exceptional.

Objectives

The objectives of this study were: (1) to identify and describe the characteristics of HFD in adults with ID; (2) to evaluate the developmental items in HFD (Koppitz, 2000) before and after a series of 26 sessions of DMT intervention in adults with ID; and (3) to evaluate the developmental items in the HFD (Koppitz, 2000) before and after one session with DMT in adults with ID at the beginning and at the end of the intervention.

Method

Subjects

For this study, we recruited an intentioned sample, which was made up of 30 adults with ID, from a workshop for individuals with ID in Girona, Spain. During the project, we eliminated eight subjects because they presented the following exclusion criteria: attending fewer than 75 % of the sessions and/or not having completed the four HFDs.

Finally, the participants included 22 adults with ID—12 men and 10 women with a mean age of 47.3 (SD 11.7 years). All participated in the DMT intervention and each presented a moderate or severe degree of disability according to the national government's classification (Boletín Oficial del Estado, 1999).

All the subjects and their parents and/or legal guardians, as well as the center staff, were fully apprised of the evaluation protocols and the intervention. In addition, the parents and/or legal guardians and participants signed an informed consent agreement. This study obtained the approval of the Institutional Research Board.

Dance/Movement Therapy Intervention

The subjects participated in a DMT program consisting of 1-h sessions held twice a week for a period of 3 months. At the end of the process, all the participants had

Table 1 Description of the DMT intervention program: components and elements of the activities

Components	Main elements of the activities performed in the DMT intervention
Body scheme	Identify and move the different parts of the body Being conscious of the body's movements Mobility and low-intensity exercises
Rhythms	Rhythmic marching Corporal percussion
Self-concept	Positive reinforcement Changing the leader during the activities among the participants of the group.
Relationship	Corporal expression activities in pairs or groups like 'hellfire dance', 'we are statues' or 'we are a tribe'.
Identification of the different types of emotions	Body postures and facial expression Focus on a emotion like happiness or sadness and then perform it
Laban effort	Movements in different directions and on different surfaces Experiencing new movements Music or materials to promote different types of movements
Balance and coordination	Movements in different directions and on different surfaces Single leg static balance and tandem positions
Grounding	Body posture Locating the center of the body Relaxation activities Different exercises for moving in space and connecting with other participants
Free dance	Body expression Free movements in the last part of the session to explore movement itself.

participated in a total of 26 DMT sessions. Each of the sessions had a similar structure based on the work of DMT pioneer, Marian Chace (1953). The content of the sessions is outlined below (see Table 1):

- *Check-in* First, the participants expressed their mood by pointing to one pictogram of their choice. There were three pictograms available that expressed happiness, a neutral mood, or sadness (Schalock et al., 2006). Then, researchers marked the date on a calendar, so that the participants could be aware of how many sessions had already taken place and how many were left.
- *Warm-up* This consisted of several basic body-movement exercises. The aim was to work on the body schema as well as preparing their bodies for the forthcoming movements. The exercises were focused on pointing their body structures as warm-up movements, so they were able to learn about themselves with a routine of repetitive movements.

- *Transition-process* Depending on the particular objectives of the session, the therapist suggested different actions to engage participants in movement like corporal percussion or rhythmic march. In particular, we designed a set of movements that encouraged creativity and bodily expression.
- *Check-out* The participants once more pointed to a pictogram. They could express how they felt at the end of the session by pointing at one of the three pictograms described above. Finally, the session closed as participants engaged in a ritual, which involved using the same music, dancing in a circle, and saying good-bye to each of the participants by individually mentioning their names.

The administration of the HFD test took place before and after the sessions (pre- and post-test). The first three sessions familiarized the participants with the intervention, the staff, and the test. Specifically during session four, drawing one (D1) was made at the beginning of the session and drawing two (D2) at the end of the session.

Drawing one was also considered the program's pre-test. Later, during session 24, drawing three (D3) was made at the beginning of the session and drawing four (D4) at the end of the session. Drawing four was also considered the entire program's post-test. The last two sessions were used to prepare for the intervention's closure, advancing participant awareness of the imminent concluding of the activity was to help avert the potential confound of the participants making their drawings under emotional duress.

Instrument

The HFD Test (Koppitz, 2000) consists of giving each participant a piece of paper (DIN-4 size) and one pencil (HB2). They were then told *to draw a whole person*. The participants had 15 min to draw, and they were not allowed to erase any parts of the drawing.

The developmental items selected were the 30 items in accord with Koppitz's proposal (2000). These HFD's were applied and analyzed by a psychologist and dance/movement therapist. The results were supervised by an HFD test expert.

Data Analysis

The statistics package SPSS.21 (IBM SPSS Statistics, Chicago, IL, USA) was used to conduct all analyses, and descriptive and inference statistical analyses were obtained for all variables. A frequency study of the HFD's developmental items was run in order to show the characteristics of the drawings in this population.

The Kolmogorov–Smirnov test showed that the sample achieved the normal criteria. Paired sample *t* tests were used to compare means of related samples (D1–D4; D1–D2; D3–D4). We achieved a 95 % confidence level throughout the entire study.

Results

The developmental items that always appeared in the drawings before the DMT intervention (D1) showed 26 of the total of 30 existing developmental items (see Table 2). The four items that did not appear in any of the drawings (D1–D2–D3–D4) were elbows, knees, profile and good proportions.

Focusing on the results of the total intervention (D1–D4), we can see that the developmental item *mouth* increased its presence by 31.8 %, followed by *feet* and

Table 2 Percentage of the presence of developmental items in each of the DFHs

Item nos.	Developmental items %	D1	D2	D3	D4
1	Head	86.4	90.9	90.9	95.5
2	Eyes	72.7	86.4	77.3	86.4
3	Pupils	18.2	22.7	18.2	22.7
4	Eyebrows or eyelashes	22.7	18.2	31.8	31.8
5	Nose	63.6	72.7	63.6	72.7
6	Nostrils	4.5	9.1	4.5	9.1
7	Mouth	50	77.3	63.6	81.8
8	Two lips	9.1	18.2	27.3	27.3
9	Ears	27.3	40.9	36.4	40.9
10	Hair	45.5	63.6	59.1	68.2
11	Neck	40.9	36.4	31.8	36.4
12	Body	68.2	81.8	77.3	81.8
13	Arms	68.2	86.4	77.3	86.4
14	Arms in two dimensions	40.2	54.5	45.5	50
15	Arms pointing downwards	22.7	22.7	22.7	27.3
16	Arms correctly attached to shoulders	13.6	9.1	22.7	13.6
17	Elbows	0.0	0.0	0.0	0.0
18	Hands	45.5	45.5	45.5	45.5
19	Finger	50	47.6	50	54.5
20	Correct number of fingers	9.1	13.6	9.1	9.1
21	Legs	72.7	86.4	81.8	90.9
22	Legs in two dimensions	40.9	45.5	40.9	50
23	Knees	0.0	0.0	0.0	0.0
24	Feet	59.1	63.6	68.2	81.8
25	Feet in two dimensions	45.5	50	45.5	50
26	Profile	0.0	0.0	0.0	0.0
27	Clothing (one item or none)	90.1	95.5	95.5	95.5
28	Clothing (two or three items)	13.6	18.2	13.6	18.2
29	Clothing (four or more items)	4.5	4.2	4.5	9.1
30	Good proportions	0.0	0.0	0.0	0.0

D1 pre-test DFH beginning of session 4, *D2* post-test DFH after session 4, *D3* pre-test DFH beginning of session 24, *D4* post-test DFH after session 24

Table 3 Frequency of the increase in the presence of developmental items before and after the DMT intervention

	Developmental items	D1-D4 Intervention	D1-D2 Session 4	D3-D4 Session 24
1	Mouth	31.8	27.3	18.2
2	Hair	22.7	18.1	9.1
3	Feet	22.7	4.5	13.6
4	Two lips	18.2	9.1	0.0
5	Arms	18.2	18.2	9.1
6	Legs	18.2	13.7	9.1
7	Eyes	13.7	13.7	9.1
8	Ears	13.6	13.6	4.5
9	Body	13.6	13.6	4.5
10	Arms in two dimensions	9.8	14.3	4.5
11	Head	9.1	4.5	4.6
12	Eyebrows or eyelashes	9.1	-4.5	0.0
13	Nose	9.1	9.1	9.1
14	Legs in two dimensions	9.1	4.6	9.1
15	Clothing (one item or none)	5.4	5.4	0.0
16	Nostrils	4.6	4.6	4.6
17	Arms pointing downwards	4.6	0.0	4.6
18	Clothing (two or three items)	4.6	4.6	4.6
19	Clothing (four or more items)	4.6	-0.3	4.6
20	Pupils	4.5	4.5	4.5
21	Finger	4.5	-2.4	4.5
22	Feet in two dimensions	4.5	4.5	4.5
23	Elbows	0.0	0.0	0.0
24	Hands	0.0	0.0	0.0
25	Correct number of fingers	0.0	4.5	0.0
26	Knees	0.0	0.0	0.0
27	Profile	0.0	0.0	0.0
28	Good proportions	0.0	0.0	0.0
29	Arms correctly attached to shoulders	0.0	-4.5	-9.1
30	Neck	-4.5	-4.5	4.6

Table 4 Descriptive analysis of the four HFDs done by participants

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
D1 Developmental	22	0	21	10.9	6.4
D2 Developmental	22	2	22	12.6	5.5
D3 Developmental	22	3	21	12.0	6.2
D4 Developmental	22	3	22	13.3	5.7

Table 5 Differences between the results at the beginning and the end of session, and the results between the beginning and the end of the intervention

Pairs	\bar{X}/S	p
D1–D4	10.9 ± 6.4 vs. 13.3 ± 5.7	0.001**
D1–D2	10.9 ± 6.4 vs. 12.6 ± 5.5	0.006**
D3–D4	12.0 ± 6.2 vs. 13.3 ± 5.7	0.012*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

hair. These latter two increased their presence by 22.7 %, and *two lips, arms and legs* increased their presence by 18.2 %.

Whereas there is an increase in the frequency of 22 items after the intervention, there is only one item that decreased after the DMT intervention—the neck by 4.5 %. Seven items did not change after the DMT intervention—elbows, hands, correct number of fingers, knees, profile, and good proportions.

Regarding session four (the beginning of the intervention), there is an increase in 19 developmental items after just a single session of DMT (D1–D2) and a decrease in five of them—eyebrows or eyelashes, clothing (four or more items), fingers, arms correctly attached to shoulders and neck. Likewise, there are six items that did not change—arms pointing downwards, elbows, hands, knees, profile, and good proportions (see Table 3).

Regarding session 24 (the end of the intervention), there was an increase in 20 of the developmental items and a decrease in one of the items (arms correctly attached to shoulders). Nine items maintained their presence: two lips, eyebrows or eyelashes, clothing (one item or none), elbows, hands, correct number of finger, knees, profile and good proportions (see Table 3).

Table 4 shows the mean, standard deviation, minimum and maximum of the results of the four drawings. There was an increase in the mean average (10.9 vs. 13.3) between the beginning and the end of the intervention (D1–D4) and a decrease in the standard deviation (6.4 vs. 5.7). Before and after session four (D1–D2), the average of the mean increased from 10.9 to 12.6, whereas in session 24 (D3–D4) the average of the mean increased from 12.0 to 13.3 (see Table 4).

We observed significant differences between variables in the total intervention, D1 and D4 ($p = 0.001$). Significant differences were also observed between the variables related to a single session, D1 and D2 ($p = 0.006$), which came at the beginning of the intervention; and D3 and D4 ($p = 0.012$), which came at the end of the intervention (see Table 5). These results show that the values of D4 items were significantly higher than the values of D1 and D3, and those from D2 were significantly higher than D1.

Discussion

This article presents the results of a DMT intervention during 26 sessions in adults with ID, which has been evaluated through the HFD developmental items proposed by Koppitz (2000). With HFD, subjects can express their perceptions of their bodies

and we can detect the knowledge that they have of their own bodies (Carreras, Uriel, & Liporace, 2013; Goodenough, 1928; Koppitz, 1984).

In this study, we have applied the evaluation system proposed by Koppitz (2000), one of the greatest leaders in HFD, as a means of examining our sample's cognitive disabilities. HFD enables identification of these cognitive and developmental disabilities, and allows us to observe whether there is an increase in the developmental items after the DMT intervention.

First, we described the sample characteristics of the drawings following Barbosa's (2013) protocol. The items identified as relevant in the drawings of the sample corresponding to D1 (at the beginning of the intervention) were present in more than 50 % of the drawings, as Koppitz (1984) proposed when referring to the expected and common items (see Table 2).

People with ID have limitations on their developmental, intellectual, and adaptive behaviors (Schalock et al., 2006), as well as on their communication patterns (Paredes, 2010). Results of this study support the hypothesis that a therapy program such as DMT, where body expression plays an important role, may promote participant contact with and a better understanding of their own body. Dance/movement therapy also allows us to explore a way to communicate through nonverbal expression and movement.

Human figure drawing has previously been applied with people with ID (Barbosa, 2013; Rodríguez et al., 2011); however, as far as we know, these studies have only been conducted with children and adolescents (De Felipe et al., 2011; Lym & Slaughter, 2008). Some of these studies have assessed just a single session of DMT, but the effects of an entire DMT intervention program have not been studied (Arús & Pérez, 2006; Barnet et al., 2013; Pérez Testor & Pérez Testor, 2000; Pérez et al., 2009).

In our study, the drawings' most characteristic developmental items appeared before the DMT intervention (D1) (see Table 2). They were: clothing (one item or none) (90.1 %), head (86.4 %), eyes and legs (72.7 %), body and arms (63.6 %), nose (63.6 %) and feet (59.1 %). These items matched those described by Koppitz (2000) for the developmental age of 5 years: head, eyes, nose, mouth, body, and legs. Although the percentage is below the 85 % proposed by Koppitz (2000), we consider our sample to be below the 5-year-old mark of developmental maturity.

According to Koppitz (2000), the head is considered the first item to be drawn, followed by eyes, legs and body and arms. Accordingly, the items that appear in our drawings (D1) coincide with this most basic level of maturational development.

In our case, the clothing item stands in the first place (90.1 %), even if it is not considered a basic item of developmental maturity. This result was expected because of cultural considerations, as it is uncommon for people to draw the body naked in HFD in our culture (Cid & Urbano, 2006). The feet item (59.1 %) is related to displacement and to approaching objects and the environment, and is also linked to body stability and balance (Cid & Urbano, 2006).

In addition, we observed that 22 of the 30 developmental items increased their presence after the DMT intervention (D1–D4) (see Table 3). We noted that the mouth is the item that increased the most after the intervention (D1–D4), with a 31.8 % increase. The mouth is related to several basic human needs such as eating,

and it is also related to expression and communication (Cid & Urbano, 2006). The drawings also showed an increase in such other items as hair and fingers (22.7 %), two lips, arms and legs (18.2 %), eyes (13.7 %), ears and body (13.6 %). The increased presence of these items indicates a possible augmentation in maturity development (Koppitz, 2000).

Only one of the items decreased its presence in D4 (at the end of the intervention): the neck (4.5 %). This item is usually omitted in people with ID and in aggressive subjects. Its omission is related to immaturity, impulsiveness and poor internal control (Barbosa et al., 1998). Although these last elements are related to the emotional indicators proposed by Koppitz (2000), we did not study them.

Some of the developmental items were omitted in the sample's drawings (D1–D2–D3–D4), including elbow, knee, profile and good proportions. Omissions of body parts are variously interpreted as signs of possible concern (Hammer, 2005) or as indicators of a low maturity development (Koppitz, 2000). Because of the characteristics of the sample, we believe that the omissions of the elbows and the knees, as well as the lack of good proportions in the figures, are due to our sample's cognitive disabilities and maturity difficulties. The fact that all the figures were drawn from the front and that the profile did not appear may be linked to an outgoing attitude with people, communication and interpersonal relationships (Barbosa, 2013).

Statistical analysis for related samples shows significant differences after a single session of DMT: D1–D2 ($p = 0.006$) and D3–D4 ($p = 0.012$). Therefore, a single dance session increased the presence of developmental items (see Table 5) and provided greater body knowledge, in concurrence with the results of previous studies (Pérez et al., 2009). In addition, a significant difference between D1 and D4 ($p = 0.001$) (see Table 5) was observed; the DMT intervention promoted an increased presence of developmental items, along with subjects' maturation and cognitive development (Koppitz, 2000). The DMT intervention also promoted increased body knowledge in the sample (Goodenough, 1928). We can state, therefore, that the DMT intervention improved our sample's body knowledge.

Limitations and Recommendations for Further Research

The limitations of this study should be noted. The size of the sample is small, such that the results should be considered a tendency in development that cannot be generalized to the entire population of adults with intellectual disability. Another limitation was not having a control group with physical, cognitive and activity characteristics matching the DMT group. A control group would have shown whether the improvements appeared because of the DMT intervention, so more research is needed.

Another limitation was the application of only one instrument to evaluate the intervention. The instrument chosen, HFD, showed the changes possibly influenced by the intervention. However, past studies have used projective tests combined with other instruments, such as verbal scales, which would complement the information from the HFD (Bojner Horwitz, Kowalski, Theorell, & Anderberg, 2006). Therefore, we believe that it would be worthwhile to perform further studies, adding one or more instruments in order to augment the information from the HFD.

This new assessment tool should reflect this population's cognitive and expressive limitations. Projective instruments might well be considered.

For future studies, it would be interesting to assess different comorbidities and motor impairments, such as hemiplegia or cerebral palsy, which might influence and condition subjects' body schema, and in turn, their drawings. In this case, participants would have to pass a physical screening prior to the study, and other inclusion criteria would also have to be considered. The relationship between the degree of disability and the development level could also be studied with a bigger sample by comparing between varying levels of disability (mild, moderate and severe ID), as these may influence performance and body knowledge.

Another important aspect for future consideration is analysis of the effects of a DMT intervention on participants' emotional expression. A focus on factors related to individual emotional wellbeing, using Koppitz's emotional indicators (1984), might be of interest. Two of these possible items could be the neck and the feet, which are related to body stability.

Conclusions

The HFD items that have been identified and considered relevant (over 50 %) in a sample of adults with ID before the intervention (D1) are: clothing, one item or none (90.1 %), head (86.4 %), eyes and legs (72.7 %), body and arms (68.2 %), nose (63.6 %) and feet (59.1 %) (see Table 2).

Regarding the results after the DMT intervention, we can state that the HFD items that were identified and considered relevant (over 50 %) in a sample of adults with ID are (D4): clothing, one item or none, and head (95.5 %), legs (90.9 %), eyes and arms (86.4 %), mouth, body and feet (81.8 %), nose (72.2 %), hair (68.2 %) and finger (54.4 %). The developmental items proposed by Koppitz (2000) that did not appear in any of the four drawings (D1–D2–D3–D4) of the sample were elbows, knees, profile and good proportions (see Table 2).

We observed that some items increased with the DMT intervention, such as mouth (31.8 %), and feet and hair (22.7 %) (see Table 3). The increase in the presence of the mouth and feet items may be related to the improvement in expression or/and communication of the person with the environment, and the stability and balance of the body.

In this study, the DMT intervention led to significant changes between D1 and D4 ($p = 0.001$) (see Table 5). Therefore, as the intervention increased the developmental items, we can suggest that the current DMT intervention improved knowledge of the body in the adults with ID in the sample. Unfortunately, we cannot generalize these results as the study was done without a randomized control group.

The changes that appeared in D2 compared to D1 in session 4 (D1–D2) and the changes that occurred in D4 compared to D3 in session 24 (D3–D4) of the intervention are also significant ($p = 0.006$ vs. $p = 0.012$). There was an increase of the presence of developmental items after each session separately. Taking this into consideration, it may be suggested that even a single DMT session may increase the knowledge of the

body in adults with intellectual disability. More research is needed to confirm these findings, specifically by comparing them to those of a control group.

In closing, based on this study's conclusions, a DMT program could be used as a tool to increase knowledge of the body among adults with ID. According to recent embodiment research, knowing one's own body better may affect the development of affection and cognition and lead to better understanding of emotions (Gibbs 2005; Koch et al., 2014; Lakoff & Johnson, 1999). Therefore, the HFD may be a useful tool in the study of body awareness among persons with ID and specifically how engaging in embodied interventions such as DMT, may advance development of this body knowledge in this population.

Acknowledgments The authors would like to thank the Ramon Noguera Foundation for their collaboration, and the staff for their support during the study. We also would like to thank the participants who engaged actively throughout the entire study, and Maria G. Davies who gave us support with the English language. This research was partially financed by the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness through the National RDI Plan (DEP2012-38984). This study was conducted with the support with a grant provided by de Fundació Blanquerna, Beca Recerca Blanquerna.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 5). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Arús, E., & Pérez, S. (2006). La rítmica como trabajo interdisciplinario de música y danza. *Eufonía*, 36, 98–112.
- Barbosa, P. (2013). *Psicopatología y test gráficos: El psicodiagnóstico diferencial mediante los dibujos de la casa, el árbol y la persona (HTP)*. Barcelona: Herder.
- Barbosa, P., Busquets, E., Call, M., Corral, X., Fábrega, C., Pérez, M., et al. (1998). El test de la figura humana: Estudio con un grupo de adolescentes. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 11, 35–47.
- Barnet, S., Pérez Testor, S., & Guerra, S. (2013). El autoconcepto en la danza movimiento terapia con personas adultas con discapacidad intelectual: Estudio de un caso grupal. Poster presented at the 3rd National Congress of Creative Therapies. Vitoria, Spain.
- Barros, M., & Ison, M. (2002). Conductas problemas infantiles: Indicadores evolutivos y emocionales en el dibujo de la figura humana. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1), 279–298.
- Bojner Horwitz, E., Kowalski, J., Theorell, T., & Anderberg, U. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to self-rating scales. *Arts Psychother*, 33(1), 11–25.
- Boletín Oficial del Estado, B.O.E. (1999). Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- Carreras, M., Uriel, F., & Liporace, M. (2013). Actualizaciones en el análisis de ítemes madurativos del dibujo de la figura humana en niños escolarizados de Buenos Aires. *Interdisciplinaria*, 30(1), 101–108.
- Carulla, L. S., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S. A., Leal, R., Bertelli, M., ... & Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: Towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175–180.
- Chace, M. (1953). Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 219–225.
- Cid, J. M., & Urbano, S. (2006). *Personalidad y conflictos en el dibujo*. Madrid: Delta Publicaciones.
- De Felipe, J., Escribano, T., De la Fuente, E., Pina, P., Ripoll, M., & Ruiz, A. (2011). Estudio del dibujo de las manos en la figura humana y su relación con los vínculos en una muestra de pacientes. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 24, 46–58.
- Gibbs, R. W. (2005). *Embodiment and cognitive science*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodenough, F. (1928). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Word.

- Hammer, E. F. (1958). *The clinical application of projective drawing*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Hammer, E. F. (2005). *Test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- Hartshorn, K., Olds, L., Field, T., Delage, J., Cullen, C., & Escalona, A. (2001). Creative movement therapy benefits children with autism. *Early Child Development and Care*, 166(1), 1–5.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46–64.
- Koppitz, E. (1984). *Psychological evaluation of human figure drawings of middle school pupils*. New York: Grune & Stratton.
- Koppitz, E. (2000). *El dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. New York: Basic Books.
- Leal, A. (2006). Graphic symbolisation: A means of expression and a tool for thought. *Journal for the Study of Education and Development*, 29(2), 203–217.
- Lym, H., & Slaughter, V. (2008). Brief report: Human figure drawings by children with Asperger's syndrome. *Journal Autism Developmental Disorders*, 38, 988–994.
- Machover, K. (1949). Personality projection in the drawing of human figure. *The Psychoanalytic Quarterly*, 19, 122–123.
- Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2011). Indicadores emocionales complementarios para la evaluación emocional del Test del dibujo de dos figuras humanas (T2F). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1, 73–95.
- Paredes, D. (2010). Bienestar emocional y expresión conductual en las personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4(2), 51–60.
- Pérez, S., Sanhauja, M., Guerra, M., Martínez, E., Massó, N., & Costa, L. (2009). Impact of a creative dance class on intellectual and affective development in Down syndrome adolescents. *Poster presented at the 19th Annual International Meeting of the Association for Dance Medicine & Science*. The Hague, Netherlands.
- Pérez Testor, S., & Pérez Testor, C. (2000). *El impacto de una clase de iniciación a la danza en la estructura del esquema corporal: Proyecto D.E.C. Proceedings of the 1st Jornadas de Danza e Investigación*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Ritter, M., & Low, K. G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249–260.
- Rodríguez, J., Portillo, A., Vucínovich, N., & Serrano, E. (2011). El dibujo de la figura humana en pacientes esquizofrénicos. *Apuntes de Psicología*, 29(3), 413–423.
- Rogers, S. B. (1977). Contributions of dance therapy in a treatment program for retarded adolescents and adults. *Art Psychotherapy*, 4, 195–197.
- Schallock, R., Garder, J., & Bradley, V. (2006). Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas. Madrid: Colección Feaps.
- Tipple, B. (1975). Dance therapy in an education program. *Leisurability*, 2(4), 9–12.
- Vayer, P. (1972). *El diálogo corporal*. Barcelona: Ed. Científico-médica.

Silvia Barnet-López

has a Masters in Dance/Movement Therapy (Autònoma University of Barcelona) and Masters in Health Psychology (University Ramon Llull). At present, she is a PhD Student in Psychology, member of the consolidated Research Group on Health, Physical Activity, and Sport at the Faculty of Psychology, Education and Sport Sciences - Blanquerna, University Ramon Llull. Her thesis project is focused on the benefits of dance/movement therapy for people with intellectual disabilities. She has participated in national and international congresses.

Susana Pérez-Testor

has a Masters in Psychology Research and a PhD in Psychology. She is a member of the consolidated Research Group on Health, Physical Activity and Sport at the Faculty of Psychology, Education and Sport Sciences - Blanquerna, University Ramon Llull. She has training in projective testing, including the Human Figure Drawing Test. Since 1994 she developed the Danza Esquema Corporal (DEC) project

aimed at studying the benefits of dance performance evaluated through the Human Figure Drawing Test. Ten phases of this project were developed with dance students from 4 to 22 years of age, and persons with Down syndrome. The results have been presented at dance conferences and published in dance journals.

Josep Cabedo-Sanromà

is a full professor of Motor Learning of the Department of Physical Activity and Sport Sciences. Member of the consolidated Research Group on Health, Physical Activity and Sport at the Faculty of Psychology, Education and Sport Sciences - Blanquerna, University Ramon Llull. Has a PhD in Motor Development with research expertise in balance across life span, technical and tactical sport, and aging.

Caterina Gozzoli

has a PhD in Psychology and is an Associate Professor at the Psychology Department of the Catholic University of Sacred Heart in Milan, Italy. She is the Director of the Executive Masters' Degree in Sport and psychosocial intervention and Director of ASAG (Alta Scuola Agostino Gemelli), of the Catholic University of the Sacred Heart (Milan). Caterina's main area of investigation is Management by diversity and Sport Psychology with particular attention given to sport as a tool for social integration and to young sport sectors of professional teams. Other research interests are professional identity of coaches and sport psychologists and training processes.

Guillermo R. Oviedo

has a Masters degree in Sports Medicine from the University of Tucuman, Argentine and a Masters in Sport and Psychosocial Intervention from the Catholic University of the Sacred Heart in Milan, Italy. Also has a PhD in Exercise and Sport Science from University Ramon Llull, Barcelona, Spain. Participant as a researcher in different health projects including the effects of different types of exercise intervention for people with Intellectual Disability, Multiple Sclerosis, breast cancer and the elderly. Currently he is a Post-Doctoral researcher at the North-West University, South Africa.

Myriam Guerra-Balic

is a medical doctor specializing in Sports Medicine. Myriam has a PhD in Sports Medicine and is a full professor of Exercise Physiology and head of the Department of Physical Activity and Sport Sciences. Myriam is the principal investigator of the consolidated Research Group on Health, Physical Activity and Sport at the FPCEE- Blanquerna (University Ramon Llull) and has research expertise in exercise physiology, aging and Intellectual Disabilities.

5.3. ARTÍCULO 3

Barnet-Lopez, S., Pérez-Testor, S., Cabedo Sanromà, J., Oviedo, G.R., & Guerra-Balic, M. (2016). Dance/Movement Therapy and emotional well-being for adults with Intellectual Disabilities. *The Arts in Psychotherapy*, 51, 10-16.

APORTACIÓN DE LOS AUTORES

Como primera autora, contribuí en el diseño del estudio, en el desarrollo de la metodología, en la recolección de datos, en el análisis e interpretación de los resultados y en la preparación del manuscrito. La Dra. Pérez participó en el diseño del estudio, en el análisis e interpretación de los resultados, así como en la elaboración del manuscrito y en la revisión final. El Dr. Oviedo contribuyó en la recogida de los datos y participó en la redacción final del manuscrito. El Dr. Cabedo y la Dra. Guerra también aportaron en el desarrollo de la metodología y en el análisis estadístico de los resultados, así como en la revisión de parte del manuscrito.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL TERCER ARTÍCULO

Objetivos

Evaluar la mejora del bienestar emocional en adultos con Discapacidad Intelectual que realizan una intervención grupal de DMT de 26 sesiones.

Resultados

Los resultados del Grupo Intervención muestran diferencias estadísticamente significativas después de realizar el programa de danza ($p = 0.0007$), mientras que mediante el Grupo Control no se observan diferencias ($p = 0.560$).

Conclusiones

El programa de danza aplicado favoreció en el incremento de un mayor bienestar emocional de los participantes. En concreto, los participantes mostraron una mejora en los siguientes elementos emocionales: la relación con el otro, el auto-concepto, la ansiedad, la seguridad, el nivel de identificación de las emociones, así como en relación con el conocimiento del propio cuerpo. Por tanto, consideramos que la danza puede ser una buena herramienta para trabajar en la mejora del bienestar emocional en personas con DI.



Research Article

Dance/Movement Therapy and emotional well-being for adults with Intellectual Disabilities



Silvia Bernet-Lopez*, Susana Pérez-Testor, Josep Cabedo-Sanromà, Guillermo R. Oviedo, Myriam Guerra-Balic

SAFE- Research Group, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 11 May 2016

Received in revised form 23 July 2016

Accepted 14 August 2016

Available online 20 August 2016

Keywords:

Dance/Movement therapy

Emotional well-being

Quality of life

Intellectual disability

ABSTRACT

The connection between mind and body is activated through Dance/Movement Therapy (D/MT). This connection promotes the integration of emotional, cognitive and physical dimensions of a person. This study focused on emotional well-being, understood as a dimension within the construct of quality of life. The improvement of emotional well-being was examined in adults with Intellectual Disabilities (ID) who participated in an intervention program of 26 sessions in D/MT.

The intervention group comprised 22 adults with ID ($n = 22$; 47.27 ± 11.67 years) (12 male). The control group were 20 adults with ID ($n = 20$; 48.15 ± 12.46 years) (12 male). The Koppitz human figure drawing test was applied to evaluate the emotional indicators before and after the program. The results indicated statistically significant improvements in the emotional well-being in the intervention group after the D/MT program ($p = 0.007$) in comparison to the control group ($p = 0.560$).

D/MT can be an appropriate approach when working with adults with ID to provide them with support, and to increase quality of life specifically emotional well-being.

© 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

Dance has been present throughout our history, both in spiritual and religious practices as well as in recreational and social ones (González & Macciuci, 2013; Nanni, 2005). It is an instrument of expression and communication that can transmit emotions, feelings, thoughts and experiences (Ballesta, Vizcaino, & Mesas, 2011). When dance is applied to therapeutic objectives, the therapist is physically and emotionally present during the sessions, and establishes communication through sensorimotor channels and nonverbal expression (Wengrower & Chaiklin, 2008). For these reasons, dance is considered as a facilitating approach for the capacity of movement and expression, where creativity is present; and it also has the ability to represent or externalize individual's feelings (Martín, 2009). All these factors regarding dance promote wellness and health as well as the participation and involvement with others and the environment (Dunphy & Scott, 2003).

From Positive Psychology perspective, dance can provide benefits to people's Quality of Life (QoL) (Bernell, 2003; Hervás, 2009;

Vera, 2006). In recent decades, the concept of QoL has evolved and spreaded with increasing interest within people with Intellectual Disability (ID). It is a favorable environment to raise a new conceptual framework that allows for the evaluation and improvement of the individual welfare, and provides a common language for its standardization and integration (Schallock, Garder, & Bradley, 2006). QoL is a multidimensional concept composed by eight dimensions. It links with different individual areas and integrates a subjective perspective of the person based on individual life experiences (perceptions and values) and an objective perspective linked to common human experiences. The eight QoL dimensions are: emotional well-being, interpersonal relationships, material well-being, personal development, physical well-being, self-determination, social inclusion and rights. These dimensions represent the breadth and complexity of QoL construct and are considered as a set of factors that make up personal well-being (Schallock & Verdugo, 2003; Schallock et al., 2006).

World report on disability (OMS, 2011) highlights the lack of empirical data and objective evidence in relation to existing programs for people with disabilities. Conclusions of the report (Recommendation 9: strengthen and support research on disability), stated the need of increasing research related to people with disabilities in order to facilitate general understanding, but, above

* Corresponding author at: C/Cister 24, 08022 Barcelona, Spain.
E-mail address: SilviaBL@blanquerna.ur.edu (S. Bernet-Lopez).

all, to encourage QoL. This project aims to be a contribution to the welfare of people with ID, as the Decalogue of adapted sport established (*Decálogo de actividad física*, 2003). We must also take into account the social difficulties that may present the population with ID such as social stigma (Ditchman et al., 2013). These difficulties can influence the person's self-esteem (Paterson, McKenzie, & Lindsay, 2012), among others. Likewise, dance can contribute to the self-esteem improvement (Pérez-Testor, 2010).

Specifically, in this study we have focused on how the Dance/Movement Therapy (D/MT) affects the emotional dimension of well-being in adults with ID. This dimension has been one of the most interesting research topics in the field of psychology as it focuses on the individual perceptions, in its globality, in itself. Within the emotional well-being dimension we can find elements such as the self-concept (identity, self-worth, self-esteem), happiness, good humor, satisfaction, body awareness and safety (Schalock et al., 2006).

Dance/Movement therapy in people with intellectual disability

D/MT is defined as "a speciality in psychotherapy that uses the body and nonverbal expressions as a process to promote emotional, cognitive and physical integration of the individual" (Panhofner, 2005, p. 50). It gives a therapeutic use to movement, as a process that seeks the emotional integration of the individual influencing its emotional well-being (Frieder & Eckstein, 1981). Movement is a way of expression of conscious and unconscious thought that gives us information of internal emotional states (Fischman, 2001; Levy, 1988). It focuses on the mind-body connection encompassing the individual's whole health (González & Macciuci, 2013; Nanni, 2005; Vella & Torres, 2012). Body movement represents a reflection of internal emotions, and the registry of individual movement modifications is understood as changes related to a psychological dimension that promotes personal well-being (Fischman, 2001).

People with ID have difficulties in symbolic capacity, limitations of their own body and physical space limitations (González & Macciuci, 2013). Concretely, intellectual disability (ID) is diagnosed taking into account intellectual and adaptive functioning and is a disorder that appears during the developmental period, according to *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (APA, 2013). People with ID can present a significant limitation in the following areas: intellectual development and adaptive behaviour including conceptual, social, and adaptive skills (APA, 2013; Schalock et al., 2006), besides body and movement limitations.

Therefore, as highlighted by Levy (1988), it can be helpful to focus on improving their body image, coordination, motor skills, physical domain, emotions, confidence and awareness, and communication skills. In order to improve this communication, Borja and Solís (2012) proposed the development of a program for people with ID focused on music and dance, where one of the main elements would be the work on the body schema, apart from the body language exploration and expansion.

In D/MT programs with groups of people with ID, we should consider the limitations on cognitive and communication skills of the group, as these limitations will determine the program characteristics and the type of assessment needed in order to assess their emotional status (Paredes, 2010).

It is currently possible to find some studies using D/MT in adults with ID (Arthur, 2003; Barner-López, Pérez-Testor, Arbonés-García, & Guerra-Balic, 2015a; Koch, Kunz, Lykou, & Cruz, 2014; Ritter & Low, 1996). These studies are mainly focused on the evaluation of cognitive functioning, academic learning, social inclusion or planning for social support networks services (Arthur, 2003), stressing then the need for further research within the emotional well-being dimension.

Contributions of dance and dance/movement therapy to emotional well-being

D/MT benefits one's emotions and own physical knowledge (Barner-López et al., 2015b; Levy, 1988). Programs where body movement, music and nonverbal language are present, allow us to connect with our internal emotional world, knowledge and body image favouring individual or group physical and mental conditions (Blanco & Jiménez, 2005).

D/MT is based on physical and mental integration as a prerequisite to improve individual overall health (Stanton-Jones, 1992). In that sense, being in touch with our own feelings implies being also in touch with our body and mental images that are linked to these feelings. From those feelings, free movement emerges, creating a synergy between therapeutic and artistic work. (Hämäläinen, 2007). Indeed, in a study with teenagers with ID, particularly with Down syndrome, an improvement was observed after a single session of dance regarding their own bodies knowledge and their emotional development, especially in improving self-esteem and reducing anxiety (Pérez et al., 2009; Pérez-Testor, 2010).

Fischman (2005) found that programs where body work is present help to improve empathy and relational skills, as well as affect satisfaction and emotional well-being. Another study showed the improvement of self-concept, self-esteem and social skills in people with ID who had been involved in sessions where music, theatre or dance were present (Doret, 2009). Thus, we believe that body language work, considered as a way of expression and communication can facilitate the channelling of different emotions, helping to improve people's welfare (Ruano, 2003).

Mora, Salazar and Valverde (2001) worked with people with disabilities through a program focused on music and dance. These authors concluded that challenging behaviors were reduced, and stressed the need to expand research in this area. Other work studied adults with ID, who performed sessions of dance and movement and achieved significant results regarding increased self-esteem, joy, expression, security, body awareness and communication skills, as well as a decrease in depression (Hoban, 2000).

Bermell (2003) presented a program focused on the contributions of dance concerning emotional well-being dimension, believing that it provides personal security. In addition, he stated that self-image was related to a strengthened individual control, mainly through movement proposals, highlighting the coordination work of body schema and balance.

Barner, Pérez-Testor and Guerra (2013) conducted a research with adults with ID, where participants underwent the Human Figure Drawing (HFD) test, before and after a D/MT session. The results obtained by comparing both drawings allowed quantifying body knowledge improvement, linked to self-concept improvement (Barner et al., 2013), but unfortunately in this study emotional aspects were not evaluated.

Objectives

The main objective of this study is to assess the changes on emotional well-being of adults with ID through HFD, after 26 D/MT sessions. Intervention and Control groups are compared.

Method

Participants

Participants were adults with ID, including Down Syndrome, recruited from a Foundation in Girona (Spain) through convenience sampling. Participants were randomly distributed into the Intervention Group (IG) – 30 adults with ID, or the Control Group (CG)

– 30 adults with ID. Participants presented a moderate or severe degree of disability according to the national government's classification (*Boletín Oficial del Estado*, 1999).

Inclusion criteria were as follows: presence of moderate to severe ID, older than 18 years old and not being taking part of any other psychological therapy. An exclusion criterion was to have not completed all the HFD.

In order to be part of the final analysis, the participants from the IG must have attended at least 75% of the D/MT sessions.

Eight participants from the IG were excluded. Six of them did not complete all the HFD tests and could not be considered for data analysis, and the other two participants did not attend the minimum of D/MT sessions required to take part in the study (75%) because of justified reasons (medical and family reasons), never due to lack of engagement. From the CG, 10 participants were excluded, as they did not complete all the HFD tests.

So, after inclusion and exclusion criteria were applied, there were 22 participants in the IG (12 males/10 females) with a mean age of 47.27 ± 11.67 years old; and 20 adults with ID (12 males/8 females) in the CG with a mean age of 48.15 ± 12.46 years old.

Due to the small sample size, a multiple treatments single-group design was implemented. Group assignment could not be completed randomly, as we only had one group, and were seeking equivalence, since there is nothing more similar to a group than the group itself (Thomas & Nelson, 2007).

Dance/Movement therapy program

D/MT program consisted of a 3 months program period, with two sessions per week, of 1 h each. In total, subjects participated at least in 75% of the 26 sessions. The sessions' leader was a professional with a psychology degree, a master in Health Psychology, and a master in D/MT, with a high experience in population with ID.

Each of the sessions followed a similar structure based on Marian Chace (1953) guidelines, which was the D/MT pioneer, and proposed the following session phases: check in, warm-up, transition, process and check out.

In the present study, and as a visual support, pictograms that expressed happiness, a neutral mood, or sadness were used. Participants were invited to point one pictogram of their choice in order to obtain their mood before and after each session (Schalock et al., 2006). Another visual support was a calendar, where researchers marked the date, so that the participants could be aware of how many sessions had already taken place and how many were left.

The components and elements of the activities were: body scheme, rhythms, self-concept, relationship, identification of the different types of emotions, Laban effort, balance and coordination, grounding and free dance (Barnet-López et al., 2015b). With all these activities it is expected to obtain bio-psycho-social benefits (Borja & Sofis, 2012; Fischman, 2001; Koch et al., 2014).

Instrument

To assess emotional well-being, the HFD test (Koppitz, 2000) was used. This is a non-verbal instrument, the same as dance, which allows expressing emotions (Maganto & Garaigordobil, 2009). The HFD was selected from others because it is a validated projective test for all kind of population, independently of age, conditions, disabilities (including population with ID), and to cognitive or communication limitations (Barnet-López et al., 2015b; Koppitz, 2000). When dealing with people with limited expressive communication capacities or limited introspection levels, drawing stands as a more reliable instrument than oral language (Maganto, Garaigordobil, & Etxeria, 2007).

In this test, HFD is assessed through 30 emotional indicators that illustrate worries and attitudes of the subjects, regardless of the age or maturity level of the person (Koppitz, 2000). Previous studies have stressed that emotional indicators provide information about elements tightly linked to emotional well-being, such as body image and body awareness, interpersonal relationships, self-esteem, self-confidence, anxiety and aggression (Barbosa, 2013; Barnet et al., 2013; De Felipe et al., 2011; Hamner, 1978; Koppitz, 1984, 2000; Pérez, Guerra, & Massó, 2007).

Test interpretation takes into account that the solely presence of a single emotional indicator is not conclusive. Two or more emotional indicators are necessary to consider rational or emotional difficulties. Koppitz (1984) emotional indicators allow the observation of emotional patterns or difficulties that the assessed person or group may present. Higher scores indicate higher numbers of emotional difficulties.

Procedure

This study committed to ethical principles that rule any research on human beings according to the Helsinki declaration, as revised in 1975. Participants, parents and/or legal tutors and the staff of the occupational day center, were previously informed about the assessment and programs protocols. An informed consent was obtained for all participants and their parents and/or legal tutors. The Institutional Review Board of University Ramon Llull approved this study.

To assess the CG, HFD test was completed twice, one at the beginning of the study and the second time three months after the program was held. IG was involved during three months in 26 D/MT sessions which were held twice a week and lasted 60 min each one. HFD test was completed in program sessions, concretely in session 4 (D1) and session 24 (D2). The first three sessions familiarized the participants with the program and the staff.

For HFD test implementation (Koppitz, 1984, 2000), DIN-4 paper and HB2 pencil were given to the participants, along with the following instruction: *draw a whole person*. They needed to draw it within 15 min, and they were not allowed to erase.

Statistical analysis

Statistical analyses were conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 (IBM SPSS Statistics, Chicago, IL, USA), obtaining descriptive and inferential analysis of the assessed variables. Kolmogorov-Smirnov analyses were completed to explore whether sample variables were normally distributed. T-student tests were performed with emotional indicators variables for pre and post program, to analyse the changes triggered by D/MT program. We achieved a 95% confidence level throughout the entire study.

Results

In Table 1 the age and pre-post test values of the emotional indicators from the IG and CG are presented.

Table 2 also shows the differences between variables D1 (pre-test) and D2 (post-test) for IG and CG. Significant differences were observed between D1 and D2 for IG ($p=0.007$), whereas between D1 and D2 for CG no differences were found ($p>0.560$).

We analysed the data frequency of the emotional items of the IG, as this group was the only one showing significant improvement. For IG the following items were identified:

- We observed seven items that did not appear in any of the drawings (D1–D2), before or after D/MT program, these were: shading

Table 1
Descriptive analysis of the IG and the CG.

		N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Intervention Group	Age	22	19	66	47.27	11.667
	D1 EI	22	0	12	5.55	3.648
	D2 EI	22	0	12	4.05	3.258
Control Group	Age	20	19	66	48.15	12.461
	D1 EI	20	0	12	4.30	0.669
	D2 EI	20	0	12	4.50	0.686

Note. EI = Emotional Indicators.

Table 2
Differences between the results of the beginning and the end of the session (D1–D2) in the IG and the CG.

Group	Pares	X/S	Sig.
IG	D1–D2	5.55 ± 3.648 vs 4.05 ± 3.258	0.007
CG	D1–D2	4.30 ± 0.669 vs 4.50 ± 0.686	0.560

Note. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

of the hand/neck, asymmetry, crossed eyes, teeth, big hands, legs together and clouds.

We identified four items that did not change after the D/MT program: transparencies, hands cut off, monster and 3+ figures (see Table 3).

In addition, there were five items that increased its frequency after the D/MT program: poor integration, shading of the body/limb, slanting figure, big figure and genitals (see Table 3).

However, 14 items decreased its frequency after the D/MT program, showing an improvement, these were: shading of the face, tiny figure, tiny head, short arms, long arms, arms clinging, no eyes, no nose, no mouth, no body, no arms, no legs, no feet and no neck (see Table 3).

In Table 4 we show the percentage of decrease of the mentioned 14 items regarding the emotional indicators after D/MT program (D2).

Finally, Table 5 allows us to observe in more detail the results related to the participants that have had an increment or decrease or no change on the emotional indicators at the end of the D/MT program (D2).

The emotional indicators are reduced in 13 participants from the IG. In nine cases the score decrease, and the lower score was equal or greater than 2; meanwhile the remaining four scores observed in the D2 were between 0 and 1 (see Table 5). In the CG the emotional indicators decreased in six participants, even though they scored more than 2 items in the D2.

In addition, we can observe that the scores of the IG increase in relation to D1–D2 in four participants, while eight participants from the CG increased their scores (see Table 5).

Discussion

The purpose of this study was to analyse the changes in emotional well-being in adults with ID before and after a D/MT program. Emotional indicators have been assessed with the HFD test (Koppitz, 1984), due to the appropriateness of the instrument when evaluating people with cognitive impairment or expressive language limitations (Maganto et al., 2007).

At the beginning of the D/MT program, the emotional indicators that were more representative for participants were: no neck (59.1%), poor integration (54.5%), no mouth (50%), short arms (40.9%), no body (40.9%) and no feet (40.9%) (see Table 1). In the HFD test, body parts omitted or distorted suggest emotional conflicts related to those specific body parts. Moreover, there were

Table 3
Percentage of the presence of emotional items in each of the DFHs in the IG.

No Item	EI%	D1	D2
1	Poor integration	54.5	59.1
2	Shading of the face	9.1	4.5
3	Shading of the body/limb	4.5	9.1
4	Shading of the hand/neck	0	0
5	Asymmetry	0	0
6	Slanting figure	0	9.1
7	Tiny figure	13.6	0
8	Big figure	18.2	31.8
9	Transparencies	4.5	4.5
10	Tiny head	18.2	0
11	Crossed eyes	0	0
12	Teeth	0	0
13	Short arms	40.9	31.8
14	Long arms	13.6	9.1
15	Arms clinging	4.5	0
16	Big hands	0	0
17	Hands cut off	54.5	54.5
18	Legs together	0	0
19	Genitals	0	4.5
20	Monster or grotesque figure	9.1	9.1
21	3+ figures	4.5	4.5
22	Clouds etc.	0	0
23	No (= omission) eyes	27.3	13.6
24	No nose	31.8	27.3
25	No mouth	50	13.6
26	No body	40.9	18.2
27	No arms	22.7	13.6
28	No legs	31.8	9.1
29	No feet	40.9	22.7
30	No neck	59.1	54.5

Note. D1 = Pre-Test DFH beginning of the D/MT program (session 4), D2 = Post-Test DFH the end of the D/MT program (session 24).

Table 4
Percentage of the decrease of the emotional indicators, after the D/MT program.

No. Item	Emotional Indicators	Intervention Group D1–D2
25	No mouth	36.4
26	No body	22.7
28	No legs	22.7
10	Tiny head	18.2
29	No feet	18.2
23	No eyes	13.7
7	Tiny figure	13.6
13	Short arms	9.1
27	No arms	9.1
2	Shading of the face	4.6
30	No neck	4.6
14	Long arms	4.5
15	Arms clinging	4.5
24	No nose	4.5

Note. No = Omission.

observed relationship and manipulation difficulties, directly linked to the omission and distortion of both hands and arms (De Felipe et al., 2011; Hammer, 1978; Koppitz, 1984).

Table 5
Scores D1–D2 of each of the participants (IG and CG).

Emotional Indicators	IG (n=22)		CG (n=20)	
	No of participants	Scores D1–D2	No of participants	Scores D1–D2
Score remains 2 or more	3	2–2	4	2–2
		3–3		2–2
		9–9		4–4
Score remains 0–1	2	0–0	2	0–0
		1–1		1–1
Score increases 0/1–2	1	1–2	3	0–2
				1–2
Score decreases 2 or more – 0/1	4	2–0		1–2
		2–1		1–2
		2–1		1–2
		4–0		
Score increases	3	4–5	5	3–4
		6–7		4–5
		10–12		6–8
				8–9
				8–12
Score decreases	9	4–3	8	4–3
		7–6		10–8
		8–4		5–3
		8–7		6–5
		9–2		7–6
		9–6		7–5
		9–4		
		12–7		
		10–7		

Note. Scores between 0 and 1: one emotional indicator is not conclusive.

Scores 2 or more emotional indicator are the thresholds to consider emotional difficulties.

Koppitz (1984) defines short arms emotional indicator as an item that stresses limitations within the person ("deficiency"). Poor integration item refers to "one or more body parts that are not attached to the rest, one of the parts is just attached by a line or barely touches the rest of the body" (Koppitz, 1984, p. 384). This item highlights body awareness difficulties, as well as important cognitive and emotional limitations.

After the program was applied, Post-Test results (D2) underlined changes at emotional level. Fourteen emotional indicators decreased, emphasizing an enhancement in: interpersonal relationship, self-concept, anxiety, self-confidence and the capacity to identify emotions, as well as body self-awareness, which indicate an improvement in emotional well-being (see Table 2). First, items linked with omissions were rejected, as before the program participants may just not have integrated those body parts, or did not draw them because of emotional conflicts related with those parts. However, after the program, those previously omitted parts did appear, increasing the occurrence percentage of occurrence and evidencing a higher integration of the body image. Those mentioned items were: no mouth (36.4%), no body (22.7%), no legs (22.7%), no feet (18.2%), no eyes (13.7%), no arms (9.1%), no neck (4.6%), no nose (4.5%) (see Table 2).

Tiny figure item (13.6%) had also improved. The drawing size is related with self-confidence and self-concept (Barbosa, 2013; Barner et al., 2013; Pérez et al., 2007). Another item that has shown improvement is the decrease on face shading (4.6%), which is related to anxiety and the lack of the own body acceptance (Barner et al., 2013; Pérez et al., 2007).

Three items that were related to arms showed an improvement. Concretely, short arms, (9.1%), long arms (4.5%) and arms clinging (4.5%) indicates a contact between parts improvement, which is tightly related to a better relationship with the other participants and with the context surrounding (Koppitz, 2000), Fischman (2005)

stated that programs that focused on body work foster interpersonal relationship abilities.

Participants of the IG that took part in the D/MT program improved their emotional well-being at the end of the program and no changes were observed for the CG (see Table 4). Our findings agree with other studies sustaining that D/MT practice triggers emotional and body awareness benefits (Barner et al., 2013; Barner-López et al., 2015b; Koch et al., 2014; Pérez et al., 2009; Pérez-Testor, 2010; Panhofer, 2005; Ritter & Low, 1996; Wengrower & Chaiklin, 2008). D/MT supports the person's emotional integration as Frieder and Ekstein (1981) stated.

D/MT program has allowed participants to explore new ways of communicating and expressing their own emotions, and has focused on tackling participants' health (Fischman, 2001; González & Macciuci, 2013). In concordance with the study by Vera (2006), the program has triggered QoL benefits for adults with ID, concretely within the emotional well-being dimension (Schallock et al., 2006).

This study aims to be a contribution towards evidence based knowledge in relation to how D/MT may be an appropriate program for adults with ID, and it gives light to new lines of research highly needed in that field, as WHO (2011) stresses. Besides, recent researches highlight the need to broaden studies related to dance or D/MT programs (Barner-López et al., 2015a; Koch et al., 2014).

Limitations and future researches

Using only one assessment instrument in this study is a limitation that needs to be taken into account. HFD test refers to the person's patterns or difficulties, so conclusions must be warningly considered and cannot be generalized. Future investigations may add another assessment instrument to its evaluation protocol. The elaboration and application of an

observational instrument may allow researchers to enrich the information provided by the HFD test (Barnet-López et al., 2015a). This second instrument might strengthen and complement the results related to people with ID emotional aspects.

With regards to future researches, differences between gender might be studied, and the EG sample size might also be broadened. It would be also interesting to include the assessment of cognitive components and complementing the HFD test with another instrument that may allow researchers to get a deeper understanding of the emotional aspects of the participants attending D/MT sessions.

Conclusions

Participants who took part in the D/MT program group showed a significant improvement related to different emotional aspects such as interpersonal relationship, self-concept, anxiety, self-confidence, the level of emotions identification and the body self-awareness. D/MT program has incremented the emotional well-being of the participants.

We definitely consider D/MT to be a program that empirically improves the emotional well-being of people with ID, directly impacting their QoL.

Acknowledgments

This study was conducted with the support with a grant provided by de Fundació Blanquerna, Beca Recerca Blanquerna (Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Lull). This research was partially financed by the Spanish Ministry of Economy and Competitiveness through the National RDI Plan (DEP2012-38984). The authors would like to thank the Ramon Noguera Foundation for their collaboration, and the staff for their support during the study. We also would like to thank the participants who engaged actively throughout the entire study, and Cristina Mumbardó, Helena Sendra and Elena Carrillo, PhD for their support with the English language.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 5). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Arthur, A. R. (2003). The emotional lives of people with learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 31(1), 25–30. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-3156.2003.00193.x>
- Ballesta, A. M., Vizcaino, O., & Mesas, E. C. (2011). El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas. *Arte y políticas de identidad*, 4, 137–152.
- Barbosa, P. (2013). *Psicopatología y test gráficos: El psicodiagnóstico diferencial mediante los dibujos de la casa, el árbol y la persona (HTP)*. Barcelona: Herder.
- Barnet, S., Pérez-Testor, S., & Guerra, S. (2013). El autoconcepto en la danza movimiento terapia con personas adultas con discapacidad intelectual: Estudio de un caso grupal. In *Poster presented at the 3rd National Congress of Creative Therapies*.
- Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Arbonés-García, M., & Guerra-Balic, M. (2015). La danza en personas con discapacidad intelectual: Revisión sistemática e identificación de los elementos necesarios para evaluar cambios de movimiento. *Ausart Journal for Research in Art*, 3(1), 213–227. <http://dx.doi.org/10.1387/ausart.14398>
- Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Cabeldo-Sanromà, J., Gozzoli, C., Oviedo, G. R., & Guerra-Balic, M. (2015). Developmental Items of Human Figure Drawing: Dance/Movement Therapy for Adults with Intellectual Disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 1–15. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-015-9201-1>
- Bernell, M. A. (2003). La experiencia de la música y la danza con la calidad de vida: programa de intervención. *Música y educación: Revista trimestral de pedagogía musical*, 16(56), 95–107.
- Blanco, A. R., & Jiménez, M. R. (2005). Música y salud: La danza calidad de vida. In *Envejecimiento, salud y dependencia*. pp. 81–98. Universidad de La Rioja. Boletín Oficial del Estado, B.O.E. Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. 1999.
- Borja, V., & Solís, P. (2012). Taller de música y danza: Expresión Corporal en un centro de apoyo a la integración de personas con discapacidad intelectual. *EndúF: revista digital de educación física*, 14, 52–59.
- Chace, M. (1953). Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 219–225.
- De Felipe, J., Escribano, T., de la Fuente, E., Pina, P., Ripoll, M., Ruiz, A., & Sánchez-Mármol, M. (2011). Estudio del dibujo de las manos en la figura humana y su relación con los vínculos en una muestra de pacientes. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 24, 46–58.
- Decálogo de actividad física. Conferencia Internacional Sobre el Deporte adaptado. Recuperado en <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/caidv/interedvisual/http://decologo.deporte.adaptado.pdf>. 2003.
- Ditchman, N., Werner, S., Kosyluk, K., Jones, N., Fig. B., & Corrigan, P. W. (2013). Stigma and intellectual disability: Potential application of mental illness research. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 206.
- Dunphy, K., & Scott, J. (2003). *Freedom to move: movement and dance for people with intellectual disabilities*. Sydney, Australia: MacLennan and Petty.
- Fischman, D. (2001). *Danzaterapia: Orígenes y fundamentos*. ADTR.
- Fischman, D. (2005). La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia. In *Unpublished doctoral dissertation*. Palermo: Universidad de Palermo.
- Frieder, S., & Ekstein, D. (1981). What is dance therapy? Annual for facilitators, and consultants. *American Dance Therapy Association*.
- González, S., & Macciuci, M. I. (2013). El poder de la danza en personas con discapacidad. In *In X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Hämäläinen, S. (2007). The meaning of bodily knowledge in a creative dance-making process. In L. En Routhainen (Ed.), *Ways of knowing in dance and art* (pp. 56–78). Helsinki: Yliopistopaino.
- Hammer, E. F. (1978). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 23(66), 23–41.
- Hoban, S. (2000). Motion and emotion: The dance/movement therapy experience. *Nursing Homes*, 49(11), 33–34.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46–64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.004>
- Koppitz, E. (1984). *Psychological evaluation of human figure drawings of middle school pupils*. New York: Grune & Stratton.
- Koppitz, E. (2000). *El dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy: A Health Art*. Virginia: The American alliance for health, physical education, recreation, and dance.
- Lloret, V. G. (2009). Danza e integración. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 79–96.
- Maganto, C., & Garaigordobil, M. (2009). *Test de dibujo de dos figuras humanas (T2F)*. Madrid: TEA.
- Maganto, C., Gaigorobil, M., & Etxeberria, J. *Revisión del dibujo de la figura humana en niños y niñas de 5 a 12 años. Diseño y estandarización del dibujo de la figura humana (DFH-R) y del Screening de Problemas de Conducta Infantil (SPCI) en las Ikastolas de la Comunidad Autónoma Vasca. Estudio preliminar*. 2007. San Sebastián-Donostia: Euskal Herriko Ikastolen Kooperazioa.
- Martín, M. (2009). La práctica de la actividad física a través de la danza en la autoestima y la expresión gráfica de emociones de la adolescente saharauí: estudio piloto. Directora: Susana Pérez. Barcelona: Facultad Blanquerna.
- Mora, D. M., Salazar, W., & Valverde, R. (2001). Efectos de la música-danza y del refuerzo positivo en la conducta de personas con discapacidad múltiple. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 1(1), 19–33. <http://dx.doi.org/10.15517/pensarmov.v1i1.420>
- Nanni, D. (2005). La enseñanza de la danza en la estructuración/expresión de la conciencia corporal y de la autoestima del educando. *Fitness & Performance Journal*, 4(1), 45–57. <http://dx.doi.org/10.3900/fpj.4.1.45.a>
- OMS. Informe Mundial de la Discapacidad. Recuperado en http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary.es.pdf. 2011.
- Pérez, S., Guerra, & Massó, N. (2007). El Dibujo de la Figura Humana com a llenguatge expressiu. *Aloma: Revista De Psicologia, Ciències De l'Educació I De l'Esport Blanquerna*, 21, 223–230.
- Pérez, S., Sanhauja, M., Guerra, M., Martínez, E., Massó, N., & Costa, L. (2009). Impact of a creative dance class on intellectual and affective development in Down syndrome adolescents. In *Poster presented at the 19th annual international meeting of the association for dance medicine & science*
- Pérez-Testor, S. (2010). Proyecto de D.E.C. danza esquema corporal y su repercusión emocional. In *En: La investigación en danza en España 2010*. pp. 108–115.
- Panhofer, H. (2005). El cuerpo en psicoterapia. In *Teoría y práctica de la danza movimiento terapia*. Barcelona: Ed. Gedisa [Coord.].
- Paredes, D. (2010). Bienestar emocional y expresión conductual en las personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4(2), 51–60.
- Paterson, L., McKenzie, K., & Lindsay, B. (2012). Stigma, social comparison and self-esteem in adults with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(2), 166–176.
- Ritter, M., & Low, K. C. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249–260.
- Ruano, K. ¿Cómo expresamos las emociones? En Sánchez, G., Tabernero, B., Coterón, F. J., Llanos, C. y Llearreta, B. (Coords.). *En Expresión, Creatividad y Movimiento*. I Congreso Internacional de Expresión Corporal y Educación. 2003. Salamanca: Amari Ediciones.

- Schalock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R., Garder, J., & Bradley, V. (2006). Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. In *Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas*. Madrid: Colección Feaps.
- Stanton-Jones, K. (1992). *Dance movement therapy in psychiatry*. London: Routledge.
- Thomas, J. R., & Nelson, J. K. (2007). *Métodos de investigación en actividad física*. Barcelona: Paidotribo.
- Vella, G., & Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 3–13.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles Del Psicólogo*, 27(1), 3–8.
- Wengrower, H., & Chaiklin, S. (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Ed. Gedisa [Coord.].

5.4. ARTÍCULO 4

Barnet-Lopez, S., Pérez-Testor, S., Arbonés-Garcia, M., & Guerra-Balic, M. (2015). La danza en personas con discapacidad intelectual: Revisión sistemática e identificación de los elementos necesarios para evaluar cambios de movimiento. *AUSART*, 3(1).

APORTACIÓN DE LOS AUTORES

En este artículo contribuí en el desarrollo de su diseño, en la recolección de datos, en el análisis e interpretación de los resultados y en la preparación del manuscrito. La co-autora Arbonés participó en el proceso del diseño, en la recolección de los datos y en la redacción del manuscrito. La Dra. Pérez participó en el análisis e interpretación de los resultados, así como en la redacción del manuscrito; y la Dra. Guerra contribuyó como soporte en el desarrollo del diseño y en la revisión final del manuscrito, aportando cambios relevantes en su contenido.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL CUARTO ARTÍCULO

Objetivos

Realizar una revisión sobre estudios que utilizan el DFH en población con DI y que participan en programas vinculados a la danza. Revisar además el tipo de instrumento adecuado para poder complementar la información que nos ofrece el DFH en relación a los cambios de movimiento que suceden en sesiones de danza, también en población con DI.

Resultados

En relación a la primera parte del artículo, se obtuvieron 17 referencias a estudios sobre el test del DFH en sesiones de danza con población con DI. Por lo que hace a la segunda parte, sobre los estudios vinculados a los instrumentos de evaluación en población con DI para sesiones de danza, se obtuvieron 16 estudios en total.

Conclusiones

Los resultados muestran la falta de estudios que vinculen la danza con la población adulta con DI. En el campo de la DI en danza, destacan estudios con población diagnosticada dentro del espectro del autismo. Además, no se ha encontrado ningún instrumento que evalúe los cambios del movimiento en población con DI. La revisión concluyó que para complementar la información obtenida con el DFH sería interesante utilizar un instrumento observacional y, de este modo, conocer lo que sucede con el movimiento durante la sesión.

LA DANZA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA E IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA EVALUAR CAMBIOS DE MOVIMIENTO*

Silvia Barnet López

Universitat Ramon Llull, FPCEE Blanquerna

Susana Pérez Testor

Universitat Ramon Llull, FPCEE Blanquerna

Mar Arbonés García

Universitat Autònoma de Barcelona

Myriam Guerra Balic

Universitat Ramon Llull, FPCEE Blanquerna

Resumen

La danza se considera una herramienta que contribuye al bienestar de la persona desde una perspectiva integradora. Estudios anteriores afirman, a través del Dibujo de la Figura Humana (DFH), que mejora el bienestar emocional y físico en población con Discapacidad Intelectual (DI). El DFH evalúa el antes y el después de la sesión de danza, pero no durante. Así pues, los objetivos de este estudio son: Actualizar estudios anteriores sobre el test del DFH en población con DI que participan en actividades de danza. Revisar el tipo de instrumento más adecuado para población con DI que complemente la información que nos ofrece el test DFH, en relación a los cambios de movimiento que suceden durante la sesión de danza. Determinar las características que debería tener el protocolo para la creación del instrumento de evaluación de los cambios de movimiento.

Palabras-clave: DANZA; DISCAPACIDAD INTELLECTUAL; EVALUACIÓN

Abstract

From a holistic approach, the dance is considered a tool which contributes to the well-being of a person. Previous studies claimed to improve the emotional and physical well-being through the Human Figure Drawing (HFD) on a population with intellectual disability (ID). The HFD was evaluated before and after a dance session, but not throughout it. Therefore, the objectives of this study are: update previous studies of the HFD test on a ID population participating in dance activities. To review the most appropriate type of instrument for people with ID to supplement the information obtained from the HFD test related to the changes in motion that occur during the dance session. Determinate which characteristics the protocol should have in order to generate an evaluation tool to assess movement changes.

Keywords: DANCE; INTELLECTUAL DISABILITY; EVALUATION

Barnet López, Silvia, Susana Pérez Testor, Mar Arbonés García & Myriam Guerra Balic. 2015. "Instrumentos de evaluación en la danza con personas con discapacidad intelectual", *AusArt* 3 (1): 213-227. DOI: 10.1387/ausart.14398

* Proyecto parcialmente financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (I+D DEP 2012-38984) y por la Beca de Recerca Blanquerna de la FPCEE-Blanquerna, Universitat Ramon Llull.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. DANZA Y MOVIMIENTO EN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La danza es reconocida como tratamiento efectivo por la American Dance Therapy Association en personas con discapacidades médicas, sociales, físicas o psicológicas (ADTA, 2011) desde la perspectiva de la Danza Movimiento Terapia (DMT). El movimiento es inherente a la persona, éste adquiere protagonismo a raíz de las aportaciones del análisis del movimiento de Rudolf Laban (1987). Cuando se habla de movimiento se incluye; la forma de caminar, de gesticular, de relacionarnos con los demás, de establecer contacto físico o de evitarlo, entre otros elementos. Con el conjunto de estos elementos es posible determinar un perfil de movimiento (Fischman 2008).

La DMT, junto con otras terapias creativas como la arte terapia o música terapia, son consideradas efectivas en la intervención en la Discapacidad Intelectual (DI). Dan espacio a la expresión más libre del sujeto, sin forzar un razonamiento previo, permitiendo establecer una conexión terapeuta-paciente más próxima, así como la del paciente consigo mismo (Hurley, Tomasulo y Pfadt 1998).

En la actualidad la asociación para personas con síndrome de Down y otras discapacidades intelectuales (ASSIDO), emplea la danza y la música, entre otras vertientes del arte, para el bienestar y la mejora de la calidad de vida en personas con DI (Ballesta, Onil y Mesas 2011).

En DI estamos trabajando con grupos heterogéneos con un amplio abanico de niveles de funcionamiento, de limitaciones y de cualidades. Por lo tanto, consideramos que el diagnóstico proporciona una parte de la información, pero para la intervención y la evaluación deberemos tener presente las características individuales (Jané, 2004).

1.2. EVALUACIÓN EN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Se han realizado estudios para evaluar la eficacia de la DMT en población con DI, los cuales muestran cambios positivos a nivel psicológico y físico, al inicio y al final de una sesión o de un proceso terapéutico. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron las habilidades físicas de movimiento, como

la coordinación; la autonomía personal; la satisfacción y goce personal; y la imagen corporal (Hecox, Levine y Scott 1975; Rogers 1977; Tipple 1975).

Meredith Ritter y Kathryn Low (1996) incluyen en su meta-análisis una valoración de estudios cuantitativos en DMT en diferentes poblaciones. Se observan cómo limitaciones, estudios con una muestra pequeña y pocos estudios en población adulta con DI.

Otro meta-análisis es el realizado por Sabine Koch, Teresa Kunz, Sissy Lykou y Robin Cruz (2014) con el objetivo de determinar los efectos de la DMT y el uso terapéutico de la danza desde 1996. Se observa que la mayoría de estudios están enfocados al espectro del autismo en población infantil. Las conclusiones constatan que tras la aplicación del programa, los pacientes mejoran en humor, afecto, calidad de vida, imagen corporal y competencia interpersonal.

Estudios anteriores (Pérez-Testor et al. 2009, Martín, Pérez-Testor y Guerra 2009; Pérez-Testor et al. 2012; Barnet y Guerra 2012; Barnet, Pérez Testor y Guerra 2013; Pérez-Testor y Griñó 2014) muestran los beneficios que aporta la danza a través de la evaluación del Dibujo de la Figura Humana (DFH). El DFH es un test utilizado en distintas poblaciones, principalmente en niños y personas con dificultades de expresión oral (Koppitz 2000). El movimiento, al igual que el dibujo, son vehículos de expresión de emociones y sentimientos del pensamiento consciente e inconsciente de la persona (Fischman 2008). Rudolf Laban (1987) propone identificar patrones comunes en poblaciones con características similares y crea la Teoría del Análisis del Movimiento (AML), para describir y analizar el movimiento humano. La utilización del DFH nos permite evaluar el cambio de la persona, antes y después de la sesión de danza, tanto a nivel evolutivo como a nivel emocional, pero no durante la sesión.

Según Teresa Anguera (1989) si el problema se refiere a una conducta compleja que se desarrolla en el entorno habitual de la persona, el método observacional será una herramienta útil para poder desarrollar un estudio sistematizado y cuantitativo. El sistema de categorías como instrumento de medida observacional nos permitirá precisión y objetividad.

Las investigaciones fundamentadas en la observación son útiles sobretudo para aquellas poblaciones que presentan dificultades para proporcionar informes verbales por algún tipo de limitación, como por ejemplo en personas con DI (Anguera 1989).

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos del estudio son: (1) Actualizar estudios anteriores sobre el test del DFH en población con DI que participan en actividades de danza. (2) Revisar el tipo de instrumento más adecuado para población con DI que complementa la información que nos ofrece el test DFH, en relación a los cambios de movimiento que suceden durante la sesión de danza. (3) Determinar las características que debería tener el protocolo para la creación del instrumento de evaluación de los cambios de movimiento.

3. METODOLOGÍA

Se realizaron dos revisiones sistemáticas de la literatura científica publicada en los últimos 10 años según la propuesta de Verdonshot, de Witte, Reichrath, Buntinx y Curfs (2009), en el que se puntúan todos los artículos en un procedimiento multietápico.

Primera revisión: Estudios que fueron recuperados en las bases de datos: ERIC, Psycinfo y Pubmed, con las siguientes palabras clave: *Intellectual Disabilities, Intellectual Disability, Developmental Disabilities, Mental Retardation y/o Dance or Dance Therapy y/o Human Figure Drawing* (ver Tabla 1).

Segunda revisión: Estudios recuperados en las bases de datos: ERIC, Psycinfo y Pubmed, con las siguientes palabras clave: *Intellectual Disabilities, Intellectual Disability, Developmental Disabilities, Mental Retardation y/o movement analysis y/o evaluation* (ver Tabla 2).

Para ambas revisiones sistemáticas se determinaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de Inclusión- Para la *primera revisión sistemática* se incluyeron aquellos artículos sobre población con DI; que relacionen la DI con danza o elementos de la danza terapia o de terapias creativas, o estudios con población con DI donde se utilice el instrumento del DFH. También se incluirán aquellos artículos que relacionen los tres elementos la DI, la Danza/Danza Terapia y el DFH. En el caso de la *segunda revisión sistemática* se incluyen artículos sobre

población con DI; que relacionen la DI con tipos o instrumentos de evaluación o análisis del movimiento. También se incluyeron aquellos artículos que relacionen los tres elementos la DI y la evaluación y el análisis del movimiento.

Criterios de Exclusión- Este criterio es común para ambas revisiones, no se aceptaran aquellos artículos publicados hace más de 10 años.

Tabla 1.
Artículos extraídos de la revisión sistemática de estudios con población con DI sobre el test del DFH en sesiones de danza.

Artículos extraídos de las bases de datos que reúnen los criterios de inclusión N = 16 artículos	Artículos adicionales extraídos de fuentes originales que reúnen los criterios de inclusión. N = 1 artículo
Total de artículos que reúnen los criterios de inclusión. N = 17 artículos	

Tabla 2.
Artículos extraídos de la revisión sistemática de estudios con población con DI instrumentos de evaluación en sesiones de danza.

Artículos extraídos de las bases de datos que reúnen los criterios de inclusión. N = 14 artículos	Artículos adicionales extraídos de fuentes originales que reúnen los criterios de inclusión. N = 2 artículos
Total de artículos que reúnen los criterios de inclusión. N = 16 artículos	

Posteriormente a las dos revisiones sistemáticas, se extrajeron aquellos elementos importantes para nuestro estudio y vinculados con el marco teórico;

para determinar las características de una propuesta de protocolo para la realización de un instrumento de evaluación para sesiones de danza en DI.

4. RESULTADOS

En la primera revisión se seleccionaron un total de 17 artículos vinculados a estudios con población con DI sobre el test del DFH en sesiones de danza (ver Tabla 3).

Tabla 3.
Resultados obtenidos de 18 estudios que cumplen los criterios de inclusión y exclusión para la primera revisión sistemática.

Autor y año publicación	Título	Diagnóstico	Instrumentos	Temática o Intervención
2006 Jobling A., Virji-Babul, N., y Nichols D.	Children with Down Syndrome: Discovering the Joy of Movement	Niños con síndrome de Down	Observación sesiones: Movimientos	Danza y movimiento
2006 Lee, A., y Hobson, P.	Drawing Self and Others: How Do Children with Autism Differ from Those with Learning Difficulties?	Niños y adolescentes con Autismo	Dibujo de la figura humana	-
2006 Stephenson, J.	Music Therapy and the Education of Students with Severe Disabilities	Estudiantes con DI severa y moderada	-	Música Terapia

Instrumentos de evaluación en la danza
con personas con discapacidad intelectual

2007 Wheeles, B.L., y Stultz, S.	Using Typical Infant Development to Inform Music Therapy with Children with Disabilities	Niños con problemas de desarrollo y atención	Análisis de la Observación a través de las sesiones registradas basado en el modelo de desarrollo psicosocial de Greensapn	Música Terapia
2008 Hui Keow, L., y Slaughter V.	Brief Report: Human Figure Drawings by Children with Asperger's Syndrome	Niños con síndrome de Asperger	Dibujo Libre, Dibujo de la Figura Humana y Test persona, casa y árbol	-
2008 Nicole Martin, Lawrence, K.S.	Assessing Portrait Drawings Created by Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder	Adolescentes con espectro autista	Dibujos de rostros	-
2008 Skoning, S.N.	Movement and Dance Inclusive Classroom	Estudiantes con DI o trastornos emocionales o trastorno por déficit de atención, otros	Propuesta de Teoría: Análisis de Observación del Movimiento de Rudolf Laban	Movimiento Creativo y Danza
2009 Lister, S., Denise, T., Snow, S., et al.	Development of a creative arts therapies center for people with developmental disabilities.	DI	-	Terapias Creativas
2010 Krikeli, V., Michailidis, A., y Klavdianou, N.D.	Communication improvement through music: The case of children with developmental disabilities	Niños con discapaci- dades en el desarrollo	State-Trait Anxiety Inventory Scale	Música Terapia

2011 Betty, B., y Peggy, V.	The Adapted Dance Process: Planning, Partnering, and Performing	Discapacidad	-	Programa de pedagogía de la danza inclusivo
2011 Johnnye, K.	Camp Thunderbird, Taking Flight with Dance and Physical Education for Special Populations	Espectro Autista, Retraso Mental, Trastornos del comporta- miento o emocionales, otros	-	Programa de promoción de la actividad física y las artes; danza y música
2011 Kilbane, A., y Johaba, A.	Therapy Expectations: Preliminary Exploration and Measurement in Adults with Intellectual Disabilities	Adultos con DI	Psychometric evaluation of the therapy expectation measure (TEAM) (test - retest) and semi- structured interviews	-
2012 Emck, C., Maaiké, P., y Manon, V.	Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders.	Niños con DI	Un cuestionario para niños sobre la experiencia corporal	Terapia psicomotriz
2012 Tsimaras, V.K., Giamouridou G.A., Kokaridas D.G. et. al.	The effect of a tra- ditional dance tra- ining program on dynamic balance of individuals with mental retarda- tion.	Retraso Mental: Leve o moderado	Pruebas de esfuerzo; Equilibrio dinámico	Programa de danza tradicional Griega

Instrumentos de evaluación en la danza
con personas con discapacidad intelectual

2013 Amos, P.	Rhythm and timing in autism: Learning to dance.	Autismo	-	Danza
2014 Koch, S., Mehl, L., Sobanski, E., et al.	Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder	Adultos jóvenes con Autismo	-	Danza Movimiento Terapia
2015 Teo, J., y Ong Puay, H.	Dance and movement as therapy for children with autism spectrum disorders (ASD): A case for Kuching, Sarawak.	Autismo	-	Danza Movimiento Terapia

En relación a la segunda revisión sistemática, se seleccionaron un total de 16 artículos referentes a estudios vinculados a instrumentos de evaluación para sesiones de danza en población con DI (ver Tabla 4).

Tabla 4.
Resultados obtenidos de 16 estudios que cumplen los criterios de inclusión y exclusión para la segunda revisión sistemática.

Autor y año publicación	Título	Diagnóstico	Instrumentos
2007 Martin, L., Hirdes, J., Fries, E. y Smith, T.	Development and Psychometric Properties of an Assessment for Persons with Intellectual Disability-The InterRAI ID	DI	InterRAI-Intellectual Disability Dementia Questionnaire Reiss Screen
2008 Starr, J. y Marsden, L.	Characterisation of user-defined health status in older adults with intellectual disabilities	Adultos mayores con DI	User-led health assessment

2009 Bossaert, G., Kuppens, S., Buntinx, W., et al.	Usefulness of the Supports Intensity Scale (SIS) for Persons with Other than Intellectual Disabilities	DI	Supports Intensity Scale (SIS)
2009 Matson, J., Dempsey, T. y LoVullo, S.	Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS	Adultos con DI, autismo y otros	Matson Evaluation of Social Skills for individuals with severe retardation (MESSIER)
2009 Singh, A., Matson, J., Mouttapa, M., Pella, R., et al.	A Critical Item Analysis of the QABF: Development of a Short Form Assessment Instrument	DI	Questions About Behavioral Function (QABF)
2009 Woodard, C.	Psychometric Properties of the ASPeCT-DD: Measuring Positive Traits in Persons with Developmental Disabilities	DI	Assessment Scale for Positive Character Traits-Developmental Disabilities (ASPeCT-DD)
2010 Willner, P., Bailey, R., Parry, R. y Dymond, S.	Evaluation of executive functioning in people with intellectual disabilities	DI	Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS-C) y Cambridge Executive Functioning Assessment (CEFA)
2011 Kilbane, A. y Jahoda, A.	Therapy Expectations: Preliminary Exploration and Measurement in Adults with Intellectual Disabilities	Adultos con DI	Therapy expectation measure (TEAM) Semi-structured interviews

2012 McKenzie, K., Paxton, D., Murray, G., et al.	The Evaluation of a Screening Tool for Children with an Intellectual Disability: The Child and Adolescent Intellectual Disability Screening Questionnaire	Niños y adolescentes con DI	Child and Adolescent Intellectual Disability Screening Questionnaire" (CAIDS-Q)
2012 Vakil, E. y Lifshiltz-Zehavi, H.	Solving the Raven Progressive Matrices by Adults with Intellectual Disability with/without Down Syndrome: Different Cognitive Patterns as Indicated by Eye-Movements	Adultos con síndrome de Down o DI no especificado y niños con TD	Matrices de Raven
2013 Chaplin, E., Chester, R., Tsakanikos, E., et al.	Reliability and Validity of the SAINT: A Guided Self-Help Tool for People with Intellectual Disabilities	Adultos con DI	Self Assessment and Intervention (SAINT) Glasgow Depression Scale-Learning Disabilities Glasgow Anxiety Scale- Intellectual Disabilities
2013 Gies, M.	The use video prompting on the acquisition, maintenance, and generalization of a line dance by adolescents with autism spectrum disorders	Adolescentes con autismo	Modelado en video
2013 McVilly, K., Webber, L., Sharp, G. y et al.	The Content Validity of the Behaviour Support Plan Quality Evaluation Tool (BSP-QEII) and its Potential Application in Accommodation and Day-Support Services for Adults with Intellectual Disability	Adultos con DI	Behaviour support plans (BSPs) y Plan Quality Evaluation tool (BSP-QEII)

2013 Smulders, E., Enkelaar, L., Schoon, Y., et al.	Falls prevention in persons with intellectual disabilities: Development, implementation, and process evaluation of a tailored multifactorial fall risk assessment and intervention strategy	DI	Focus grup
2014 Cocks, E.; Thoresen, S.; Williamson, M., et al.	The individual supported living (ISL) manual: A planning and review instrument for individual supported living arrangements for adults with intellectual and developmental disabilities.	Adultos con DI	Individual supported living (ISL)
2015 Boddy, L.M., Downs, S., Kowles, Z.R. et al.	Physical activity and play behaviours in children and young people with intellectual disabilities: A cross-sectional observational study	Niños y adolescents con DI	Systematic observation techniques

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La evaluación en personas con DI, y especialmente con DI moderada o severa, presenta dificultades a la hora de aplicar ciertos cuestionarios o pruebas psicométricas en las investigaciones, por ello encontramos estudios donde las personas que puntúan los instrumentos son los cuidadores o tutores de la persona. Para ello, un tipo de instrumentos efectivos serán aquellos fundamentados en la observación, bajo un marco metodológico estricto, tal y como afirma Anguera (1989). En este caso el análisis observacional permitiría al profesional obtener información de aquellas conductas o elementos que considera importantes, que se escapan a la atención y difícilmente pueden traducirse en palabras (Anguera 1989).

En los resultados obtenidos en la primera revisión sistemática (ver Tabla 3) destacan los estudios referentes a intervenciones vinculadas con danza, danza terapia u otro tipo de terapias creativas en población infantil y juve-

nil en DI. En cambio, solamente uno de los estudios se centra en población adulta con DI coincidiendo con las aportaciones de Meredith Ritter y Kathryn Low (1996). Además, observamos que dentro de la población con DI destacan aquellos estudios dirigidos a población del espectro del autismo en danza, tal y como observamos en el estudio de Sabine Koch, Teresa Kunz, Sissy Lykou y Robin Cruz (2014).

Referente a la primera revisión, observamos que tres de los estudios utilizan el dibujo como instrumento de evaluación y/o diagnóstico. Además destacan tres artículos que se focalizan en instrumentos de observación. Estos estudios son los que evalúan elementos más similares a los cambios de movimiento, por lo tanto consideramos que un instrumento de tipo observacional sería adecuado para evaluar lo que sucede en la sesión, referente a los cambios de movimiento de los participantes.

La segunda revisión sistemática (ver Tabla 4), muestra diferentes estudios vinculados a la DI donde observamos la utilización de instrumentos muy diversos. Pero en esta revisión no se han encontrado estudios vinculados específicamente en el ámbito de la danza. En estos estudios, encontramos más presencia de evaluación en población adulta con DI y estos están vinculados a temáticas relacionadas con la calidad de vida, protocolos de actuación con este tipo de población, comorbilidad con trastornos emocionales, así como el análisis de conductas, antes o después de una posible intervención, pero no lo que sucede durante la evaluación y tratamiento. Todos estos estudios nos permiten extraer elementos importantes a la hora de determinar un posible instrumento útil para población con DI.

Con los resultados obtenidos de las dos revisiones sistemáticas, así como el marco teórico del estudio, determinamos las características a tener presentes para la propuesta de protocolo para la creación de un instrumento de evaluación que nos permita evaluar los cambios de movimiento en el ámbito de la danza en población con DI:

- Revisión bibliográfica, documentación, clarificación de conceptos, marco teórico y metodología.
- Identificación de los elementos considerados principales para la realización del instrumento: Definiciones precisas de los elementos.

Sistema de categorización. Determinar el número de dimensiones.
Determinar las características de la observación.

- Realizar un seguimiento de la creación del instrumento con asesoramiento de un experto en metodología y estadística.
- La validez del instrumento: Revisión exhaustiva de los conceptos para determinar las variables utilizadas y utilización de la técnica de jueces expertos.
- La fiabilidad del instrumento: Análisis estadístico Kappa de Cohen.
- Antes de utilizar el instrumento, realizar un análisis exploratorio aplicando el instrumento en población con DI.

Concluimos que para complementar la información obtenida con el DFH, sería interesante utilizar un instrumento observacional, el cual nos permitiría conocer lo que sucede en la sesión respecto al movimiento. También detectamos la existencia de pocos estudios que vinculen la danza en población adulta con DI. Además, observamos que no existe ningún instrumento que evalúe cambios de movimiento en población con DI.

Referencias

- AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities). 2011. *Discapacidad intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Traducción de Miguel Angel Verdugo Alonso. Madrid: Alianza
- Anguera Argilaga, María Teresa. 1989. *Metodología de la Observación en las ciencias humanas*. Madrid: Cátedra
- Ballesta Cervantes, Ana María, Onil Vizcaino y Eva Cristina Mesas Escobar. 2011. "El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas". *Arte y Políticas de Identidad* 4: 137-52
- Barnet López, Silvia y Myriam Guerra Balic. 2012. "La danza como recurso para fomentar el bienestar emocional". Póster presentado en el *II Congreso Nacional de Investigación en Danza*, Barcelona
- Barnet López, Silvia, Susana Pérez Testor y Myriam Guerra Balic. 2013. "El autoconcepto en la Danza Movimiento Terapia con personas adultas con discapacidad intelectual: Estudio de un caso grupal". Póster presentado en el *III Congreso Nacional de Terapias Creativas*, Vitoria
- Fischman, Diana. 2008. "Relación terapéutica y empatía kinesiolésica". Pp. 81-96 en *La vida es danza: El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*, Hilda Wengrower y Sharon Chaiklin, coords. Barcelona: Gedisa
- Hecox, Bernadette, Ellen Levine & Diana Scott. 1975. "A report of the use of dance in physical rehabilitation". *Rehabilitation Literature* 36: 11-15

- Hurley, Anne, Daniel Tomasulo & Albert Pfadt. 1998. "Individual and group psychotherapy: Approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities". *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 10: 365-86
- Jané Ballabriga, Maria Claustre. 2004. "Diagnóstico dual en la deficiencia mental". *Suports* 8: 42-58
- Koch, Sabine, Teresa Kunz, Sissy Lykou & Robin Cruz. 2014. "Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis". *The Arts in Psychotherapy* 41: 46-64
- Koppitz, Elizabeth. 2000. *El dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Guadalupe
- Laban, Rudolf. 1987. *El dominio del movimiento*. Madrid: Fundamentos.
- Martin Borrás, María Carmen, Susana Pérez Testor y Myriam Guerra Balic. 2009. "La danza y la expresión corporal en el desarrollo emocional de la adolescente saharauí: estudio piloto". En *Inteligencia emocional, 20 años de investigación y desarrollo: II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*, Santander: Fundación Botín
- Pérez-Testor, Susana y Anna Griñó Roca. 2014. "Proyecto DEC Danza Esquema Corporal: Dibujo de la figura humana con estudiantes adolescentes que practican danza contemporánea". En *III Congreso Internacional de Danza, Investigación y Educación: Género e Inclusión Social*, Málaga. En prensa.
- Pérez-Testor, Susana, Xavier de Blas Foix, Silvia Barnet López y Elisa Guerra Bállic. 2012. "Initial assessment and exclusion criteria of the human figure drawing with university students in Taiwan". Pp. 374-7 en *Together for physical education*. Barcelona: Universitat Ramon Llull
- Pérez-Testor, Susana, Montse Sanahuja-Maymó y Elisa Guerra Bállic, Eloisa Martínez Torregrosa, Núria Massó Ortigosa y Lluís Costa Tutusaus. 2009. "Impact of a creative dance class on intellectual and affective development in Down Syndrome adolescents". Pp. 129-30 en *IADMS 19th Annual Meeting: Abstracts*. The Hague
- Ritter, Meredith & Kathryn Low. 1996. "Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis". *The Arts in Psychotherapy* 23: 249-60
- Rogers, Susan. 1977. "Contributions of dance therapy in a treatment program for retarded adolescents and adults". *Art Psychotherapy* 4: 195-7
- Tipple, Blanche. 1975. "Dance therapy and education". *Journal of Leisureability* 2(4): 9-12
- Verdonschot, Manon M.L. L.P. de Witte, E. Reichrath, W.H.E. Buntinx & L.M.G. Curfs. 2009. "Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: A systematic review". *Journal of Intellectual Disability Research* 53: 55-64

(Artículo recibido 29-04-15; aceptado 09-06-15)

5.5. ARTÍCULO 5

Barnet-Lopez, S., Arbonés-García, M., Pérez-Testor, S., Guerra-Balic, M. Construcción del registro de observación para el análisis del movimiento (ROAM) fundamentado en la teoría de Laban. Revista iberoamericana de psicología del ejercicio físico y del deporte. *En revisión*.

APORTACIÓN DE LOS AUTORES

En este artículo contribuí en el desarrollo de todas las partes del proceso: en el diseño, en la recolección de datos, en el análisis e interpretación de los resultados y en la preparación del manuscrito, con la participación y el soporte de la co-autora Arbonés en cada una de las fases del estudio. La Dra. Pérez participó activamente en la creación del instrumento ROAM presentado, así como en la metodología y la redacción del manuscrito. En el caso de la Dra. Guerra, ésta contribuyó en el análisis de los resultados, en la elaboración de la discusión y en la redacción final de todo el manuscrito.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL QUINTO ARTÍCULO

Objetivos

Construcción de un registro de observación del movimiento que proporcione información general del movimiento de la persona y que sea adecuado para todo tipo de población, incluyendo a personas con posibles limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y/o relacionales.

Resultados

Se presenta la versión definitiva del Registro creado: Registro de Observación de Análisis del Movimiento (ROAM). Este registro está compuesto, como en la Teoría de Laban, por cinco dimensiones: cuerpo, espacio, dinámica, relaciones y acción. También se presentan los resultados de la validez del contenido a través de la técnica de jueces expertos. Durante el proceso, se realizaron cuatro versiones del ROAM hasta obtener la conformidad de todos los expertos. Los resultados de la fiabilidad (Kappa de Cohen) se presentan de forma individual en cada una de las dimensiones y en forma de puntuación total del ROAM: Cuerpo (0.85), Espacio (0.88), Dinámica (0.83), Relaciones (0.61), Acción (0.77) y puntuación total del ROAM (0.72).

Conclusiones

El ROAM es un instrumento que nos permite conocer las características generales del movimiento de la persona y que cumple con los criterios de rigurosidad. Gracias a su sistematización en la categorización y la identificación de elementos no verbales, determina adecuadamente los elementos que evalúa. Se obtuvo la validación del contenido y del constructo, en un primer estudio exploratorio. Además, se alcanzaron buenas puntuaciones en la fiabilidad del instrumento.

CONSTRUCCIÓN DEL REGISTRO DE OBSERVACIÓN PARA EL ANÁLISIS DEL
MOVIMIENTO (ROAM) FUNDAMENTADO EN LA TEORÍA DE LABAN.

CONSTRUCTION OF AN OBSERVATION RECORD SHEET FOR THE MOVEMENT
ANALYSIS (ROAM) BASED ON LABAN'S THEORY.

Resumen

En este artículo se describe el proceso de construcción de un Registro de Observación inspirado en el Análisis del Movimiento de Laban: ROAM. Este tipo de análisis nos permite obtener una medida objetiva y estandarizada sobre las tendencias generales de movimiento de la persona, pudiendo realizar observaciones pre y post intervenciones y así conocer los cambios de movimiento del individuo. En una primera fase se identificaron los elementos básicos para el registro y se realizaron diversas versiones del ROAM mediante la técnica de los jueces expertos. En una fase posterior se realizó el estudio exploratorio utilizando el registro para evaluar dos sesiones de danza movimiento terapia en un grupo de adultos con discapacidad intelectual. El análisis estadístico muestra que el ROAM presenta unos buenos niveles de fiabilidad (0.72), concluyendo que el ROAM permitió analizar las características generales del movimiento de la persona en el estudio exploratorio.

Palabras Claves: Registro de observación y Análisis del movimiento.

Abstract

This article describes the process of building an observing registry inspired on Laban Movement Analysis: ROAM. This type of analysis allows us to obtain an objective and standardized measure providing information on general trends of movement of the person as well as their changes, providing the option of pre and post-intervention test. In a first phase, the basic elements for registration were identified and different versions of ROAM were performed using the technique of experts' judges. Later an exploratory study was conducted to evaluate two sessions of dance movement therapy in adults with intellectual disabilities. When performing statistical analysis the ROAM shows good levels of reliability (0.72). Thus, we conclude that the ROAM allowed us to analyze the characteristics of the general movement of the person in the exploratory study.

Keywords: Observation log and Motion analysis.

Introducción

En este artículo se describe el proceso de construcción de un Registro de Observación inspirado en el Análisis del Movimiento de Laban: ROAM. Este registro será un instrumento útil para evaluar el movimiento de las personas, ya sea comparando entre distintos participantes u observando los cambios que se producen en un mismo participante, antes y después de una intervención (Barnet-Lopez, Pérez-Testor, Arbonés-García & Guerra-Balic, 2015).

Teoría del Análisis de Movimiento de Laban

El Análisis del Movimiento de Laban (AML) es un sistema creado y empleado para la observación, descripción, anotación e interpretación del movimiento de las personas, que permite la obtención de un perfil del movimiento (Foroud & Whishaw, 2006).

El AML describe patrones que son consistentes para un individuo y que le diferencian de los otros, permitiendo paralelamente identificar los patrones comunes dentro de un mismo tipo de población o grupo de trabajo. Por lo tanto, permite analizar objetivamente la calidad del movimiento de todo tipo de población (Laban, 1978). La calidad del movimiento es aquella cualidad expresiva que la persona le da al movimiento. La persona administra la energía del movimiento, el cual se manifiesta en diferentes grados según la combinación de espacio, tiempo, intensidad y fluidez de éste (Schinca, 2010).

Una persona puede necesitar usar todo el espacio disponible para moverse, con matices abruptos y de súbitos cambios de dirección; mientras que otra emplea sólo el espacio que ocupa su cuerpo, con movimientos ligeros y sostenidos, no siempre producido con la misma calidad. El ser humano puede cambiar o evolucionar, consciente o inconscientemente, así como adaptarse a lo nuevo o diferente (Fischman, 2001; Laban, 1987).

El AML integra los elementos cuerpo, espacio, esfuerzos, relaciones y acciones (Zhao & Badler, 2001; Laban 1987):

- El cuerpo es una estructura simétrica, se divide en tres partes: cabeza, tronco y extremidades. La cabeza, con la mente, emociones y sentimientos, abarca la vista, oído, olfato y gusto; el tronco es la zona de actividad metabólica (órganos vitales); y las extremidades, los brazos y las piernas, dotan de movimiento articular,

permiten el movimiento por el espacio, el equilibrio, el juego con el peso y los planos espaciales, así como la manipulación de objetos y materiales (Lizarraga, 2014).

- Referente al espacio, Laban establece el concepto de la esfera del movimiento (*kinesfera*) la cual es el espacio que rodea al cuerpo, demarcado por lo que ocupa la persona con las extremidades extendidas. Para visualizarlo imaginamos al sujeto dentro de una esfera, capaz de acceder con sus extremidades a cualquiera de sus puntos (Laban, 1978), relacionándose también con los demás y el entorno (Ridocci, 2009).
- Los esfuerzos son “factores de movilidad hacia los cuales la persona que se mueve adopta una actitud definida” (Laban, 1987, p.131), sus combinaciones son el resultado de las acciones realizadas. Todo individuo sano tiene la capacidad para poder desarrollarlos en su globalidad (Laban, 1978).
- En el trabajo en grupo aumentan las posibilidades de relación, pudiendo establecer un diálogo en movimiento. Se puede trabajar la actitud de liderazgo, el contacto visual, la capacidad para ver y atender al otro y la capacidad de reacción. Estos elementos impulsan el sentimiento de pertenencia hacia el grupo (Laban, 1978).
- Las acciones básicas son “sucesiones de movimientos en las que un esfuerzo definido del sujeto acentúa cada uno de ellos” (Laban, 1978, p.19). Las combinaciones de los esfuerzos que realiza la persona determina el tipo de acción que se obtiene. Así pues, al identificar la acción, se podrá determinar el esfuerzo presente o el que predomina. Laban (1978) determina la existencia de ocho acciones básicas (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Las ocho acciones básicas de Laban (1978).

Acciones	Descripción	Elementos
Presionar	Fuerte resistencia y empuje unidireccional (peso-espacio). Sostiene la acción durante un periodo de tiempo determinado ("abandonarse"- tiempo).	Firme Directa Sostenida
Dar latigazos leves	Se afloja tensión muscular y logra una sensación de ligereza. Abandona el tirón unidireccional y se rinde al movimiento continuo ("abandonarse" al peso-espacio). Se acelera la acción en un periodo corto de tiempo ("luchar contra"-tiempo).	Ligera Flexible Súbita
Dar puñetazos o arremeter	Desarrolla el control de esfuerzos ("luchar contra" -peso-espacio-tiempo) y elasticidad de las tensiones opuestas, directas y rápidas.	Súbita Directa Firme
Flotar o volar	Control de los esfuerzos ("abandonarse al"-tiempo-peso-espacio) y las tensiones opuestas leves y multilaterales, produciendo un tipo de sustentación suave.	Sostenida Flexible Ligera
Retorcerse	Control de los esfuerzos y la firmeza continua de tensiones opuestas, produciendo flexibilidad sostenida ("abandonarse"-tiempo-espacio y "luchar"-peso).	Flexible Sostenida Firme
Dar toques ligeros	Cierta relajación y sensación de ingravidez ("lucha"-tiempo-espacio y "abandonarse"-peso). Sensación directa y repentina (rebote elástico).	Directa Súbita Ligera
Hendir el aire	Ágil ajuste de tensiones opuestas, fuertes y multilaterales, produce fluidez flexible ("lucha"-peso-tiempo y "abandonarse"-espacio).	Súbita Firme Flexible

Metodología Observacional

La metodología observacional ha experimentado un crecimiento constante. Tal y como afirman Anguera y Hernández-Mendo (2014) es una herramienta que se utiliza de forma exitosa dentro del conocimiento de la psicología del deporte. Para ello será importante la rigurosidad en la que haya sido construido el instrumento de observación y que el observador tenga los conocimientos necesarios para realizar una observación objetiva, fiable y profesional (Anguera 1989, 1999).

El registro de movimiento nos permitirá considerar elementos cuantitativos y cualitativos, a la vez que busca la objetivación de los mismos, pudiendo incluir anotaciones

complementarias en los diferentes aspectos del registro. Así pues, para obtener una buena codificación será importante tener una base teórica consistente para ofrecer al investigador una lente que le permitirá contemplar su mundo, su objeto y variables del estudio (Bakeman, Gottman, Portal, Argilaga & Villaseñor, 1989). El sistema empleado debería separar el comportamiento en categorías de características y criterios específicos, usando un vocabulario concreto para entender y elaborar la realidad observada en un registro enmarcado (Izquierdo & Anguera, 2000).

La observación y el análisis del movimiento están muy presentes dentro de disciplinas como la danza movimiento terapia (DMT), y constituyen elementos claves para el planteamiento y desarrollo de las sesiones. Esta disciplina se basa en una interacción constante entre el cuerpo y la mente, donde el movimiento es un vehículo para la expresión de sentimientos y emociones del pensamiento, así como un mecanismo mediante el cual las sociedades trasladan modos de comportamiento (Fischman, 2001; Vella & Torres, 2012).

La DMT nos permite trabajar con todo tipo de población, incluyendo a personas que presentan limitaciones en la expresión verbal, a nivel cognitivo, de comprensión o a nivel de autonomía respecto a los demás. Los acercamientos de carácter creativo, dan espacio a la expresión más libre a través movimiento del sujeto, sin forzar un razonamiento previo (Hurley, Tomasulo & Fadt, 1998). En el caso de población con dificultades en la expresión oral podemos obtener información a partir de la metodología observacional (Anguera, 1989). Hasta el momento no se ha encontrado ningún instrumento que evalúe los cambios de movimiento teniendo presente a este tipo de población (Barnet-Lopez, et. al., 2015).

Objetivo del estudio

El objetivo principal de este estudio es construir un registro de observación para analizar el movimiento general de la persona, fundamentado en la Teoría del AML y que tenga en cuenta a las personas que pueden presentar limitaciones a nivel físico, cognitivo, emocional y/o relacional.

Los objetivos específicos del estudio son los siguientes: identificar los elementos básicos del AML para proponer una hoja de observación y realizar el análisis exploratorio para la validación y fiabilidad del instrumento.

Metodología

Procedimiento

La elaboración del registro de observación para el análisis del movimiento fundamentado en la Teoría del AML se desarrolló en 11 fases que presentamos en la Tabla 2.

Tabla 2.
Fases de elaboración y validación del registro de observación.

Fase 1	Revisión bibliográfica, clarificación de conceptos, marco teórico y metodología.
Fase 2	Identificación de los elementos considerados principales para el ROAM: <ul style="list-style-type: none">- Definir de forma precisa cada uno de los elementos.- Identificar los elementos de categorización.- Determinar el número de dimensiones.- Determinar las características de la observación.
Fase 3	Elaboración de la primera versión del ROAM. Revisión de primera versión del registro: técnica de jueces expertos; dos expertos del AML y dos expertos en la DMT.
Fase 4	Elaboración de la segunda versión del ROAM. Revisión de la segunda versión del registro: reunión con un experto en el AML.
Fase 5	Elaboración de la tercera versión del ROAM. Revisión de la tercera versión del registro: segunda revisión de los cuatro jueces expertos anteriores.
Fase 6	Elaboración de la cuarta versión del ROAM Revisión de la cuarta versión: se incluye la revisión de un quinto juez experto en la Teoría de Laban y en el AML.
Fase 7	Reunión con un experto de metodología y estadística.
Fase 8	Elaboración de la quinta versión del ROAM.

Fase 9 Estudio exploratorio. Aplicación del ROAM: 6 hojas de registro evaluando sesiones de DMT en adultos con discapacidad intelectual.

Fase 10 Análisis estadístico y resultados del ROAM: Validez y Fiabilidad:

- Validez: Se realizó una revisión de los conceptos de la Teoría de Laban y la definición de cada una de las variables. Además se realizó la técnica de jueces expertos.
- Fiabilidad: Se calculó el índice Kappa de Cohen.

Fase 11 Análisis y discusión de los resultados: Interpretación y análisis de datos, discusión y conclusiones finales.

Para el diseño del instrumento, correspondiente a la Fase 1, las bases de datos consultadas fueron SportDiscus, PudMed, Web of Science, Google Scholar, Dialnet, Psycinfo.

En la Fase 2, que corresponde a la construcción del ROAM, nos basamos en las teorías de expertos en metodología observacional, en especial de Anguera (1989, 1999). Así pues, se identificaron, categorizaron y definieron los elementos principales según la fundamentación de la teoría de Laban (1978, 1987). La organización final de los elementos se muestra en la tabla 3.

En una primera versión del ROAM se aplicó la técnica de jueces expertos solicitándoles su colaboración vía e-mail, enviando la información referente al proyecto. Tras su aceptación, se les adjuntó la propuesta del ROAM, y se les se solicitó que valorasen diferentes aspectos sobre la información inicial, la escala de medida, las categorías y los ítems del cuestionario, y una valoración global del mismo, correspondiente a la Fase 3. Las opiniones fueron consideradas para la reelaboración de nuevas versiones del registro si se repetía la misma idea en más de uno de los expertos. En esta primera revisión, los expertos consideraron que era importante clarificar la puntuación del registro, revisar algunos ítems referentes a aspectos de la relación con el otro, ampliar el apartado de forma de cuerpo y diferenciar entre contacto visual y físico, incluyendo el iniciado, tolerado y recibido.

En la Fase 4 se realizó la propuesta de la tercera versión del registro y posteriormente una reunión con uno de los expertos en el AML que había colaborado previamente.

A continuación, se procedió a la elaboración de la cuarta versión, Fase 5, donde los expertos coincidieron en la importancia de determinar un objetivo en particular, dentro de todos los aspectos posibles a observar del movimiento, proponiendo centrar su organización en los cinco elementos que integran el AML (estrella de Laban): el cuerpo, el espacio, los esfuerzos, la forma y las relaciones.

En esta versión se añadió una breve introducción de cómo realizar el registro, se incluyó un apartado de observaciones complementarias para cada una de las dimensiones y se añadió una quinta dimensión nombrada acción.

La cuarta versión del registro fue revisada por un quinto juez experto en la Teoría del AML, el cual propuso pequeños cambios relacionados con la puntuación del enraizamiento y el equilibrio, así como incluir dentro de forma del cuerpo la opción de "asimétrica" (Fase 6). Paralelamente, se realizó una reunión con un experto en metodología y estadístico (Fase 7) para matizar las características del registro y su puntuación, además de los requisitos para realizar la prueba de la Kappa de Cohen.

Finalmente, en la Fase 8, se realizó la quinta versión del ROAM obteniendo la aceptación de todos los jueces expertos. Una vez creado el registro se procedió al estudio exploratorio.

Estudio exploratorio. Aplicación del ROAM

Para desarrollar la Fase 9 se realizó un estudio exploratorio en un grupo de 3 adultos de edades comprendidas entre 45 y 49 con Discapacidad Intelectual (DI), moderada – severa, que asistían a un taller ocupacional y realizaban sesiones de DMT. Los tres participantes cumplieron los criterios de inclusión, estar presente en todas las sesiones de adaptación y en las dos sesiones analizadas. Su DI comportaba limitaciones a nivel cognitivo y a nivel emocional, principalmente en la expresión, y también a nivel físico, con limitaciones en su movimiento.

A cada uno de los participantes se le evaluaron dos sesiones de una intervención en DMT (la cuatro y la dieciséis). Se dejó un período de adaptación de tres sesiones a la cámara de video para evitar el efecto reactividad. Las sesiones fueron registradas con una cámara de video SONY DCR-SR75E. Posteriormente los videos se analizaron por dos observadores expertos utilizando el ROAM individualmente. Finalmente, se introdujeron los resultados de las puntuaciones en el programa estadístico SPSS para obtener el índice de Kappa de Cohen.

Este estudio ha sido respetuoso con los principios éticos que rigen cualquier investigación realizada con seres humanos de acuerdo a la declaración de Helsinki. Los participantes fueron informados de las características y finalidades del estudio, así como sus familiares o tutores legales que posteriormente firmaron el consentimiento informado.

Análisis estadístico

Los cálculos estadísticos se realizaron mediante el software Statistical Package for Social Sciences (versión 21. para Windows, SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Se calculó la fiabilidad con el índice la Kappa de Cohen. Para relacionar el acuerdo que existe entre los observadores, por equivalencia o concordancia (Ladis y Koch, 1977; Hoehler, 2006; Alto, Benavente & López, 2006), el cual es 1 cuando hay total coincidencia entre los observadores. En psicología es difícil obtener el total de coincidencia, por lo cual se acepta el valor de Kappa de Cohen a partir de 0.61 (Abraira, 2001).

Resultados

Presentamos la ficha técnica del ROAM (ver *Figura 1*) para contextualizar sus características y elementos principales conjuntamente con una tabla resumen del glosario del ROAM (ver Tabla 3). En el anexo encontraremos la última versión completa del ROAM.

<i>Ficha Técnica</i>
Nombre: Registro de Observación de Análisis del Movimiento (ROAM).
Aplicación: El registro se aplica individualmente.
Duración: Desde un minuto (mínimo) a una hora aproximadamente dependiendo de la actividad que se ha filmado.
Finalidad: Evaluación general del movimiento de la persona.
Material: Hoja de registro y lápiz para rellenarla.
Características básicas: El ROAM está compuesto por 5 dimensiones. Cada dimensión se evalúa de forma independiente aportando, posteriormente, un conocimiento general al profesional del análisis del movimiento del paciente. Sus ámbitos de aplicación son el clínico y el investigador, está pensado para ser un instrumento de fácil aplicación. Proporciona una manera clara, rápida y efectiva para determinar los elementos generales de las cinco dimensiones de la estrella de Laban. Está dirigido a profesionales de la DMT o expertos en el AML, es decir profesionales o investigadores familiarizados en el lenguaje de Laban.

Figura 1. Ficha Técnica del ROAM

Tabla 3.

Resumen del Glosario ROAM.

1. DIMENSIÓN: CUERPO	Enraizamiento: conexión con la tierra y arraigamiento. Contacto con la realidad.	
	Equilibrio: estabilidad del cuerpo con o sin movimiento.	
Organización y uso del cuerpo	Cóncava: cuerpo curvado hacia delante; cabeza baja; retroversión de hombros.	
	Convexa: cuerpo curvado hacia atrás; cabeza alta o flexión del cuello hacia arriba; antero-versión de hombros.	
	Asimétrica: posición corporal desigual.	
Forma del cuerpo	Flecha: estrecho	Pelota: redondo.
	Muro: amplio.	Tornillo: retorcido.
2. DIMENSIÓN: ESPACIO	Kinesfera: espacio ocupado con las extremidades extendidas, imaginando al sujeto dentro de una esfera, alcanzando cualquiera de sus puntos.	
Kinesfera	Kinesfera personal: espacio dentro de la esfera.	Kinesfera general: espacio restante.
Niveles y planos	Horizontal (mesa): divide el cuerpo y su movimiento de forma paralela al suelo. Movimientos de expansión y acercamiento.	
	Sagital (rueda): divide el cuerpo y su movimiento de atrás hacia delante y viceversa.	
	Vertical (puerta): movimientos ascendentes y descendentes.	
3. DIMENSIÓN: DINÁMICA	Flujo libre: acción difícil detener súbitamente. Más allá de los límites corporales.	Flujo conducido: acción que puede ser detenida y contenida dentro de los límites corporales.
Esfuerzos	Espacio indirecto: acción flexible, foco cambiante o sin foco.	Espacio directo: acción concentrada, dirección en un solo punto.
	Peso ligero: acción sin gravedad, menor presión.	Peso firme: acción con impacto mayor la presión.
	Tiempo sostenido: acción sin prisa, persistente y duradera.	Tiempo súbito: acción rápida, urgente, fugaz.

4. DIMENSIÓN:
RELACIONES

Contacto visual y

físico Iniciado: por el sujeto.

Tolerado: aceptación.

Comunicación no verbal Recibido: recepción por parte del otro.

5. DIMENSIÓN: ACCIÓN Las 8 acciones básicas: Ver tabla 1.

Validez de contenido: Técnica de jueces expertos.

Una vez aplicada la técnica de jueces expertos y después de cuatro versiones anteriores del registro, en la tabla 4 se muestran algunas de las aportaciones hechas por los jueces durante la revisión de las distintas versiones y las últimas consideraciones comunes de los jueces (ver Tabla 5) referentes a la última versión del ROAM (ver Anexo).

Tabla 4.

Resumen de las aportaciones de los jueces expertos durante las revisiones.

Elementos a revisar y/o comentarios literales de los jueces

Clarificación de la puntuación utilizada.

Revisar el apartado de Forma del cuerpo.

Revisar los ítems referentes a aspectos relacionales e incluir algunos de nuevos: "puede seguir instrucciones, toma iniciativa...".

Diferenciar entre contacto visual y físico.

Añadir un espacio de Observaciones Complementarias en cada dimensión.

Organizar el registro según el modelo de la estrella de Laban.

Centrar el registro en la expresión no verbal y en el movimiento.

Tabla 5.
Resumen de las aportaciones de la reunión con un experto, sobre las revisión de la versión 2.

Aportaciones finales de los expertos
El ROAM es algo nuevo que ayuda a comprender el AML, abre un nuevo modelo de comprensión para la investigación del AML.
El ROAM abre camino a nivel científico en diversas disciplinas (DMT o danza).
El ROAM podría ser un instrumento adecuado para realizar el análisis del movimiento en muchos ámbitos diferentes, por ejemplo en la práctica deportiva o a nivel terapéutico".
Evaluar los esfuerzos de forma numérica aporta una nueva visión.
El registro contempla la globalidad de las características principales del movimiento de la persona.
Podrían incluir en la forma del cuerpo la opción de una postura erguida.

Fiabilidad: Índice de Kappa de Cohen

La fiabilidad alcanzada por los observadores ha obtenido un índice de 0.72 considerando la puntuación como buena según refieren Ladis y Koch (1977), Hoehler, (2000) y Abraira (2001) (ver Tabla 6). El ROAM fue puntuado por dos observadores distintos para determinar si los observadores habían visto lo mismo.

Tabla 6.
Kappa de Cohen de la aplicación piloto del ROAM

Dimensiones del ROAM	Kappa	Fuerza de la concordancia
Cuerpo	0.85	Muy buena
Espacio	0.88	Muy buena
Dinámica	0.83	Muy buena
Relaciones	0.61	Buena
Acción	0.77	Buena
Puntuación total del ROAM	0.72	Buena

Discusión

En este estudio se obtiene una medida objetiva y estandarizada que aporta información sobre las tendencias generales de movimiento de la persona, teniendo presente posibles limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y relacionales, antes y después de una intervención con DMT (Barnet-López, et al., 2015). La DMT da importancia al estudio del análisis del movimiento como mecanismo de observación e interpretación del movimiento de las personas (Staton-Jones, 1992).

El punto de partida del ROAM fue la determinación y definición de las variables disponibles al diseñar una propuesta de registro de observación para el análisis del movimiento fundamentado en la teoría del AML (Laban, 1987). Este autor tiene presente una visión integral de la persona contemplando la interacción constante entre la mente y el movimiento del cuerpo. Además, es un tipo de análisis fundamentado en el lenguaje corporal (Zhao & Badler, 2011), permitiéndonos trabajar todo tipo de población incluyendo personas con DI.

El ROAM ha sido validado para población con DI considerando variables de conducta y comunicación no verbal sistematizadas y cuantitativas, donde se establecen una serie de categorías o dimensiones (Anguera, 1989), aportando al instrumento precisión y objetividad. No obstante, es un instrumento que en futuras líneas de investigación podría ser aplicable para el análisis de la población general, y en otro tipo de disciplinas que comporten movimiento, coordinación o equilibrio.

En el caso de nuestro estudio el ROAM se establece como un método para la observación que cumple con el criterio de rigurosidad. En la fase exploratoria el índice total del registro en la Kappa de Cohen puntuó 0.72. Respecto a cada dimensión se obtienen valores buenos, excepto en relaciones la cual presenta un valor moderado (0.61) debido a que tiene más variables, lo cual dificulta su validación (Ladis & Koch, 1977; Hoehler, 2006; Alto, Benavente & López, 2006).

La creación del ROAM nos permite evaluar el movimiento consciente e inconsciente de las personas (Foroud & Whishaw, 2006), considerando patrones comunes dentro de un mismo tipo de población, pudiéndolo aplicar en DI en el futuro.

Las sesiones de DMT evaluadas han sido registradas con cámara de video, lo que nos permite volver a ver lo ocurrido sin limitaciones, y observarlo y analizarlo de forma detallada. Así pues, el video tiene permanencia en el tiempo y no existen límites en cuanto a tamaño o complejidad de la sesión. La filmación es una buena opción para precisar las puntuaciones del registro de más de un observador, lo cual nos permite contrastar el grado

de acuerdo entre ellos (Anguera, 1989).

Al ser un instrumento nuevo, precisará de un entrenamiento por parte del observador tanto en la estructura y forma de la hoja, como en el AML. Es por eso que su uso se limita a la DMT o a expertos en Laban. Así mismo, el ROAM facilita la comprensión del modelo propuesto por Laban, extrayendo sus elementos claves (ver Anexo).

Conclusiones

El ROAM por su sistematización en la categorización y la identificación de elementos no verbales, es un instrumento que determina adecuadamente los elementos que evalúa. A través de la profundización a nivel teórico y a través de la técnica de jueces expertos, se obtuvo la validación de la herramienta, en relación a la validez de contenido y de constructo. El registro ofrece un sistema de categorización abierto dejando un espacio para observaciones complementarias del terapeuta o del investigador; esto permite incorporar todo tipo de comentarios teniendo presente la complejidad que presenta el AML de cada una de las personas. Por lo tanto, el ROAM nos ofrece la categorización y puntuación de las variables básicas para el AML, contemplando un espacio libre para la reflexión y la discusión, más allá de aquellos elementos básicos. Además presenta unos buenos niveles de fiabilidad (0.72).

Aplicaciones prácticas

El ROAM nos permite analizar las características del movimiento general de la persona, teniendo en cuenta posibles limitaciones a nivel cognitivo, emocional y físico. Así, puede ayudar en su diagnóstico y en determinar necesidades de trabajo, tanto en el ámbito deportivo como clínico. Además, proporciona la opción de seguimiento para conocer los beneficios de las sesiones realizadas, los cambios de movimiento de la persona, contribuyendo en la mejora de su bienestar emocional y físico.

Agradecimientos

A la Beca de Recerca Blanquerna concedida por la Fundació Blanquerna, Universitat Ramon Llull. A los profesores del máster de danza movimiento terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona. Y a la Fundació Ramon Noguera por su colaboración y apoyo, tanto a los participantes del estudio como al personal de la fundación.

Referencias

- Abraira, V. (2001). El índice kappa. *Semergen-Medicina de Familia*, 27(5), 247-249. doi: 10.1016/S1138-3593(01)73955-X.
- Amaro, M., Marrero, A., Valencia, M., Blanca, S., & Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*. 12 (1).
- Anguera (1999). *Observación en psicología clínica: aplicaciones*. Barcelona: Ediciones Universidad de Barcelona.
- Anguera, M. T. (1989). *Metodología de la Observación en las ciencias humanas*. Madrid: Cátedra.
- Anguera, M. T., & Hernández-Mendo, A. (2014). Metodología observacional y psicología del deporte: Estado de la cuestión. *Revista de Psicología del Deporte*. 23(1), 103-109.
- Bakeman, R., Gottman, J. M., Portal, M. D. G., Argilaga, M. T. A., & Villaseñor, A. B. (1989). Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*. 7, 191-193.
- Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Arbonés-García, M., & Guerra-Balic, M. (2015). La danza en personas con discapacidad intelectual: Revisión sistemática e identificación de los elementos necesarios para evaluar cambios de movimiento. *Ausart Journal for Research in Art*. 3 (1), 213-227. doi: 10.1387/ausart.14398.
- Birdwhistell (1970). *Kinesics and context*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Darwin, Ch. (1859). *The origin of species*. London: John Murray.
- Eckman, P. (1957). A methodological discussion of non verbal behavior. *Journal of Psychology*, 43, 141-149.
- Fischman, D. (2001). *Danzaterapia: orígenes y fundamentos*. ADTR.
- Foroud, A. & Wishaw, I. (2006). Changes in the kinematic structure and non-kinematic features of movements during skilled reaching after stroke: a Laban Movement Analysis in two cas estudios. *Journal of Neuroscience Methods*, 158, 137-149.
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *British Medical Journal*. 309, 184-8.
- Hall, E. (1959). *The Silent Language*. New York, 21973.

- Hoehler, F.K. (2000). Bias and prevalence effects on kappa viewed in terms of sensitivity and specificity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 499-503. doi: 10.1016/S0895-4356(99)00174-2.
- Izquierdo, C. & Anguera, M. T. (2000). Hacia un alfabeto compartido en la codificación del movimiento corporal en estudios observacionales. *Psicothema*, 12 (2), 311-314.
- Laban, R. (1978). *Danza educativa moderna*. Buenos Aires: Paidós.
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Landis J.R. & Koch G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 33.159-174.
- Lizárraga, I. (2014). *Análisis comparativo de la gramática corporal del mimo de Etienne Decroux y el análisis del movimiento de Rudolf Laban*. (Unpublished doctoral dissertation).
- Lombardo, R. (2012). *Análisis y aplicación de la teoría de Laban y del movimiento creativo en la dirección de conjuntos instrumentales en la formación del maestro en la educación musical*. Universidad de Valladolid.
- Ridocci, M. (2009). *Expresión Corporal. Arte del movimiento: las bases prácticas del lenguaje expresivo*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Santa Cruz, J. (2007). *Los orígenes del conocimiento*. Madrid: Ed. Complutense.
- Schinka, M. (2010). *Expresión corporal: Técnica y expresión del movimiento*. Madrid: Wolters Kluwer.
- Stanton-Jones, K. (1992). *Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge.
- Vella, G., & Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 3-13.
- Wengrower, H. & Chaiklin, S. (2008) (Coord.) *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Zhao, L. & Badler, N. (2001). Synthesis and Acquisition of Laban Movement Analysis Qualitative Parameters for Communicative Gestures. *Technical Reports (CIS)*, 116.

Anexo

REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE ANALISIS DEL MOVIMIENTO (ROAM)

Fundamentado en la Teoría de Rudolf Laban: La estrella de Laban

NOMBRE: _____ EDAD: _____ Nº SESIÓN: _____ DIAGNÓSTICO: _____

Observe cada una de las dimensiones del ROAM. Cada dimensión esta conformada por diversos aspectos, escoja la opción predominante y rodéela. Escriba sus comentarios en Observaciones Complementarias (O.C.) en cada una de las dimensiones, si lo precisa.

1. DIMENSIÓN: CUERPO

ORGANIZACIÓN Y USO DEL CUERPO						FORMA DEL CUERPO			
	<i>Inestable</i>			<i>Estable</i>		a) Cóncava	b) Convexo	c) Asimétrica	
Enraizamiento	-2	-1	0	1	2	a) Flecha	b) Muro	c) Pelota	d) Tornillo
Equilibrio	-2	-1	0	1	2				
	<i>Menos</i>			<i>Más</i>		O.C.1:			
Superior	1	2	3	4	5				
Inferior	1	2	3	4	5				
Derecha	1	2	3	4	5				
Izquierda	1	2	3	4	5				

2. DIMENSIÓN: ESPACIO

KINESFERA	<i>Pequeña</i>		<i>Mediana</i>		<i>Grande</i>	O.C.2:
Personal	1	2	3	4	5	
General	1	2	3	4	5	
NIVEL	<i>Bajo</i>	<i>Medio-Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Medio-Alto</i>	<i>Alto</i>	
	1	2	3	4	5	
PLANOS	Horizontal		Sagital		Vertical	
<i>*Rodea una opción</i>	(mesa)		(rueda)		(puerta)	

3. DIMENSIÓN: DINÁMICA

<i>1= totalmente</i>	<i>2= tendencia</i>	<i>3= no destacan</i>	<i>4= tendencia</i>	<i>5= totalmente</i>
<hr/>				
LIBRE = 1	2	FLUJO 3	4	5 = CONDUCTIVO
<hr/>				
INDIRECTO = 1	2	ESPACIO 3	4	5 = DIRECTO
<hr/>				
LIGERO = 1	2	PESO 3	4	5 = FIRME
<hr/>				
SOSTENIDO = 1	2	TIEMPO 3	4	5 = SÚBITO
INDULGENTE				LUCHA
O.C.3:				

4. DIMENSIÓN: RELACIONES

1= nunca

2= rara vez

3= alguna vez

4= casi siempre

5 = siempre

	CONTACTO VISUAL										CONTACTO FÍSICO									
	Terapeuta					Grupo					Terapeuta					Grupo				
Iniciado	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tolerado	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Recibido	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

	COMUNICACIÓN NO VERBAL									
	Terapeuta					Grupo				
Se incluye en el círculo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Inicia conductas hacia los demás	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Acepta propuestas en la interacción	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Toma la iniciativa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Actitud de liderazgo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Proximidad	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Muestra afecto por los demás	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Marca límites	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Sigue instrucciones	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Comparte los materiales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

O.C. 4:

5. DIMENSIÓN: ACCIÓN

1= nunca

2= rara vez

3= alguna vez

4= casi siempre

5 = siempre

Presionar	1	2	3	4	5	Retorcerse	1	2	3	4	5
Dar latigazos leves	1	2	3	4	5	Dar loques ligeros	1	2	3	4	5
Dar puñetazos o arremeter	1	2	3	4	5	Hendir el aire	1	2	3	4	5
Flotar o volar	1	2	3	4	5	Deslizarse	1	2	3	4	5

O.C. 5:

The background features a hand-drawn grid of vertical and horizontal lines in a light grey or brownish tone. Scattered across this grid are numerous squares of various shades of green, ranging from dark forest green to light lime green. Some squares are solid, while others are hollow outlines. The overall aesthetic is minimalist and artistic.

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

La presente tesis doctoral refleja las características de una intervención centrada en el movimiento y las aportaciones que ésta tiene en sus participantes con Discapacidad Intelectual (DI), con la intención de contribuir en la promoción su salud. Los resultados de la tesis aportan novedades sobre los beneficios de la danza en población con DI y sus resultados refuerzan las conclusiones de estudios previos centrados en la danza con personas con DI a través de la evaluación de elementos vinculados con el bienestar emocional (Bernal & Silva, 2014; Pérez-Testor, 2010). Además, propone un nuevo instrumento para evaluar los cambios de movimiento de las personas con DI, lo cual abre nuevas líneas de investigación en este campo.

La redacción de la discusión responde a los objetivos e hipótesis presentados en la investigación. Antes de empezar a desarrollar la discusión de cada uno de los objetivos e hipótesis, creemos importante profundizar en los aspectos generales del estudio, vinculados al objetivo principal de esta tesis doctoral: la implementación de un programa de danza basado en Danza Movimiento Terapia (DMT) dirigido a un grupo de personas adultas con DI y la evaluación de los beneficios que puedan existir en la dimensión del bienestar emocional después de la aplicación de este programa.

6.1. CONSIDERACIONES GENERALES

El estudio de esta tesis se centra en la implementación de un programa de danza basado en DMT en personas adultas con DI, todos ellos usuarios de un mismo Centro Ocupacional. Para no alterar el funcionamiento ni el trabajo realizado en el centro, se utilizó una selección de muestra por conveniencia. Así pues, la intervención se desarrolló adaptándose a las necesidades del centro en relación a: horarios, espacios y participantes que formarían cada grupo. Todos los grupos realizaron el mismo número de sesiones y el mismo tipo de movimientos, adaptándolos individualmente a las necesidades específicas de cada uno y sin alterar los contenidos del programa, siempre que fuera necesario.

En nuestro estudio partimos de un grupo heterogéneo de personas, las necesidades de las cuales era fundamental conocer de ante mano, tal y como apoya Schalock et al. (2010), ya que consideramos importante tener presente la diversidad y las diferencias entre las personas. De esta forma, los participantes de este estudio reflejan la realidad de los centros ocupacionales, presentando una gran diversidad: franjas de edades, tipos de diagnósticos, limitaciones del funcionamiento, diferencias en sus habilidades de comunicación y/o en el nivel de discapacidad. Es por esto que se promovió una visión de trabajo inclusivo en cada uno de los grupos.

Se reclutaron 30 participantes, y se obtuvo una muestra final de 22 personas. Ocho personas fueron desestimadas tras aplicar los criterios de inclusión y de exclusión (ver Metodología). Por lo tanto, tamaño de la muestra de 22 personas no permitió realizar comparaciones entre grupos de danza ni observar si existían diferencias de género o de edad. Pero como se ha comentado anteriormente los participantes del programa de danza reflejan la diversidad, y permiten evidenciar cual es la realidad de las personas usuarias del centro ocupacional.

Se estableció un mínimo de asistencia del 75% en el programa. A partir de estudios anteriores donde se afirma que la duración de la intervención será un elemento clave que condiciona la eficacia de la misma y que, por lo tanto, si no se controlara, podría influenciar en los resultados de la evaluación, creímos indispensable que todos los participantes asistieran de manera regular al programa. De este modo, todos realizaron más de las 12 sesiones necesarias para evaluar cambios (Cerezo, et al., 2009; López & Rodríguez, 1999; Pérez & García, 2001). Así, las sesiones establecidas para el programa nos permitían evaluar el antes y el después de la intervención y observar la aparición de posibles cambios.

Por lo que hace al Grupo Control (GC), se decidió aplicar el diseño de tratamientos múltiple de un solo grupo. Por ese motivo se partió del mismo grupo inicial de 30 personas, las cuales primero fueron evaluadas como GC y

posteriormente como Grupo Intervención (GI). Esto fue considerado por ser un grupo pequeño y por presentar dificultades para obtener una GC como equivalencia, es decir, que presentara características similares al GI, por todo ello, se procedió a seguir con el diseño propuesto por Thomas y Nelson (2007).

Referente al tipo de intervención implementada, ésta se configuró teniendo presentes las características generales de las personas adultas con DI y las necesidades específicas de nuestro grupo de participantes. Como se ha comentado anteriormente, las personas con DI presentan limitaciones a nivel cognitivo y de expresión, por este motivo se consideró que una intervención centrada en el movimiento y en la expresión no verbal aportaría nuevas herramientas de comunicación que, a su vez, favorecerían un mayor conocimiento de sí mismo. El tipo de intervención propuesta fue de danza fundamentada en la DMT y fue revisada por un experto en el ámbito. Se han seguido las aportaciones de los grandes teóricos de la DMT y se han adaptado a las necesidades del grupo. Se realizó un primer estudio de caso para poder determinar, conjuntamente con la bibliografía de referencia, los elementos importantes a trabajar en este tipo de población, en lo que a la relación terapéutica y la eficacia de este tipo de intervenciones se refiere.

Así mismo, para implementar un programa enfocado a esta población, fue necesario escoger los instrumentos de evaluación adecuados para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados.

Así pues, partiendo de las aportaciones del proyecto Danza Esquema Corporal (DEC), se determinó como instrumento de evaluación el Dibujo de la Figura Humana (DFH) (Pérez-Testor & Pérez-Testor, 2000; Pérez-Testor, 2010), no solamente por ser adecuado para este tipo de población, sino también por las características del programa. En este caso, el DFH facilita la evaluación, ya que se trata de una herramienta no verbal al igual que el movimiento y, además, resulta ser un test bien aceptado por los participantes, los cuales se implicaron en la elaboración del mismo. Los resultados obtenidos

a través de esta evaluación muestran que el DFH es un buen instrumento de aplicación para este tipo de población porque nos permite evaluar el conocimiento corporal, el auto-concepto, la ansiedad, la seguridad, la relación con el otro y la identificación de las emociones de los participantes, aunque no proporcione información sobre el repertorio de movimiento.

Para ello, se desarrolló una revisión sistemática sobre instrumentos de evaluación con el fin de actualizar los estudios que se centran en el DFH en población con DI y, a la vez, revisar el tipo de instrumento que sería adecuado para complementar la información que proporciona el DFH y que pudiera ser aplicado en población con DI. Sin embargo, no se encontró ningún instrumento observacional específico para la población con DI que aportara información complementaria al DFH y que permitiera evaluar el proceso y los resultados de una intervención en danza. Por ese motivo, se decidió realizar la construcción del Registro de Observación del Análisis del Movimiento (ROAM), tal y como se presenta en los resultados (ver Artículo 4). El ROAM permite reforzar y complementar los resultados de los aspectos emocionales en personas adultas con DI.

Otra característica de este proyecto es que la persona que elaboró e implementó el programa danza, también lo evaluó. Ello se debe a las características específicas de la intervención y a la dificultad de encontrar un profesional con un perfil tan concreto de formación. Por esto, todos los resultados fueron revisados por otros investigadores. En el caso del DFH los resultados fueron revisados por una persona experta en este instrumento y, en el caso del ROAM, el instrumento fue creado conjuntamente con otra investigadora formada en psicología, danza y en DMT. Además, el estudio exploratorio del ROAM fue puntuado por las dos investigadoras para poder calcular el coeficiente de la Kappa de Cohen.

6.2. DISCUSIÓN EN RELACIÓN CON LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS

Objetivo específico 1: Identificar las características y necesidades particulares de las personas con DI que permitan implementar un programa de danza adecuado para este tipo de población.

Se identificaron las características y necesidades de personas adultas con DI, gracias a la información obtenida a partir de estudios previos que describían las actividades, los elementos de la danza y la expresión corporal en personas con DI. Se redactó el marco teórico de esta tesis contando con los resultados obtenidos de la evaluación al inicio de la intervención a través del DFH, y antes y después de una sesión, con los cuales se exploró la población de estudio (ver Artículo 2), así como con los resultados obtenidos en el estudio de caso (ver Artículo 1).

El elemento relevante que se debe tener presente a la hora de trabajar con personas con DI es el ofrecer seguridad, lo cual coincide con uno de los indicadores de la dimensión de bienestar emocional (Schalock, 2013). Para poder proporcionar seguridad en el desarrollo del programa de danza, es importante establecer una estructura definida en la sesión, tal y como apuntaba una de las pioneras, Chace (1953), la cual también trabajó con población con DI. Vinculado al indicador de seguridad, los resultados también destacan la necesidad de incorporar rutinas y utilizar la repetición como elementos facilitadores (Barnet-López, et al., 2016) como, por ejemplo, en cada sesión realizar un calentamiento con elementos comunes. De la misma manera, el trabajo de ritmos a través de la percusión corporal ofrece seguridad y conocimiento del propio cuerpo.

El uso de mecanismos de autoidentificación como señalizaciones para facilitar la utilización del espacio también fueron relevantes en los resultados del estudio de caso (ver Artículo 1). Además, se utilizaron otros soportes visuales, como la implementación de un calendario que facilitaba la comprensión temporal de los participantes. Gracias al calendario, se pudo

trabajar el concepto de proceso: los participantes entendían la duración del programa y sabían cuándo finalizaba. Esto ayudó a poder acompañarlos hasta el cierre de la intervención. Algunos autores apoyan la utilización de soportes visuales como las instrucciones con pistas o el uso de horarios. Encontramos autores que respaldan la utilización de soportes visuales en trastornos vinculados al neurodesarrollo y, en especial, en personas con trastorno del espectro autista (Kana, et al., 2006; Mulas, et al., 2010; Salvadó-Salvadó, et al., 2012).

Para poder conocer el estado de ánimo de los participantes antes y después de las sesiones de danza, se utilizó como soporte visual los pictogramas propuestos por Arostegi (2002), los cuales están validados para población con DI. Además, incorporan un protocolo de comprobación compuesto por tres fases que permiten conocer al evaluador si los participantes identifican correctamente cada uno de los pictogramas. En la primera fase, el evaluador observa si la persona identifica dos pictogramas: la cara muy contenta y la cara muy triste. Si la persona los identifica, se pasa a la segunda fase para observar si se identifican tres pictogramas: la cara muy contenta, la cara muy triste y la cara ni contenta ni triste. Finalmente, si la persona es capaz de diferenciar entre estas tres caras, se pasa a la tercera fase donde la persona tiene que poder identificar cinco caras: muy contento, bastante contento, ni contento ni triste, bastante triste y muy triste. Este sistema nos sirvió para comprobar que el soporte visual que utilizaríamos era adecuado para el nivel de comprensión de los participantes. En nuestro caso, todos los participantes mostraron comprensión en la primera y segunda fase pero menos de la mitad identificó correctamente los pictogramas propuestos en la tercera fase. Por lo tanto, se decidió utilizar la escala de 3 pictogramas correspondientes a: muy contento, ni contento ni triste y muy triste (ver Anexo II). Este soporte visual no fue utilizado como instrumento de evaluación, sino como soporte para identificar las necesidades del grupo antes de iniciar cada sesión y al terminarla.

En relación a los pictogramas, el terapeuta observó que en las primeras sesiones la mayoría de los participantes escogían las caras de muy contento y que muchos lo hacían por imitación. A medida que fueron avanzando las sesiones, los participantes escogían otras caras y no parecían querer seguir las elecciones de sus compañeros. Además, algunos de los que inicialmente sólo verbalizaban situaciones, pensamientos o estados de ánimo felices, pudieron también verbalizar situaciones que no les gustaban o pensamientos que les hacían sentir tristes. Uno de los participantes verbalizó concretamente: “estar triste no es malo, a veces también está bien estar triste”. En resumen, creemos que esta herramienta facilitó la identificación del estado de ánimo de los participantes y quizás, en futuras investigaciones, podría plantearse como un instrumento complementario en la evaluación del bienestar emocional.

Las características, necesidades y dificultades de los participantes se tuvieron presentes para la evaluación del bienestar emocional producido por el programa de danza, a través del DFH (Koppitz, 1984; 2000). En el estudio de caso, se observaron dificultades en la integración de los elementos del encuadre y de la estructura general de la intervención, así como la dificultad en la construcción de la alianza terapéutica durante las primeras sesiones. Del mismo modo, se pudo mostrar cómo la alianza terapéutica fue un elemento clave para el posterior desarrollo eficaz de la intervención. Así pues, para respetar el tiempo de adaptación de los participantes, se decidió realizar las evaluaciones del inicio de la intervención en la sesión 4.

Por otro lado, la evaluación del final de la intervención se realizó en la sesión 24, dejando las dos últimas sesiones para acompañar a los participantes en la despedida, el cierre del grupo y la finalización del programa, dando un espacio para poder compartir los sentimientos encontrados con el hecho de terminar el programa.

Objetivo específico 2: Identificar los elementos relevantes para fomentar una alianza terapéutica saludable durante un programa de danza con personas con DI.

Los resultados muestran que una alianza terapéutica se construye gracias al compromiso entre el terapeuta y el paciente, y que cada participante tiene un rol activo en la creación de una alianza saludable. En este sentido, será importante el papel desarrollado por el terapeuta para promover la motivación de los participantes. En los resultados obtenidos, se identifican los siguientes elementos para fomentar la alianza terapéutica (ver Artículo 1):

- Proporcionar un encuadre claro y un espacio seguro
- Promover la proximidad y la confianza entre el terapeuta y el participante
- Trabajar en relación con las necesidades de la persona
- Identificar el ritmo de cada persona (movimientos, aprendizajes, habilidades comunicativas) e ir en una misma dirección.

Estos elementos fueron considerados durante la implementación del programa de danza y coinciden con las aportaciones de otros importantes autores especializados en el campo de la alianza terapéutica (Andrade, 2005; Mac Donald, 1992; Peschken & Johnson, 1997).

Debemos tener presente el tipo de limitaciones cognitivas y de expresión que presentan las personas con DI, ya que pueden dificultar la integración de algunos elementos del encuadre. Para ello, será esencial el uso de la repetición de algunos elementos, fomentando la creación de rutinas y de rituales, sobretodo al inicio y al final de cada sesión. De este modo, el terapeuta que proporcione un estructura clara y marcada favorecerá la integración de los diversos elementos que vayan apareciendo en las diferentes sesiones del programa, tal y como se ha comentado anteriormente. Coincidiendo con las aportaciones de otros estudios, consideramos que la

creación de una alianza terapéutica saludable será un predictor de eficacia para lograr los objetivos de la intervención planteada (Andrade, 2005; Botella & Corbella, 2011; Horvath & Bedi, 2002).

Durante el desarrollo de la intervención, se pudo observar cómo el vínculo con el terapeuta fue fundamental en uno de los grupos del programa, formado por ocho personas. Podríamos considerar que fue útil para fomentar la continuidad en el programa, y específicamente para uno de sus participantes. A continuación añadimos un fragmento extraído de las anotaciones del terapeuta: *“Guillem muestra poco interés en la interacción con los otros miembros del grupo. En las sesiones anteriores no pudo finalizar las propuestas en movimiento y decidió sentarse a observar al grupo. En la propuesta de movimiento de hoy ha permanecido en el círculo y ha podido seguir la actividad buscando la interacción con el terapeuta, parece que sí que muestra interés por interactuar con él y, aunque la actividad inicialmente no parece interesarle, al empezar un ejercicio a través de la utilización de una pelota y de la interacción con el terapeuta, ha ido fomentando su interacción con el grupo y la participación en la sesión”*. Guillem mostraba en diferentes momentos de las sesiones la necesidad de comunicación con el terapeuta y expresaba su malestar hacia el grupo. Gracias al vínculo con el terapeuta se promovió su interés para participar con el grupo. En diferentes ocasiones la interacción se iniciaba con el terapeuta y posteriormente se podían ir incluyendo de forma progresiva alguna de las personas del grupo. Además, el grupo mostraba desagrado hacia Guillem y no entendían algunas de sus conductas, con el soporte del terapeuta pudieron conocer sus dificultades y de este modo intentar de nuevo acercarse a él.

Objetivo específico 3: Describir y evaluar los parámetros relacionados con el bienestar emocional a través del Dibujo de la Figura Humana (DFH), antes y después de la implementación de un programa de danza.

El programa de danza basado en DMT se enfocó en proponer un

trabajo integral de la persona a nivel emocional, cognitivo y físico (Fischman, 2001; González & Macciuci, 2013; Panhofer, 2005).

Los participantes del programa presentaban limitaciones en sus comportamientos de desarrollo, intelectuales y adaptativos, así como en sus patrones de comunicación (Paredes, 2010; Schalock et al., 2006). Las propuestas de movimiento durante las sesiones de danza permitieron explorar una nueva forma de comunicar con el otro y de expresar las propias emociones (Fischman, 2001). En este tipo de programas, la expresión corporal juega un papel principal que facilita la interacción con los demás y con el propio cuerpo (Bermell, 2003).

En los resultados obtenidos en el Artículo 2, se muestra la descripción de las características del DFH en población adulta con DI. Esta descripción es fundamental para conocer mejor las necesidades del tipo de población, tal y como apunta Barbosa (2013). Estas necesidades no sólo se refieren al diseño de la intervención, sino a los aspectos físicos, emocionales y cognitivos de cada individuo. Así, aunque el programa ya se hubiera comenzado, el DFH que fue realizado al cuarto día de la intervención aporta la información que nos permite saber si es necesario hacer modificaciones en el programa.

En el caso de nuestro estudio, los resultados muestran que hay cuatro ítems que no aparecen en ninguno de los dibujos: codo, rodilla, buenas proporciones y perfil. Debido a las características de la muestra, se interpretan las omisiones como indicadores de un desarrollo de baja madurez y de limitaciones cognitivas importantes (Koppitz, 2000). También se observan indicadores que aparecen en más del 50% de los dibujos y que, por lo tanto, serán los indicadores esperados o comunes para este tipo de población (Koppitz, 1984). Estos ítems destacados son: cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, brazos, piernas y pies, los cuales coinciden, según Koppitz (2000), con la madurez mental del desarrollo de un individuo de cinco años de edad o menor. Koppitz afirma que el primer ítem en ser dibujado suele ser la cabeza y posteriormente ojos, piernas, cuerpo y brazos, coincidiendo ítems característicos los participantes de nuestro programa.

El programa de danza realizado constó de 26 sesiones distribuidas a lo largo de tres meses, de modo que se podía organizar como una actividad trimestral más, propia del centro, cumpliendo con los criterios mínimos de sesiones que se habían calculado en el proyecto. Se pidió que los grupos no fueran superiores a 8 participantes para asegurar la calidad de la intervención y la seguridad de los mismos (Borja & Solís, 2012). Así pues, los grupos estuvieron conformados por 7 u 8 participantes. Se tuvo presente que los horarios de cada grupo deberían de ser estables durante todas las semanas de su implementación, para ofrecer un encuadre definido a los participantes. Todos estos elementos ofrecieron a los participantes un encuadre claro y facilitaron la adaptación a la intervención, así como ofrecieron un espacio seguro donde desarrollar las sesiones.

Para dar respuesta al objetivo específico 3 se plantearon las **dos siguientes hipótesis:**

- (1) La implementación de un programa de danza de 26 sesiones contribuirá a mejorar los indicadores evolutivos, aumentando los valores después de la intervención.

Los resultados muestran un aumento estadísticamente significativo de los indicadores evolutivos después de la intervención en los participantes ($p = 0.001$). El aumento de la puntuación indica una mejora en el desarrollo cognitivo y madurativo de la persona, y en consecuencia, un incremento en la integración del conocimiento del propio cuerpo de los participantes (Carreras, et al., 2013; Koppitz, 2000; Machover, 1949). Podemos afirmar que la intervención en danza basada en DMT mejoró el conocimiento corporal de sus participantes, lo cual indica una mejora de los aspectos evolutivos de los participantes (Goodenough, 1928). En la implementación del programa, este hecho pudo ser observado por el terapeuta al nombrar o marcar las partes del cuerpo que se debían mover, ya que los participantes respondían más ágilmente a la propuesta. Del mismo modo, en los momentos de improvisación, el terapeuta observó la incorporación de nuevos movimientos con mayor utilización de las diferentes partes del cuerpo.

Los resultados obtenidos coinciden con los de otros estudios similares. En el caso de Pérez et al. (2007), se observó que el DFH era un instrumento útil para evaluar aspectos del desarrollo emocional en población con Síndrome de Down. Los resultados, a partir de la evaluación de una sesión de danza antes y después, concluyeron que después de la sesión los participantes mostraban una mejora en el conocimiento del propio cuerpo. Este elemento está relacionado con los indicadores del bienestar emocional como la autoestima. En el caso de nuestro estudio (ver Artículo 2) también existen diferencias significativas en los participantes antes y después de una sesión de danza ($p = 0.006$), siendo mayores los valores que evalúan toda la intervención ($p = 0.001$). Esto nos podría indicar que los beneficios de la danza aumentan si la intervención se realiza de forma regular, tal y como proponen los estudios que presentan programas de actividad física (De Figueroa et al., 2006).

También se observó que, en un estudio de caso grupal con cuatro personas adultas con DI, existían cambios antes y después de una sesión. Tras la sesión, se observaba en el DFH un aumento significativo del conocimiento del propio cuerpo, vinculado a: un aumento del número de detalles, una mayor proporción del cuerpo y un aumento del tamaño de las figuras de los dibujos (Barnet-López, et al., 2013). Estos resultados coinciden con obtenidos en esta tesis (ver Artículo 2) donde la muestra estudiada es mayor.

(2) La implementación de un programa de danza de 26 sesiones contribuirá a obtener unos valores más bajos de los indicadores emocionales después de la intervención, indicando una mejoría.

Los resultados obtenidos muestran que el valor de los indicadores emocionales disminuye de manera significativa después de la intervención en el GI ($p = 0.007$), lo cual significa una mejora en el bienestar emocional de los participantes. En el caso del GC no existen diferencias ($p = 0.560$) (ver Artículo 3). Estos resultados coinciden con las conclusiones obtenidas en el meta-análisis de Koch, et. al. (2014), así como con otros estudios o autores que

apoyan los beneficios de la danza y la DMT a nivel emocional (Panhofer, 2005; Pérez, 2010; Pérez et al., 2009; Wengrower y Chaiklin, 2008; De Rueda y Aragón, 2013). Los resultados obtenidos en esta tesis nos indican una mejoría de los aspectos emocionales de los participantes.

En el estudio De Rueda Villén y Aragón (2013), centrado en población sin discapacidad, concretamente en estudiantes universitarios, se concluye que la danza proporciona beneficios emocionales, facilitando especialmente el reconocimiento y la integración de la emociones. Estos autores obtuvieron la evaluación a través de un autoinforme, ya que, por las características de los participantes, todos podían redactarlos sin presentar limitaciones. En el caso de los resultados de nuestro estudio, que por el contrario utilizó la herramienta del DFH, se observa una mayor integración del conocimiento del propio cuerpo, las partes del cuerpo que destacan son: boca, cuerpo, piernas, pies, ojos, brazos, cuello y nariz (ver Artículo 3), además de una disminución de los conflictos emocionales de los participantes en general. Por lo tanto, consideramos que una mayor integración del conocimiento del propio cuerpo influye de manera positiva en el eje corporal de la persona y aporta un mayor control (De Rueda Villén & Aragón, 2013).

En la evaluación del DFH algunas partes del cuerpo puntúan como omisiones en el pre test pero aparecen dibujadas en el post test. Las omisiones o distorsiones están relacionadas con los conflictos emocionales vinculados a la parte omitida y/o dificultades en la integración del esquema corporal (De Felipe et al., 2011; Hammer, 1979; Koppitz, 1984). Por ejemplo, los ítems que hacen referencia a las partes del cuerpo como los brazos o las manos están vinculados a la relación con el otro. Estos corresponden a la disminución de los siguientes ítems emocionales y significan una mejoría: brazos cortos (9,1%), brazos largos (4,5%) o brazos pegados al cuerpo (4,5%). El porcentaje de aparición de estos ítems disminuye después de la intervención, lo cual indica una mejora en la relación con el otro (Koppitz, 2000).

Existe una mejora del ítem de figura pequeña (13,6 %), el cual está vinculado con la mejora del autoestima y de la seguridad (Barbosa, 2013; Pérez, et al., 2007). Este resultado coincide con las aportaciones de los autores Bernal y Silva (2014) y Hui, Chui y Woo (2008), quienes observaron que la danza proporciona seguridad a la persona, ofreciendo un espacio o momento en el día a día donde poder aflojar y relajar, tanto el cuerpo como la mente. También encontramos estudios que apoyan la idea de la utilización de la danza como una herramienta para mejorar el auto-concepto de la persona con DI (Barnet-Lopez, et al., 2013; Lloret, 2009) Además, otros estudios con población sin discapacidad también concluyen que la danza es una herramienta útil para la mejora del auto-concepto y autoestima (Rainbow, 2005; Erfer & Ziv, 2006). En definitiva, observamos la existencia de estudios que apoyan los beneficios de la danza no sólo en personas con DI, sino también en otros tipos de poblaciones.

Referente a los indicadores emocionales, se observa una disminución en el sombreado de la cara (4,6%). Este ítem está relacionado con la ansiedad (Barbosa, 2013; Pérez, et al., 2007) y apoya las conclusiones de estudios anteriores donde se observó una disminución de la ansiedad en estudiantes (Koch et al., 2007) y en personas que presentaban sintomatología depresiva y/o estrés (Lesté & Rust, 1990; Mejía, 2011).

Hasta donde se ha podido consultar, no se han encontrado estudios científicos en los cuáles se evalúe el bienestar emocional tras una intervención, antes y después, de danza basada en DMT en población adulta con DI. Sin embargo, se han encontrado estudios con otro tipo de poblaciones (como, por ejemplo, con trastornos de ansiedad, autismo, depresión, demencia o trastornos de la conducta alimenticia), los cuales concluyen que la danza, como intervención, favorece el conocimiento del propio cuerpo, disminuye los síntomas de ansiedad, mejora el bienestar emocional y por lo tanto la CdV de las personas, tal y como se muestra en el meta-análisis de Koch et al. (2014). En un meta-análisis anterior (Ritter & Low, 1996), se muestra un estudio

realizado en 1979 por Franklin, en el cual se observó que las intervenciones en danza eran una herramienta útil para la mejora de la imagen corporal de sus participantes, que formaban parte de la población con DI.

Objetivo específico 4: Elaborar un registro de observación para evaluar los cambios generales del movimiento, antes y después de la intervención.

Los resultados aportados a través de las revisiones sistemáticas (ver Artículo 4) proponen como instrumento la utilización de un registro de observación que permita analizar los cambios de movimiento. La utilización de este tipo de instrumento, conjuntamente con el DFH, aportaría más información sobre el bienestar emocional de las personas con DI.

Para la construcción del registro de observación, se partió de los resultados obtenidos en el Artículo 4, donde se proponen los siguientes pasos para la creación de un instrumento de estas características:

- Revisión bibliográfica, clarificación de conceptos y de la metodología.
- Identificación de los elementos principales para incorporar en el registro.
- Durante el proceso, contar con asesoramiento metodológico y estadístico.
- Para la validez del registro: revisión bibliográfica de conceptos y utilización de la técnica de jueces expertos.
- Para la fiabilidad del registro: realización de la prueba estadística Kappa de Cohen.
- Antes de utilizar el instrumento, aplicarlo en un análisis exploratorio.

Todos estos pasos fueron tenidos en cuenta para la creación del ROAM. Su elaboración y el primer estudio exploratorio se presentan en el Artículo 5 (en revisión).

En el estudio del ROAM, se obtienen buenos valores en la Kappa de Cohen (0.72), ya que según los autores a partir del 0.61 podemos considerar que el instrumento presenta una buena fuerza de concordancia (Hoehler, 2006; Ladis & Koch, 1977). También se observó la Kappa de Cohen en cada una de las cinco dimensiones del ROAM (ver Artículo 5). Tres de estas dimensiones presentan puntuaciones similares y superiores a 0.81; cuerpo (0.85), espacio (0.88) y dinámica (0.83). Las dos restantes, acción (0.77) y relaciones (0.61), presentan puntuaciones buenas. Se observa, por lo tanto, que la dimensión que presenta menor puntuación es la de relaciones, lo cual podría deberse a que presenta un mayor número de variables, dificultando así su validación (Hoehler, 2006; Ladis & Koch, 1977).

El ROAM es un instrumento que permite analizar las características del movimiento general de la persona, teniendo en cuenta las posibles limitaciones a nivel cognitivo, emocional y físico. Por este motivo, consideramos que su aplicación podría ser útil tanto en la práctica clínica a fin de complementar la información en el diagnóstico y/o para determinar posteriormente las necesidades u objetivos terapéuticos; como también en el contexto de la investigación para conocer los cambios que se observan en la persona antes y después de una intervención, utilizando el ROAM como pre y post test. El registro incluye un apartado destinado a las observaciones complementarias para cada una de las dimensiones del registro.

6.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una vez discutidos los resultados de esta tesis doctoral, consideramos importante poner de manifiesto las principales limitaciones que se han encontrado a lo largo de este proyecto de investigación, con el objetivo de poder entender mejor el proceso de desarrollo del mismo y de exponer algunas consideraciones para posibles futuras líneas de investigación. A continuación presentamos las limitaciones de nuestro estudio:

- Tamaño pequeño de la muestra: Lo cual no nos permite poder generalizar los resultados.
- Sala con elementos distractores: El espacio donde se realizó el programa fue determinado por las características de las instalaciones del centro. La sala era un espacio amplio adecuado para realizar la intervención pero contaba con muchas ventanas y materiales externos, elementos que en algunos momentos distraían a los participantes.
- La utilización de un solo instrumento de evaluación: Por este motivo se desarrollo un segundo instrumento, el ROAM, para reforzar y complementar los resultados obtenidos con el DFH. En esta tesis doctoral, no se ha podido incluir la evaluación del programa incorporando los resultados de los dos instrumentos ni compararlos entre ellos.
- Mismo investigador y mismo terapeuta: La persona que implementó y evaluó la intervención fue la misma; esto podría ser considerado como una limitación ya que se deben tener en cuenta posibles aspectos subjetivos de la observación. Para ello se contó con la supervisión externa en todas las fases para minimizar el Efecto Rosenthal.
- Anotaciones no sistematizadas: Las observaciones anotadas por el terapeuta no fueron realizadas de manera sistemática, es decir, aunque han proporcionado información complementaria, no se han podido analizar.

- Registro audiovisual de las sesiones desde un ángulo: Se utilizó un único ángulo para las grabaciones de las sesiones, ya que se disponía de una sola cámara. Para minimizar lo más posible las repercusiones, se utilizó el mismo ángulo en todas las sesiones: el que correspondía con el punto de vista del terapeuta durante la mayor parte de la sesión.

6.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Para complementar la información del DFH y poder aportar una mayor información sobre los beneficios del programa de danza, tal y como se sugiere en el Artículo 4, nos planteamos el siguiente objetivo: describir, analizar y evaluar las características generales del movimiento de los participantes del programa de danza, con la finalidad de aportar mayor información sobre los cambios y beneficios emocionales de un programa de danza. Los resultados obtenidos en relación a este objetivo apuntan que los instrumentos de evaluación utilizados, el DFH y el ROAM, aportan información complementaria y permiten observar los beneficios emocionales a partir del programa de danza, así como las características referentes al perfil de movimiento del grupo. Actualmente, se ha finalizado el análisis de los resultados y se está elaborando la redacción de un sexto artículo que dará continuidad al proyecto iniciado con esta tesis doctoral.

Además se están valorando nuevas líneas de investigación futuras. Entre ellas destacan:

- Ampliar la muestra: Implementar la misma intervención en otros centros ocupacionales con características similares. La ampliación de la muestra permitiría poder observar si existen diferencias entre género o entre las diferentes franjas de edad.
- Aumentar el número de investigadores: Incorporar investigadores externos al estudio, con un perfil de psicólogos, danza movimiento terapeutas y vinculados al mundo de la DI. Esto nos permitiría la

comparación de diferentes estilos terapéuticos y la posibilidad de trabajar con un mayor número de participantes.

- Conocer los efectos a largo plazo: Incorporar la evaluación longitudinal de los participantes que realizan el programa para poder saber si existen efectos a largo plazo y cuáles son.
- Elaborar un diario de campo con anotaciones sistemáticas: Incorporar el diario de campo del terapeuta como instrumento cualitativo de evaluación. Para ello, el terapeuta deberá realizar anotaciones sistemáticas que permitan realizar un análisis de contenido.
- Incorporar la Escala de Satisfacción utilizada hasta el momento como soporte visual para la identificación de las emociones y como herramienta complementaria para la evaluación del bienestar emocional.

A hand-drawn grid of thin, grey lines on a white background. The grid is composed of approximately 10 vertical and 10 horizontal lines, with a diagonal line running from the top-left to the bottom-right. Scattered across the grid are numerous small, solid green squares of varying shades, from light lime green to dark forest green. The squares are placed at various intersections and within the grid cells, creating a pattern that resembles a data visualization or a decorative design.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

7.1. CONCLUSIONI

Questa tesi di dottorato di ricerca risponde agli obiettivi fissati in precedenza. Un programma di danza sulla base di Danza Movimento Terapia (DMT) di 26 sessioni rivolte ad adulti con Disabilità Intellettuale (DI), eseguendo una valutazione prima e dopo per conoscere i benefici in relazione alla dimensione del benessere emotivo, che si trova all'interno del costrutto di Qualità di Vita (QdV).

Secondo gli obiettivi specifici e le ipotesi sollevate si conclude:

Obiettivo specifico 1

Si riportano difficoltà oggettive nell'integrazione di elementi dello schema e della struttura generale dell'intervento. È stato osservato che la creazione dell'alleanza terapeutica si trasformava gradualmente, incrementandosi da una sessione all'altra, a seconda del tempo richiesto per ogni persona. Le caratteristiche e necessità che prevalgono negli adulti con DI che hanno partecipato all'intervento sono state:

- Fornire sicurezza ai partecipanti durante le sessioni e durante le valutazioni. Ad esempio, incorporando routine e rituali nelle sessioni.
- Strutturare le sessioni seguendo questa proposta: benvenuto, riscaldamento, transizione e processo, rilassamento (alcune sessioni di rilassamento possono essere eseguite anche dopo il benvenuto, a seconda delle esigenze presentate dal gruppo e da quello che il terapeuta rileva) e chiusura.
- L'utilizzo di meccanismi di auto-identificazione. Ad esempio, i sostegni visivi come l'inserimento di un calendario del programma con gli incontri che si terranno.
- Creare proposte di movimenti nell'interesse dei partecipanti.

- La cura per l'atmosfera del gruppo e favorire la motivazione personale.
- L'utilizzo di strumenti di valutazione adatti alle caratteristiche della popolazione.
- Lo spazio ideale per tenere la sessione è un'aula di danza.
- Tenere in mente che ci sono periodi di adattamento alle sessioni. Aver cura del processo del programma sia all'inizio che alla fine, facendo un accompagnamento alla chiusura dell'intervento.

Obiettivo specifico 2

La creazione di una alleanza terapeutica salutare contribuirà al raggiungimento degli obiettivi della terapia. Gli elementi rilevanti per promuoverla sono: fornire uno schema strutturato e uno spazio sicuro, promuovere la vicinanza e la fiducia, lavorare in relazione alle necessità del singolo e/o del gruppo, identificare il ritmo di ogni persona e seguire la stessa direzione.

Obiettivo specifico 3

I partecipanti al programma di danza valutati con il Disegno della Figura Umana (DFU) mostrano un miglioramento significativo nella dimensione del benessere emotivo. Si accettano le ipotesi fatte per questa tesi e che rispondono a questo obiettivo. Quindi, possiamo dire che l'attuazione di un programma di danza di 26 sessioni farà aumentare gli indicatori evolutivi e diminuire gli indicatori emozionali dei partecipanti, adulti con DI, dopo l'intervento.

I risultati della valutazione pre e post test del GI indicano un miglioramento nel benessere emotivo legato ai seguenti elementi: in relazione

all'altro, il concetto di sé, l'autostima, l'ansia, la sicurezza, il livello di identificazione delle emozioni e la conoscenza del corpo.

Obiettivo specifico 4

È stato creato il Registro di Osservazione di Analisi del Movimento (ROAM), che permette di valutare i cambiamenti generali di movimento delle persone prima e dopo un intervento di danza. Questo strumento ha un buon livello di affidabilità (0,72), è uno strumento che determina correttamente gli elementi valutati ed è impostato per essere applicato a persone con DI. In aggiunta alle informazioni ricavate attraverso il punteggio di ogni dimensione delle variabili di base, la registrazione offre spazio per ulteriori osservazioni al terapeuta o ricercatore per ottenere informazioni sull'Analisi del Movimento, in modo tale che sia possibile prendere appunti specifici durante e dopo la sessione.

Questo dottorato di ricerca è inteso come un contributo a interventi per persone con DI con un tipo di programma adatto per questa popolazione e può essere considerato come uno strumento di sostegno nella loro vita quotidiana. I risultati aprono nuove proposte e linee d'azione e rendono visibili le caratteristiche del lavoro basate sulla danza, fornendo maggiori informazioni sul tipo di attività che ci offre e quali sono i suoi benefici.

L'utilizzo della danza basata sul DMT come intervento per gli adulti con DI è uno strumento utile per assecondare attività attraverso il profilo e le caratteristiche di ogni persona: partendo dal suo movimento, in modo tale da migliorare il suo benessere emotivo. Ogni persona o gruppo con caratteristiche simili mostra un profilo di movimento, ma questo ha la capacità di cambiare ed evolversi.

7.2. CONCLUSIONES

Esta tesis doctoral da respuesta a los objetivos planteados previamente. Se implementó un programa de danza basado en Danza Movimiento Terapia (DMT) de 26 sesiones dirigido a personas adultas con Discapacidad Intelectual (DI), y se evaluó antes y después para conocer sus beneficios en relación a la dimensión bienestar emocional, la cual se encuentra dentro del constructo de Calidad de Vida (CdV).

Según los objetivos específicos e hipótesis planteados concluimos:

Objetivo específico 1

Se identificaron dificultades en la integración de elementos del encuadre y de la estructura general de la intervención, se observó que la creación de la alianza terapéutica se iba conformando poco a poco, sesión a sesión, según el tiempo que necesita cada persona. Las características y necesidades que destacan en las personas adultas con DI que realizaron la intervención fueron:

- Proporcionar seguridad a los participantes durante las sesiones y durante las evaluaciones. Por ejemplo, al incorporar rutinas y rituales.
- Estructurar las sesiones siguiendo la propuesta de: bienvenida, calentamiento, transición y proceso, relajación (algunas sesiones de relajación también se pueden realizar después de la bienvenida, en función de las necesidades que presenta el grupo y que el terapeuta detecta) y cierre.
- Utilización de mecanismos de autoidentificación. Por ejemplo, soportes visuales como la incorporación de un calendario del programa con las sesiones que se realizarán.
- Crear las propuestas de movimiento en función de los intereses de los participantes.
- Cuidar el ambiente del grupo y favorecer la motivación personal.

- Utilizar instrumentos de evaluación adecuados a las características de la población.
- El espacio ideal para realizar las sesiones es un aula de danza.
- Tener presente que existen periodos de adaptación a las sesiones. Cuidar el proceso del programa tanto en el inicio como al final, haciendo un acompañamiento al cierre de la intervención.

Objetivo específico 2

La creación de una alianza terapéutica saludable ayudará a alcanzar los objetivos de la terapia. Los elementos relevantes para fomentar una alianza terapéutica saludable en un programa de danza para personas con DI son: proporcionar un encuadre estructurado y un espacio seguro, promover la proximidad y la confianza, trabajar en relación a las necesidades de la persona y/o grupo, identificar el ritmo de cada persona y seguir una misma dirección.

Objetivo específico 3

Los participantes del programa de danza evaluados con el Dibujo de la Figura Humana (DFH) muestran una mejora significativa en la dimensión del bienestar emocional. Se aceptan las hipótesis planteadas para esta tesis y que dan respuesta a este objetivo. Por lo tanto, podemos afirmar que la implementación de un programa de danza de 26 sesiones aumentará los indicadores evolutivos y disminuirá los indicadores emocionales de los participantes, adultos con DI, después de la intervención.

Los resultados de la evaluación pre y post test del GI indican una mejora en el bienestar emocional vinculada a los siguientes elementos: en relación con el otro, al auto-concepto, a la autoestima, a la ansiedad, a la

seguridad, al nivel de identificación de las emociones y en el conocimiento del propio cuerpo.

Objetivo específico 4

Se ha creado el Registro de Observación de Análisis del Movimiento (ROAM), el cual permite evaluar los cambios generales del movimiento de las personas antes y después de una intervención de danza. Este instrumento presenta unos buenos niveles de fiabilidad (0.72), es un instrumento que determina adecuadamente los elementos que evalúa y está creado para poder ser aplicado en población con DI. Además de la información a través de la puntuación de cada dimensión de las variables básicas, para obtener la información del Análisis del Movimiento, el registro proporciona un espacio de observaciones complementarias para el terapeuta o investigador de manera que pueda hacer anotaciones específicas de la sesión.

Esta tesis doctoral pretende ser una aportación a las intervenciones destinadas a personas con DI con un tipo de programa adecuado para este tipo de población y que pueda ser considerado como un soporte en su vida diaria. Los resultados abren nuevas propuestas y líneas de intervención, y hacen visibles las características del trabajo basado en la danza, aportando más información sobre el tipo de trabajo que nos ofrece y cuáles son sus beneficios.

La utilización de la danza basándonos en la DMT como intervención para personas adultas con DI es una herramienta útil para incidir y trabajar a través del perfil de las características que presenta la persona; poder partir de su movimiento, contribuyendo en la mejora de su bienestar emocional. Cada persona o grupo con características similares muestra un perfil de movimiento, pero éste tiene capacidad de cambio y de evolución.



8. REFERENCIAS

8. REFERENCIAS

- AAIDD (2010). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Alpert, P. T. (2011). The health benefits of dance. *Home Health Care Management & Practice*, 23(2), 155-157. doi: 10.1177/1084822310384689.
- Amaro, M., Marrero, A., Valencia, M., Blanca, S., & Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 12(1), 11-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es&tlng=pt.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales IV. Versión Revisada (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Anderson, A. N., Kennedy, H., DeWitt, P., Anderson, E., & Wamboldt, M. Z. (2014). Dance/movement therapy impacts mood states of adolescents in a psychiatric hospital. *The Arts in Psychotherapy*, 41(3), 257-262.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*. 16(1), 9-29.
- Anguera, M. T. (1989). *Metodología de la Observación en las ciencias humanas*. Madrid: Cátedra.
- Arévalo, M. I. C. & Samudio, Á. R. V. (2013). Violencia sexual y empatía: la danza en contextos terapéuticos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2).
- Argus, G. R., Terry, P. C., Bramston, P., & Dinsdale, S. L. (2004). Measurement of mood in adolescents with intellectual

- disability. *Research in developmental disabilities*, 25(6), 493-507. doi: 10.1016/j.aip.2012.03.008.
- Arostegi, I. (2002). *Calidad de vida y retraso mental: Un estudio en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Ediciones Mensajero.
- Arthur, A. R. (2003). The emotional lives of people with learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 31(1), 25-30. doi: 10.1046/j.1468-3156.2003.00193.x.
- Ballesta, A. M., Vizcaíno, O., & Mesas, E. C. (2011). El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas. *Arte y políticas de identidad*, 4, 137-152.
- Barbosa, P. (2013). *Psicopatología y test gráficos: El psicodiagnóstico diferencial mediante los dibujos de la casa, el árbol y la persona (HTP)*. Barcelona: Herder.
- Barbosa, P., Busquets, E., Call, M., Corral, X., Fábrega, C., Pérez, M., Roselló, N., & Salamero, M. (1998). El test de la figura humana: Estudio con un grupo de adolescentes. *Revista de la Sociedad Española del Roscharch y Métodos Proyectivos*, 11, 35- 47.
- Barnet-López, S. Pérez-Testor, S., & Guerra-Balic, M. (2016). La danza y su repercusión emocional en personas con discapacidad intelectual. En: Segura, J. (coord.), *Psicología aplicada al deporte adaptado*. (pp.195-205). Barcelona: Editorial UOC.
- Barnet, S., Pérez-Testor, S., & Guerra, M. (2013). El autoconcepto en la danza movimiento terapia con personas adultas con discapacidad intelectual: Estudio de un caso grupal. *Poster presented at the 3rd National Congress of Creative Therapies*. Vitoria, Spain.
- Barros, M. & Ison, M. (2002). Conductas problemas infantiles: Indicadores evolutivos y emocionales en el dibujo de la figura humana. *Revista*

Interamericana de Psicología, 36(1), 279–298.

Bartenieff, I. & Lewis, D. (1980). *Body movement: Coping with the environment*. New York: Gordon & Breach.

Bermell, M. A. (2003). La experiencia de la música y la danza con la calidad de vida: programa de intervención. *Música y educación: Revista trimestral de pedagogía musical*, 16(56), 95-107.

Bernal, Á. & Silva, T. (2014). Juego, danza y música en psicoterapia infantil. *Praxis Pedagógica*, (15).

Bernstein, P. L. (1975). *Theory and methods in dance-movement therapy* (2nd ed.). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.

Berry-man Miller, S. (1988). Dance Movement Effects on Elderly Self-Concept . *Journal of Physical Education Recreation and Dance*. 12-27.

Boletín Oficial del Estado, B.O.E. (1999). Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

Borja, V. & Solís, P. (2012). Taller de música y danza: Expresión Corporal en un centro de apoyo a la integración de personas con discapacidad intelectual. *EmásF: revista digital de educación física*, (14), 52-59.

Botella, L. & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, (101), 21-34.

Bräuninger, I. (2012a). Dance movement therapy group intervention in stress treatment: A randomized controlled trial (RCT). *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 443-450. doi: 10.1016/j.aip.2012.03.008.

Bräuninger, I. (2012b). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: A randomized controlled trial. *The Arts in*

Psychotherapy, 39(4), 296-303. doi: 10.1016/j.aip.2012.03.008.

Brooks, D. & Stark, A. (1989). The effect of dance/movement therapy on affect: A pilot study. *American Journal of Dance Therapy*, 11(2), 101–112.

Brown S, Martinez M. J., & Parsons L. M. (2006). The neural basis of human dance. *Cerebral Cortex*, 16, 157-1167. doi: 10.1093/cercor/bhj057

Buntinx, W. H. & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x.

Carreras, M., Uriel, F., & Liporace, M. (2013). Actualizaciones en el análisis de ítemes madurativos del dibujo de la figura humana en niños escolarizados de Buenos Aires. *Interdisciplinaria*, 30(1), 101–108.

Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.

Cerezo, M.; Ortiz-Tallo, M., & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41. doi: 10.14349/rlp.v41i1.561.

Chace, M. (1953). Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17, 219-225.

Consejo Superior de Deportes (2009). *Plan integral para la actividad física*, CSD versión1. Madrid: CSD.

Davis, M. (1975). *Towards Understanding the Intrinsic in Body Movement*. New York: Arno Press.

De Felipe, J., Escribano, T., de la Fuente, E., Pina, P., Ripoll, M., Ruiz, A., ... & Sánchez-Mármol, M. (2011). Estudio del dibujo de las manos en la

figura humana y su relación con los vínculos en una muestra de pacientes. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 24, 46-58.

De Figueiredo Queirós, M. L., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Queirós, P. S. (2006). Actividad Física en la tercera edad: Análisis de sus relaciones con la inteligencia emocional percibida y los estilos de respuesta a la depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 293-303.

De Rueda Villén, B., & Aragón, C. E. L. (2013). Música y programa de danza creativa como herramienta expresión de emociones. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (24), 141-148.

Eckman, P. (1957). A methodological discussion of non verbal behavior. *Journal of Psychology*, 43, 141-149.

Engelhard, E. S. (2014). Dance/movement therapy during adolescence— Learning about adolescence through the experiential movement of dance/movement therapy students. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 498-503. doi: 10.1016/j.aip.2014.08.005.

Erfert, T. & Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: Group dance /movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*.1-9. doi: 10.1016/j.aip.2006.01.001

Fischman, D. (2001). *Danzaterapia: orígenes y fundamentos*. ADTR.

Fischman, D. (2005). La mejora de la capacidad empática en profesionales de la salud y la educación a través de talleres de Danza Movimiento Terapia. Unpublished doctoral dissertation. Palermo: Universidad de Palermo.

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

- Flaum, R. (1995). *An empirical investigation of the Movement Psychodiagnostic Inventory*. University of Arizona.
- Foroud, A. & Whishaw, I. (2006). Changes in the kinematic structure and non-kinematic features of movements during skilled reaching after stroke: a Laban Movement Analysis in two case studies. *Journal of Neuroscience Methods*, 158, 137-149. doi: 10.1016/j.jneumeth.2006.05.007.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? Review of *General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Frey, G. C., Buchanan, A. M., & Rosser Sandt, D. D. (2005) "I'd rather watch TV": An examination of physical activity in adults with mental retardation. *Mental Retardation*, 43(4), 241-254.
- Frieder, S. & Ekstein, D. (1981). What is Dance Therapy? *Anual for Facilitators, and Consultantes. American Dance Therapy Association*.
- Fromm-Reichmann, F. (1989). *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: Hormé, S. A. E., 8ª ed.
- Fructuoso C. & Gómez, C. (2001). La danza como elemento educativo en el adolescente. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 66, 31-37.
- Fuentes, A. L. (2006). *El valor pedagógico de la danza*. Valencia: Universidad de Valencia, Servicio de Publicaciones.
- Fundación Andalucía Olímpica (2003). Plan Paralímpicos. *Decálogo de Conclusiones de la Conferencia Internacional sobre Deporte Adaptado*. Tríptico publicado por Instituto Andaluz del Deporte en 2003. Disponible

en: <http://www.fundacionandaluciaolimpica.org/wordpress/index.php/cida/conclusiones-cientificas/>.

Fux, M. (1981). *Danza experiencia de vida*. Barcelona: Paidós.

Gardner, H. (2003). Intelligence in seven steps. *New Horizons For Learning, Creating the Future. Report retrieved December, 21, 2005*.

González, S. & Macciuci, M. I. (2013). El poder de la danza en personas con discapacidad. *In X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Goodenough, F. (1928). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Word.

Hammer, E. (1958). *The clinical application of projectives drawings*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

Hammer, E. F. (1979). *Test proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós.

Hartshorn, K., Olds, L., Field, T., Delage, J., Cullen, C., & Escalona, A. (2001). Creative movement therapy benefits children with autism. *Early Childhood Development and Care*, 166(1), 1–5. doi: 10.1080/0300443011660101.

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 23(66), 23-41.

Hoban, S. (2000) Motion and Emotion: The dance/movement Therapy Experience. *Nursing homes*, 49(11). 33-34.

Hoehler, F. K. (2000). Bias and prevalence effects on kappa viewed in terms of sensitivity and specificity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 499-503. doi: 10.1016/S0895-4356(99)00174-2.

Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.),

Psychotherapy relationships that work. 37-70.

Hui, E., Chui, B. T., & Woo, J. (2008). Effects of dance on physical and psychological well-being in older persons. *Archive of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 45-50. doi: 10.1016/j.archger.2008.08.006.

Isen, A. M. (2000). Positive affect and decision making. En M. Lewis y J. M. HavilandJones (Eds.): *Handbook of emotions* (2nd ed.). New York: Guilford.

Izquierdo, C. & Anguera, M. T. (2000). Hacia un alfabeto compartido en la codificación del movimiento corporal en estudios observacionales. *Psicothema*, 12(2), 311-314.

Jané, M. C. (2004). Diagnòstic dual en la deficiència mental. *Suports*, 8 (1), 42-58.

Kana, R. K., Keller, T. A., Cherkassky, V. L., Minshew, N. J., & Just, M. A. (2006). Sentence comprehension in autism: thinking in pictures with decreased functional connectivity. *Brain*, 129(9), 2484-2493. doi: 10.1093/brain/awl164.

Katz, G. & Lazcano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *salud pública de méxico*, 50, 132-141. doi: 10.1590/S0036-36342008000800005.

Kestenberg, J. (1975). *Children and parents*. New York: Jason Aronson.

Kiepe, M. S., Stöckigt, B., & Keil, T. (2012). Effects of dance therapy and ballroom dances on physical and mental illnesses: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 39(5), 404-411. doi: 10.1016/j.aip.2012.06.001.

Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-

- analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46-64. doi: 10.1016/j.aip.2013.10.004.
- Koch, S., Morlinghaus, K., & Fuchs, T. (2007). The joy of dance specific effects of a single dance intervention on psychiatric patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 340-349. doi: 10.1016/j.aip.2007.07.001.
- Konstantinidou, M. & Harahosou, Y. (2000). Dance Movement therapy effects on life satisfaction of elderly people. *Congreso mundial de ocio en la tercera edad*. Universidad de Deusto. España.
- Koppitz, E. (1984). *Psychological evaluation of human figure drawings of middle school pupils*. New York, NY: Grune & Stratton.
- Koppitz, E. (2000). *El dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Kortesluoma, R. L., Punamäki, R. L., & Nikkonen, M. (2008). Hospitalized children drawing their pain: the contents and cognitive and emotional characteristics of pain drawings. *Journal of Child Health Care*, 12(4), 284-300. doi: 10.1177/1367493508096204.
- Koshland, L., Wilson, J., & Wittaker, B. (2004). PEACE through dance/movement: Evaluating a violence prevention program. *American Journal of Dance Therapy*, 26(2), 69-90. doi: 10.1007/s10465-004-0786-z.
- Laban, R. (1960). *Mastery of movement*. London: MacDonald & Evans.
- Laban, R. (1978). *Danza educativa moderna*. Buenos Aires: Paidós.
- Laban, R. (1987). *El Dominio del Movimiento*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Landis J.R. & Koch G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 33, 159-174.

- Lee, H. J., Jang, S. H., Lee, S. Y., & Hwang, K. S. (2015). Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy, 45*, 64-68. doi: 10.1016/j.aip.2015.07.003.
- Lesté, A. & Rust, J. (1990). Effects of dance on anxiety. *American Journal of Dance Therapy, 12*(1), 19-25.
- Levy, F. (1988). *Dance Movement Therapy: A Healing Art*. Virginia: The American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.
- Levy, F. (1992). *Dance Movement Therapy a Healing Art*. New York, Ed. National Dance Association, American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.
- Liebowitz, G. (1992). Individual dance movement therapy in an in-patient psychiatric setting. *Dance movement therapy: Theory and practice*, 102-122.
- Lizárraga, I. (2014). *Análisis comparativo de la gramática corporal del mimo de Etienne Decroux y el análisis del movimiento de Rudolf Laban*. (Unpublished doctoral dissertation).
- Lloret, V. G. (2009). Danza e integración. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 4*, 79-96.
- López, I., y Rodríguez, H. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 15* (1). 19-23.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., ... Tassé, M. J. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Support*, (9a ed.). Washington: American Association on Mental Retardation.

- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., ... Tassé, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Mac Donald, J. (1992). Dance? Of cours I can! En H. Payne (Ed.) *Dance Movement Therapy: Theory and Practice*. Routledge: London.
- Machover, K. (1949). Personality projection in the drawing of human figure. *The Psychoanalytic Quarterly*, 19, 122–123.
- Maganto, C., Gaigordobil, M., & Etxeberria, J. (2007). Revisión del dibujo de la figura humana en niños y niñas de 5 a 12 años. Diseño y estandarización del dibujo de la figura humana (DFH-R) y del Screening de Problemas de Conducta Infantil (SPCI) en las Ikastolas de la Comunidad Autònoma Vasca. Estudio preliminar. San Sebastián-Donostia: Euskal Herriko Ikastolen Konfederazioa.
- Maganto, C. & Garaigordobil, M. (2009). Test de dibujo de dos figuras humanas (T2F). Madrid: TEA.
- Mala, A., Karkou, V., & Meekums, B. (2012). Dance/Movement Therapy (D/MT) for depression: A scoping review. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 287-295. doi: 10.1016/j.aip.2012.04.002.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2), 321-334.
- Martín, B. (2011). La Danza/Movimiento Terapia en un enfoque de análisis transaccional integrativo. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 29(64), 14-31.
- Martin, M. (2014). Moving on the spectrum: Dance/movement therapy as a potential early intervention tool for children with Autism Spectrum

- Disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 545-553. doi: 10.1016/j.aip.2014.10.003.
- Martín, M., (2009). La práctica de la actividad física a través de la danza en la autoestima y la expresión gráfica de emociones de la adolescente saharai: estudio piloto. Directora: Susana Pérez. Barcelona: Facultad Blanquerna.
- Mateos-Moreno, D. & Atencia-Doña, L. (2013). Effect of a combined dance/movement and music therapy on young adults diagnosed with severe autism. *The arts in psychotherapy*, 40(5), 465-472. doi: 10.1016/j.aip.2013.09.004.
- Meekums, B., Vaverniece, I., Majore-Dusele, I., & Rasnacs, O. (2012). Dance movement therapy for obese women with emotional eating: A controlled pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 126-133. doi: 10.1016/j.aip.2012.02.004.
- Mejía, F. M. (2011). Effects of therapeutic dance on work related stress control in 25 to 50 yers old adults. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 156-174.
- Merman, H. (1990). The use of precursors of effort in dance/movement therapy. En Lewis, P. & Loman, S. (Ed.). *The Kestenberg Movement Profile: Its past, present Applications and future directions*. Antioch New England Graduate School: Keene, NH.
- Mora, D. & Salazar, W. (1999). El Efecto de la Música y la Danza en la Conducta de Personas con Discapacidad Múltiple Severa. *Kinesis: Revista de Rehabilitación Integral*. 3, 23-29.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurología*, 50(3), 77-84.

- Muller-Pinget, S., Carrard, I., Ybarra, J., & Golay, A. (2012). Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient Education and Counseling*, 89(3), 525-528. doi: 10.1016/j.pec.2012.07.008
- Muñoz, J. & Marín, M. (2005). Necesidades sanitarias de las personas con discapacidad intelectual y sus familias. *Siglo Cero*, 36(3), 5-24.
- Nanni, D. (2005). La enseñanza de la danza en la estructuración/expresión de la conciencia corporal y de la autoestima del educando. *Fitness & Performance Journal*, 4(1), 45-57. doi:10.3900/fpj.4.1.45.s
- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L., & Forgas, E. (2015). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Informe Mundial de la Discapacidad. Recuperado en <http://www.who.int/disabilities/world-report/2011/summary-es.pdf>. 2011.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1980). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Geneva: Author.
- Oros, L. B., Manucci, V., & Richaud de Minzi, M. C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educación y educadores*, 14(3), 493-509.
- Padilla, C. & Hermoso Y. (2003). Siglo XXI: perspectivas de la danza en la escuela. Távira: *Revista de ciencias de la educación*, 18, 9-20.
- Panhofer, H. (Coord.) (2005) *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Paredes, D. (2010). Bienestar emocional y expresión conductual en las personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4(2), 51-60.

- Pérez Testor, S. & Pérez Testor, C. (2000). El impacto de una clase de iniciación a la danza en la estructura del esquema corporal: Proyecto D.E.C. *1st Jornadas de Danza e Investigación. Murcia: Universidad de Murcia.*
- Pérez-Testor, S. (2008) Escuela de Arte en el Monte Verità: Los inicios de la danza moderna. *Danza en Escena. 21*, 32-33.
- Pérez-Testor, S. (2010). Proyecto de D.E.C. danza esquema corporal y su repercusión emocional. *La investigación en danza en España 2010*, 108-115.
- Pérez-Testor, S., Guerra-Balic, M., & Massó-Ortigosa, N. (2007). El dibuix de la figura humana com a llenguatge expressiu. *Aloma: revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, (21), 223-230.
- Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez, S., Martínez, E., Massó, N., Guerra, B., Martí, C., & Giné, M. (2007). Evaluación de una sesión de expresión corporal mediante el dibujo de la figura humana en población con Síndrome de Down. *Póster. II Congreso Internacional de deporte adaptado*, Málaga.
- Pérez, S., Sanhauja, M., Guerra, M., Martínez, E., Massó, N., & Costa, L. (2009). Impact of a creative dance class on intellectual and affective development in Down syndrome adolescents. *Poster presented at the 19th Annual International Meeting of the Association for Dance Medicine & Science*, The Hague, Netherlands.
- Peschken, W. E. & Johnson, M. E. (1997). Therapist and client trust in the therapist and client trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 7(4), 439-447.

- Pinniger, R., Thorsteinsson, E. B., Brown, R. F., & McKinley, P. (2013). Tango dance can reduce distress and insomnia in people with self-referred affective symptoms. *American Journal of Dance Therapy*, 35(1), 60-77.
- Punkanen, M., Saarikallio, S., & Luck, G. (2014). Emotions in motion: short-term group form dance/movement therapy in the treatment of depression: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 493-497. doi: 10.1016/j.aip.2014.07.001
- Queyquep, E. (2008). Las teorías del movimiento de Laban: la perspectiva de una danzaterapeuta. En Wengrower, H. y Chaiklin, S. (Coords.). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia* (pp. 239-258). Barcelona: Ed. Gedisa.
- Quin, E., Redding, E., & Frazer, L. (2007). Dance science report: The effects of an eight week creative dance programme on the physiological and psychological status of 11-14 year old adolescents. Hampshire: Hampshire Dance and Laban, 1-3.
- Rainbow, T. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*. 32, 337-345.
- Ritter, M. & Low, K. G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249-260. doi: 10.1016/0197-4556(96)00027-5.
- Rodríguez (2009). Danza Movimiento Terapia: Cuerpo, Psique y Terapia. *Avances en Salud Mental Relacional*. 8(2).
- Rodríguez, J., Portillo, A., Vucínovich, N., & Serrano, E. (2011). El dibujo de la figura humana en pacientes esquizofrénicos. *Apuntes de Psicología*, 29(3), 413–423.
- Ruano, K. (2003). ¿Cómo expresamos las emociones? En Sánchez, G.,

- Tabernero, B., Coterón, F. J., Llanos, C. y Learreta, B. (Coords.). En *Expresión, Creatividad y Movimiento. I Congreso Internacional de Expresión Corporal y Educación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Salgado R. & Vasconcelos P. (2010). The use of dance in the rehabilitation of a patient with multiple sclerosis. *American Journal of Dance Therapy*. 32:63. doi: 10.1007/s10465-010-9087-x
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduell, M., Clofent-Torrentó, M., Montero-Camacho, M., & Hernández-Latorre, M. A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 54(1), 63-71.
- Sandel, S. (1993). The process of empathic reflection in dance therapy. In S. Sandel, S. Chaiklin & A. Lohn, (Eds.), *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. 98-111. Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Foundation of the American Dance Therapy Association.
- Saneei, A., Bahrami, H., & Haghegh, S. A. (2011). Self-esteem and anxiety in human figure drawing of Iranian children with ADHD. *The arts in psychotherapy*, 38(4), 256-260. doi: 10.1016/j.aip.2011.08.002
- Sarriá, E. & Brioso, A. (1999). Categorización y Observación de las funciones, morfología y características espacio-temporales de la comunicación intencional preverbal (pp. 95-124). En *Observación de conducta interactiva en contextos naturales: Aplicaciones*. Ediciones Universidad de Barcelona.
- Schalock, R. L. (2003). El paradigma emergente de la discapacidad y sus retos en este campo. In *MA Verdugo y B. Jordán de Urríes (Coors): Investigación, innovación y cambio*. 193-217.
- Schalock, R. L. (2013). Integrando el concepto de calidad de vida y la información de la Escala de Intensidad de Apoyos en planes

individuales de apoyo. *Revista Siglo Cero*, 44(245), 5-21.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., ... Yeager, M. H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support*, (11a ed.). Washington: American Association on Intellectual Disability.

Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181-190. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001.

Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

Schalock, R., Garder, J., & Bradley, V. (2006) *Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas*. Madrid: Colección Feaps.

Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562.

Seligman, M.E.P. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona, España: Vergara

Seligman, M.E.P. (2011). *La vida que florece*. Barcelona: Ediciones B.

Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410.

Sherrill, C. (1998). Concepto Actividad Física Adaptada. In *Actes 11e. Symposium IFAPA*.

- Silva, D. (2013). La Danza, Instrumento lúdico para el autorreconocimiento. En Orozco, N., / Compiladora, *Avances de la Investigación, Formativa y Aplicada 35 2012-2013. Memorias de Divulgación Científica de la Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales* (pp.101-117). Cartagena: Editorial Bonaventuriana.
- Stanton-Jones, K. (1992). *Dance Movement Therapy in Psychiatry*. London: Routledge.
- Strassel, J. K., Cherkin, D. C., Steuten, L., Sherman, K. J., & Vrijhoef, H. J. (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(3), 50.
- Thomas, J.R. & Nelson, J. K. (2007). *Métodos de investigación en actividad física*. Barcelona: Paidotribo.
- Trias, N., Pérez, S., & Filella, L. (2002). *Juegos de música y expresión corporal*. Grupo Editorial Norma.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vecina J. M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 9-17.
- Vella, G. & Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 3-13.
- Vera, B. (2006). Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8.
- Verdugo, M. (1994). El cambio de paradigma en la concepción de retraso mental: La nueva definición de la AAMR. *Siglo Cero*, 25 (3), 5-24.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Thompson, J., & Guillén, V. (2011).

Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo.
Madrid: Alianza Editorial.

- Wang, M., Schalock, R. L., Verdugo, M. A., & Jenaro, C. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*(3), 218-233. doi: 10.1352/1944-7558-115.3.218.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of motivation and emotion. *Psychological review, 92*, 548-573.
- Wengrower, H. & Chaiklin, S. (2008) (Coord.) *La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia.* Barcelona: Ed. Gedisa.
- Zambrano, E., Martínez, M., & Poblano, A. (2010). Frecuencia de factores de riesgo para problemas de aprendizaje en preescolares de bajo nivel socioeconómico en la ciudad de México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18*(5), 998-1004.
- Zhao, L. & Badler, N. (2001). Synthesis and Acquisition of Laban Movement Analysis Qualitative Parameters for Communicative Gestures. *Technical Reports (CIS)*, 116.
- Zúñiga, D. M. M., Rojas, W. S., & Valverde, R. (2001). Efectos de la música-danza y del refuerzo positivo en la conducta de personas con discapacidad múltiple. *Pensar en Movimiento: Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud, 1*(1), 19-33.



9. ANEXOS

9. ANEXOS

9.1. ANEXO I – CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE DANZA

En todas las sesiones realizadas han sido presentes los siguientes temas transversales: el cuerpo, el espacio y la relación con el otro. Por lo tanto, en todas las sesiones se incide en los objetivos específicos que hacen referencia a: mejorar la consciencia espacial, fomentar el conocimiento del propio cuerpo, fomentar la iniciativa, la seguridad y la autonomía y mejorar la comunicación y la relación con el otro.

Los objetivos específicos nombrados anteriormente están presentes en los diferentes momentos de la sesión y dan respuesta a los objetivos generales del programa. Por ejemplo, durante el calentamiento, es relevante trabajar la identificación y la integración de las diferentes partes del cuerpo (fomentar la consciencia del propio cuerpo). En otro ejemplo, durante la bienvenida, se fomenta la iniciativa, la seguridad y la autonomía, a través de los rituales de llegada y de los soportes visuales para comunicar al grupo como estoy, incidiendo también en la identificación de las emociones.

Cada sesión tiene su “parte principal”, equivalente en DMT, como el momento de transición-proceso. Este momento es diferente cada día ya que se le añaden nuevos objetivos específicos destacados en la propuesta de trabajo de cada sesión.

A continuación, presentamos varias tablas con el resumen de las anotaciones realizadas por el terapeuta para desarrollar la parte principal de cada una de las sesiones. Para ello, se han diferenciado cuatro bloques según el momento del programa (ver Tablas I, II, III y IV): Inicio del programa (sesiones de adaptación), primeras sesiones del proceso, desarrollo del proceso y cierre del proceso. De este modo, observamos las propuestas realizadas en los momentos de transición-proceso y los temas principales de cada sesión, así como se destacan los objetivos más relevantes de cada una de ellas.

En primer lugar, mostramos un breve resumen de las Sesiones 1 y 2. En la primera sesión, se dedicó un espacio para exponer a los participantes la estructura propuesta para cada sesión y así facilitar la integración de los diferentes elementos del *setting*. En estas primeras sesiones, también es importante para el terapeuta conocer y observar el movimiento de cada miembro y ver cómo funciona el grupo.

Los contenidos del programa están inspirados en ejercicios de expresión corporal (Trias, Pérez, & Filella, 2002).

Tabla I.

Inicio del programa. Sesiones de adaptación: Sesiones 1, 2 y 3.

PARTE PRINCIPAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMAS PRINCIPALES
<p>SESIÓN 1: LA PRESENTACIÓN</p> <p>Cada miembro dice su nombre acompañado de un gesto (por ejemplo levantar un brazo) y sus compañeros lo repiten.</p> <p>Familiarización con el espacio y con los otros miembros del grupo: Empezamos a caminar por la sala y estamos atentos porque nos vamos cruzando con personas a las que saludamos. Luego, seguimos desplazándonos por la sala.</p> <p>Volvemos a nuestro espacio (casa) – Creación del baile de bienvenida, explorando con la pelota. Después hacemos todos juntos una pequeña coreografía con la pelota, los movimientos más presentes son: soltar, tensionar, acunar y retorcer.</p> <p>Parte final: dejamos las pelotas y se proporciona un espacio que cada miembro del grupo explora con movimientos libres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la consciencia espacial - Tomar consciencia de los movimientos - Mejorar la comunicación y la relación con el otro 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamientos - Imitación - Soltar y tensionar: concentración, atención, consciencia corporal - Capacidad de improvisación, destaca el retorcer
<p>SESIÓN 2: VAMOS A PASEAR POR EL CAMPO</p> <p>Cada persona se mueve por el espacio de manera libre. Tras la familiarización con el espacio y la música, introducimos la narrativa y creamos una historia siguiendo la misma música.</p> <p>Paseo por el campo (resumen): cruzamos un río y pasamos por unas piedras donde tenemos que ir con mucho cuidado (introducimos diferentes registros de movimiento). Encontramos un camino estrecho, tenemos que seguir a la persona de delante (guía del grupo), si escuchamos “cambio” la persona de delante va a la cola y el segundo pasa a ser el primero.</p> <p>Después llegamos a un campo donde podemos explorar movimientos libres que finalmente se utilizan para crear una coreografía conjunta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la consciencia espacial - Tomar consciencia de los movimientos - Explorar ritmos internos, regular la marcha y los movimientos - Aumentar el equilibrio y la coordinación - Mejorar la comunicación y la relación con el otro 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamientos - Conocer el espacio y adquirir sentido de la orientación - Cambios de liderazgo - Marcha rítmica - Cohesión grupo

SESIÓN 3: SOMOS ESTATUAS

Juego de somos estatuas del museo: las estatuas se mueven cuando nadie las ve. Cada participante tiene su espacio, nos desplazamos por el museo, podemos saludar a otras estatuas. Pero cuando escuchamos “la señal de alarma” (viene alguien) las estatuas deben volver a estar inmóviles hasta que las personas visitantes se vayan.

El museo ha cerrado, las estatuas se mueven con la música, se incorporan materiales para ayudar a explorar (arcos-pelotas). El terapeuta realiza verbalizaciones para fomentar el movimiento (técnica de clarificar y ampliar el movimiento).

- Mejorar la conciencia espacial
 - Tomar conciencia de los movimientos
 - Aumentar el control de los impulsos y la tolerancia a la frustración
 - Aumentar el equilibrio y la coordinación
 - Conocemos el espacio, adquirir sentido de la orientación
 - Control de los movimientos, destaca: arrancar y parar
 - Clarificación del movimiento: ampliación y minimización del movimiento
-

Tabla II.

Primeras sesiones del proceso: Sesiones 4, 5 y 6.

PARTE PRINCIPAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMAS PRINCIPALES
SESIÓN 4: LA MINA DE CARBÓN Somos mineros: vamos a la mina de carbón (en esta sesión seguimos trabajando el arrancar y el parar con el soporte de la música). Cuando llegamos a la mina saludamos a nuestros compañeros y observamos el espacio. Ejercicio de los obreros: En círculo, se da una caja a cada uno de los participantes, trabajamos en grupo y vamos pasando nuestra caja siguiendo el ritmo que nos marcan (“toc-toc” – caja china). La mina: la exploramos y jugamos con el carbón y después lo cargamos en cajas (material: diarios y cajas de cartón). Los miembros del grupo pueden explorar nuevos movimientos de manera libre: solos, en pareja o en grupo.	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración- Explorar a través de la improvisación, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento- Explorar el ritmo interno, regular la marcha y los movimientos	<ul style="list-style-type: none">- Control de los movimientos, destaca: arrancar y parar. Fomentar movimientos libres

<p style="text-align: center;">SESIÓN 5: EL PUERTO</p> <p>Vamos al puerto: llega un barco muy grande con cajas de fruta que tenemos que descargar.</p> <p>Ejercicio de los obreros (explicado: sesión anterior). Posteriormente guardamos todas las cajas y el grupo solamente se queda con una, repetimos el ejercicio de los obreros (con una sola caja). Después se introduce una segunda caja. En aquellos grupos donde se ha integrado el ejercicio, se puede introducir una tercera caja.</p> <p>Después recuperamos todas la cajas, cada participante explora (propuesta libre de movimiento) a través de su caja, el terapeuta realiza verbalizaciones para ayudar en la exploración de nuevos movimientos. Una de las propuestas para trabajar con diferentes tipos de peso, es cargar la caja llena de fruta y después vaciarla.</p> <p>Se propone una coreografía grupal guiada, para trabajar el peso y el <i>grounding</i>, para poder terminar con una coreografía donde cada participante pueda aportar nuevas propuestas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar consciencia de los movimientos - Explorar a través de la improvisación, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura y seguridad - El ritmo - Movimientos libres y nuevas cualidades de movimiento, principalmente e a través del peso - <i>Grounding</i> - Destaca: tensar y soltar
<p>SESIÓN 6: FIESTA DE CUMPLEAÑOS</p> <p>Cada participante recibe una invitación para asistir a una fiesta de cumpleaños. Previamente a la propuesta en movimiento, los participantes expresan (verbalmente, en dibujo o en movimiento) cosas que les gustan o no de las fiestas de cumpleaños e identifican la emoción que sienten cuando celebran su aniversario: alegría y felicidad.</p> <p>Posteriormente, entramos en el movimiento partiendo de la emoción propuesta y buscamos cómo conectar con ella mientras nos desplazamos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar la identificación y la canalización de emociones - Disminuir ansiedad y preocupaciones - Explorar movimientos, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento - Explorar el ritmo interno, regular la marcha y los movimientos - Mejorar la comunicación y la relación con el otro 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualidades de movimiento, destaca: el peso - Exploración de nuevos registros de movimiento - Emoción: Alegría - Ritmos - Desplazamientos - Cambios de liderazgo

Empezamos con diferentes marchas rítmicas que nos conducen hasta la fiesta de aniversario y una vez allí nos encontramos con los demás invitados (cruzamos miradas mientras nos situamos en el espacio).

Después, proponemos explorar movimientos libres en pareja (realizamos cambios de parejas) y terminamos con una pequeña coreografía de grupo donde cada uno de los miembros propone un movimiento que es seguido por los demás.

Tabla III.

Desarrollo del proceso: De la sesión 7 a la 24.

PARTE PRINCIPAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMAS PRINCIPALES
<p>SESIÓN 7 – LA PERDIDA</p> <p>Empezamos explorando el espacio, cruzamos miradas cuando nos encontramos con alguno de los compañeros, posteriormente nos paramos y nos saludamos: una mirada o movimiento. Después nos despedimos de la misma manera.</p> <p>Posteriormente, repartimos una pelota a cada persona, a través de la narración del terapeuta, se facilita la conexión con el objeto: los saludamos, tenemos que cuidarlo, imaginamos que es algo que significa mucho para nosotros, lo abrazamos y lo protegemos (exploración diferentes movimientos). Después, el terapeuta recoge las pelotas, aparecen sentimientos de pérdida, tristeza y melancolía, esto permite identificar nuevas emociones que posibilitan la exploración de nuevos movimientos.</p> <p>Para cerrar: el terapeuta vuelve a</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la identificación y canalización de las emociones - Aumentar el control de los impulsos y la tolerancia a la frustración 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración de nuevos registros - Identificación de diferentes emociones - Encontrar y despedir - Cuidar - Emoción: tristeza, sentimiento de pérdida

repartir las pelotas dándoles la oportunidad de despedirse de la forma en que lo necesite cada uno.

SESIÓN 8: SOMOS UNA TRIBU

Vamos de visita a la selva y nos convertiremos en una tribu: utilización de diferentes marchas rítmicas.

Una vez en la selva, nos convertimos en indígenas: Juego del Eco a través de percusión corporal, exploramos diferentes ritmos (trabajamos con el tiempo): primero en parejas y después en grupo.

El terapeuta propone una pequeña danza para la tribu que recoge los movimientos observados por los diferentes participantes. Se inicia la danza de forma muy dirigida y posteriormente se va dando lugar a la exploración de movimientos libres.

- Fomentar la conciencia del cuerpo
- Explorar a través de la improvisación, aumentar el *grounding* y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento
- Explorar ritmos internos, regular la marcha y los movimientos
- Seguridad
- Atención – coordinación y lateralidad
- Explorar nuevos registros: cualidades de movimiento, destaca el tiempo
- Percusión corporal
- *Grounding*

SESIÓN 9: AGUA

Somos agua: ¿Dónde encontramos agua? ¿Para qué utilizamos el agua?

Los participantes empiezan a explorar diferentes tipos de agua, el terapeuta realiza verbalizaciones para fomentar nuevos movimientos: somos agua que sale por el grifo (diferentes tempos), somos agua que desciende por un río, o peces que viajan por un río lleno de agua. Somos agua que llega al mar.

Parte final: Todos los participantes forman el mar, introducimos una tela grande azul que ayuda a los participantes a explorar diferentes tipos de flujo y peso, así como el tener que escuchar a los otros para lograr una armonía grupal.

- Reforzar la identificación y la canalización de emociones
- Disminuir ansiedad y preocupaciones
- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración
- Explorar a través de la improvisación, aumentar el *grounding* y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento
- Mejorar la comunicación y la relación con el otro
- Cualidades de movimiento, destaca flujo libre y peso liviano (dos esfuerzos que en este tipo de población se observan poco)
- Desplazamientos
- Movimientos y armonía en grupo

SESIÓN 10: FUEGO

Somos fuego: ¿Dónde encontramos fuego? ¿Para qué lo utilizamos?

Los participantes empiezan a explorar diferentes tipos de fuego, el terapeuta realiza verbalizaciones para fomentar nuevos movimientos (utilización de música registrada): somos el fuego de una vela, somos el fuego de una chimenea, somos el fuego de una hoguera.

Parte final: Todos los participantes forman una hoguera que se expandirá por todo el espacio (cada participante es una llama). Introducimos pañuelos individuales para cada participante de color rojo y amarillo para explorar diferentes intensidades.

El terapeuta propone una pequeña coreografía dirigida: la danza del fuego, que poco a poco los participantes irán integrando y a la que podrán incorporar movimientos propios.

- Aumentar la identificación y la canalización de emociones
 - Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración
 - Explorar movimientos, aumentar el *grounding* y la posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento
- Cualidades del movimiento, destaca: tiempo y flujo
 - Desplazamientos
 - Movimientos y armonía en grupo
 - Emociones: ira – enfado
 - Exploración de nuevos registros de movimiento

SESIÓN 11: AGUA y FUEGO

Recordamos los dos elementos de la naturaleza que hemos trabajado (sesiones anteriores). La sala se divide en dos zonas: agua y fuego.

Partimos de la marcha rítmica para situarnos en el espacio y para empezar a conectar con el movimiento.

Exploración de movimientos con verbalizaciones de parte del terapeuta como soporte que ayudan a conectar con los elementos trabajados en las dos últimas sesiones. Cuando la música termina, cada participante se sitúa en una de las zonas de la sala, escogiendo la zona en la que se siente más identificado a nivel de cualidades de

- Aumentar la identificación y la canalización de emociones
 - Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración
 - Explorar movimientos, aumentar el *grounding* y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento.
- Cualidades de movimiento
 - Exploración e identificación de los movimientos más cómodos para cada participante
 - Exploración de diferentes emociones

movimiento.

Posteriormente, cada participante tiene la oportunidad de explorar a partir de su situación y crear una pequeña coreografía individual.

Finalmente, se reparten pañuelos individuales para cada participante, los participantes que conforman el grupo agua tienen pañuelos azules y los participantes del grupo fuego pañuelos rojos.

Exploración a través de la improvisación.

SESIÓN 12: TIERRA	- Mejorar la conciencia espacial	- Seguridad
Somos tierra: ¿Dónde encontramos tierra? ¿Para qué la utilizamos?	- Explorar movimientos, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento	- Desplazamientos
El desierto: Caminamos por el desierto (propuesta de circuito motriz con diferentes tipos de suelos), los participantes se mueven a través de cada tipo de suelo (colchonetas de diferentes tipos, papeles y baldosas).	- Aumentar el equilibrio y la coordinación	- Eje corporal
Posteriormente los participantes modifican el circuito y crean uno nuevo en el que exploran nuevos movimientos libres.		- <i>Grounding</i>

SESIÓN 13: AIRE	- Fomentar la conciencia del cuerpo	- Eje corporal
Somos árboles: Propuesta de secuencia de movimientos. Conectamos con nuestro eje corporal (raíces), y luego visualizamos cómo nuestras ramas se expanden (brazos) y se va creando el árbol que florece. Empezamos con movimientos pequeños y lentos que poco a poco se van ampliando. De este modo, el terapeuta realiza verbalizaciones para fomentar el movimiento y se utiliza la técnica de maximización y minimización del	- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración	- Límites corporales
	- Explorar a través de la improvisación, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento.	- Correr y parar
		- Cualidades de movimiento
		- Exploración de diferentes emociones

movimiento.

Se introduce música registrada para encarnar el aire y sus diferentes tiempos, trabajando el control de aguantar antes de soltar.

En la parte final se fomenta la improvisación, los árboles se desplazan por todo el espacio y terminan danzando juntos recordando la propuesta inicial (raíces, ramas, frutos).

SESIÓN 14: LOS CUATRO ELEMENTOS DE LA NATURALEZA

Recordamos las sesiones anteriores y los cuatro elementos trabajados. Se muestran cuatro imágenes: fuego, aire, tierra y agua. Cada participante escoge la imagen que más le gusta a partir de la cual empieza a explorar movimientos, creando una pequeña secuencia de movimiento.

Posteriormente, repetimos la propuesta en movimiento pero escogiendo la imagen que menos nos gusta.

Terminamos la sesión recordando la primera secuencia.

- Tomar consciencia de los movimientos
- Aumentar la identificación y la canalización de emociones
- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración
- Explorar los movimientos, aumentar el *grounding* y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento
- Exploración e identificación de los movimientos más cómodos para cada participante: balancear, girar, correr y parar, entre otros.
- Exploración de diferentes emociones

SESIÓN 15 : MANOS Y PIES

Iniciamos explorando diferentes tiempos con la marcha rítmica. Se realiza una fila y uno de los participantes lidera marcando el ritmo (sigue el ritmo que marca el pandero), se realizan diferentes cambios de liderazgo.

Posteriormente se introduce el juego de las manos y los pies. La fila se deshace y los participantes se pueden mover por todo el espacio siguiendo el tempo que marca el pandero con su caminar y/o aplaudiendo. Cuando el pandero se detiene también lo hacen los participantes. Posteriormente, el

- Fomentar la consciencia del cuerpo
- Tomar consciencia de los movimientos
- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración
- Explorar el ritmo interno, regular la marcha y los movimientos
- Iniciación del movimiento
- Consciencia corporal
- Secuencia movimientos
- Ampliación de movimientos

terapeuta dirá una palabra: manos o pies. Los participantes deberán proponer una pequeña secuencia de movimientos donde sean protagonistas las manos o los pies.

En la parte final, se deja un espacio de exploración de movimientos para reencontrarse con algunos de los movimientos que han surgido (utilización de música registrada). El terapeuta recordará o acompañará algunos de los movimientos como soporte a los participantes que muestran más dificultades para seguir la propuesta.

SESIÓN 16: OLIMPIADAS

Somos deportistas que van a las Olimpiadas.

El desfile de la bandera: Formamos una fila de personas uno detrás del otro. Vamos siguiendo el camino del desfile marcado en el suelo y vamos paseando la bandera escuchando la música (acompañamos los movimientos con el tiempo de la música). Cuando el primero de la fila pasa la bandera al compañero de atrás, luego se situará al final de la fila.

Posteriormente: El terapeuta propone “interpretar” diferentes tipos de deportes como el hockey, el tenis, el fútbol, el baloncesto, el ciclismo o la piragua, entre otros, que permiten conocer nuevos registros en movimientos y explorarlos.

Finalmente: El terapeuta propone un baile de bienvenida a las olimpiadas que empieza con aros (trabajamos el espacio personal), después los aros se dejan al margen para dar paso a movimientos más improvisados.

-
- Explorar los movimientos, aumentar el *grounding* y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento
 - Ritmos
 - Cualidades de movimiento
 - *Kinesfera*
 - Niveles
 - Liderazgo
 - Explorar el ritmo interno, regular la marcha y los movimientos
 - Mejorar la comunicación y la relación con el otro

<p style="text-align: center;">SESIÓN 17: TANDEM</p> <p>El desfile de la bandera: (ver la descripción en la sesión anterior).</p> <p>Los participantes se sitúan por parejas e inventan su propia danza de presentación a las Olimpiadas. Cada pareja creará una secuencia de movimientos (una pequeña coreografía), con el soporte del terapeuta.</p> <p>Posteriormente, cada pareja realizará su coreografía delante de los otros compañeros.</p> <p>Finalmente: el terapeuta propone un baile de grupo en círculo, proponiendo movimientos que recogen las propuestas de cada una de las coreografías realizadas y después anima a los participantes a seguir explorando a través de movimientos libres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración - Explorar movimientos, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento - Explorar el ritmo interno, regular la marcha y los movimientos - Mejorar la comunicación y la relación con el otro 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajamos con el ritmo - Cualidades del movimiento - Niveles - Liderazgo
<p style="text-align: center;">SESIÓN 18: OLIMPIADAS II</p> <p>El desfile de la bandera: (ver la descripción en la sesión anterior). Posteriormente, realizamos un segundo desfile donde cada participante está en un punto de partida y cuando escucha el nombre de su bandera tiene que dar una vuelta a la sala. Los demás participantes saludan a la persona que está realizando el desfile.</p> <p>Después del desfile, los participantes forman un círculo, se introduce como material una pelota de espuma que tendrá uno de los participantes. Los demás participantes copian los movimientos propuestos y la persona que tiene la pelota la pasará a otro participante cuando escuche la señal verbal: "cambio".</p> <p>El terapeuta acompañará en la exploración de diferentes movimientos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la identificación y canalización de emociones - Fomentar la iniciativa, la seguridad y la autonomía - Explorar los movimientos, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento - Mejorar la comunicación y la relación con el otro 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualidades de movimiento - <i>Kinesfera</i> - Liderazgo

aportando ideas y posibilidades que permiten incorporar diferentes registros de movimientos trabajados en sesiones anteriores: acariciar, apretar, tirar abajo/arriba, la pelota pesa, la pelota es una piedra, la pelota es una pluma, etc.

Posteriormente dejamos la pelota y a partir de los movimientos surgidos vamos explorando nuevos movimientos, ampliándolos y minimizándolos o explorando oposición y combinaciones de formas corporales.

<p style="text-align: center;">SESIÓN 19: OLIMPIADAS III</p> <p>El desfile de la bandera: (ver la descripción en la sesión anterior incluyendo la segunda parte del desfile).</p> <p>En esta sesión, volvemos a explorar en círculo los diferentes movimientos propuestos (al igual que en la sesión anterior). Luego, el terapeuta crea una pequeña coreografía con movimientos y cualidades que aparecen en el grupo y propone realizar conjuntamente la coreografía.</p> <p>Finalmente, proponemos despedir las Olimpiadas con la canción “Amigos para siempre” la cual nos permite explorar movimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar la identificación y canalización de emociones - Disminuir ansiedad y preocupaciones - Explorar movimientos, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento - Mejorar la comunicación y la relación con el otro 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualidades de movimiento - <i>Kinesfera</i> - Liderazgo
<p style="text-align: center;">SESIÓN 20: SELVA</p> <p>Empezamos moviéndonos por el espacio siguiendo el ritmo de la música que nos transporta a una selva. Poco a poco, nos convertimos en pájaros y nos movemos como tales. Después nos transformamos en leones y también los encarnamos.</p> <p>Luego, se propone dividir el grupo en dos, un grupo representará los leones y el otro los pájaros. A través de los animales, exploramos diferentes maneras de relacionarnos con los</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la identificación y canalización de emociones - Explorar los movimientos, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualidades de movimiento - Improvisación - Movimientos opuestos

demás, conectando con diferentes sensaciones. Posteriormente, cambiamos los papeles.

Al final de la propuesta de movimiento, dejamos espacio para terminar moviéndonos como el animal con el cual nos hayamos sentido más cómodos.

<p>SESIÓN 21: GRANJA</p> <p>Los participantes construyen juntos una granja con materiales como colchonetas, aros y conos.</p> <p>Cada uno encarna un animal (podemos entrar “iniciar el movimiento” y salir de la granja “finalizar el movimiento”): probamos de encarnar diferentes animales (para aquellos participantes que muestran dificultades ofrecemos una tarjeta donde encuentran la propuesta del animal que pueden representar (cada vez que salen podemos cambiar de “personaje”).</p> <p>Exploramos a través de la improvisación, dejamos terminar a los participantes como más les apetezca, dentro o fuera del grupo y el terapeuta ofrece para cerrar un movimiento a cada uno de los participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar la identificación y canalización de emociones- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración- Explorar la movimientos, aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento- Mejorar la comunicación y la relación con el otro	<ul style="list-style-type: none">- Iniciar movimiento- <i>Grounding</i>- Trabajo en equipo- Cualidades de movimiento- Exploración movimientos- Identificar donde nos encontramos en relación al grupo
<p>SESIÓN 22: MI CUERPO</p> <p>Empezamos explorando el espacio y las personas que lo ocupan. Nos centramos en nuestra respiración y en cómo se siente nuestro cuerpo. Posteriormente, el terapeuta nombra un parte del cuerpo y los participantes se centran en hacer movimientos donde la protagonista es esa misma parte del cuerpo (para aquellas personas que lo requieren se utilizan soportes visuales). Y así sucesivamente con diferentes partes del cuerpo que nombra el terapeuta. Terminamos la propuesta en movimiento con la parte del cuerpo que más nos ha</p>	<ul style="list-style-type: none">- Trabajar el conocimiento del propio cuerpo- Tomar conciencia de los movimientos- Explorar movimientos aumentar el <i>grounding</i> y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento- Mejorar la comunicación y la relación con el otro	<ul style="list-style-type: none">- Identificación partes del cuerpo- Trabajo en equipo- Improvisación

gustado “mover”. Poco a poco volvemos a la calma desplazándonos por el espacio hasta que formamos un círculo.

Dibujamos una silueta: El terapeuta propone dibujar entre todos una silueta, un voluntario del grupo se tumba en el suelo y entre todos resiguen su silueta. Posteriormente, entre todos los miembros del grupo pintan las diferentes partes del cuerpo (ver Figura I).

SESIÓN 23: MIS EMOCIONES

Empezamos explorando el espacio y las personas que lo ocupan. Nos centramos en nuestra respiración y en cómo se siente nuestro cuerpo. El terapeuta muestra a los participantes una imagen, con un tipo de emoción: la tranquilidad. Con el acompañamiento del terapeuta, los participantes representan la emoción que se ha mostrado. Posteriormente, la emoción se transforma y el terapeuta enseña otra imagen con una nueva emoción, y así sucesivamente (tristeza, enfado, miedo y alegría).

Cerramos la propuesta con la alegría y finalmente volvemos a la calma (a la tranquilidad).

- Aumentar la identificación y canalización de emociones
- Disminuir ansiedad y preocupaciones
- Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración
- Desplazamientos
- Encarnar emociones
- Improvisación

<p>SESIÓN 24: PANTERA ROSA</p> <p>Somos panteras rosas: empezamos a movernos por la sala como panteras con la canción de la película.</p> <p>Juego de las panteras: Nos juntamos por parejas y cada pareja elige un color (cada pareja tiene dos aros del color elegido que se reparten por la sala, se colocan en el suelo), salvo una pareja voluntaria que representa al inspector. La música empieza a sonar y los participantes empiezan a moverse por la sala. Cuando la música para, los participantes deben situarse dentro de uno de los aros de su color (casa) y quedarse inmóviles como estatuas, de no ser así, los inspectores pueden encontrarlos y quedar eliminados del juego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la conciencia espacial - Tomar conciencia de los movimientos - Explorar el ritmo interno, regular la marcha y los movimientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamientos - <i>Kinesfera</i> - Iniciar-parar
--	---	--

Tabla IV.

Cierre del proceso: Sesiones 25 y 26.

PARTE PRINCIPAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMAS PRINCIPALES
<p>SESIÓN 25: PRE-DESPEDIDA</p> <p>Empezamos explorando el espacio y las personas que lo ocupan. Nos centramos en nuestra respiración y en cómo se siente nuestro cuerpo.</p> <p>El terapeuta propone moverse libremente por el espacio, parándose cuando encontramos a otro participante (lo saludamos, nos movemos con él). Creamos un círculo: cada participante propone un movimiento y los demás le siguen. Terminamos la propuesta moviéndonos alrededor del círculo, entrando y alejándonos de él. Empezamos a pensar en el cierre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la identificación y canalización de emociones - Disminuir ansiedad y preocupaciones - Aumentar el control de impulsos y la tolerancia a la frustración - Fomentar la iniciativa, la seguridad y la autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazamientos - Encuentros - Dónde me sitúo en el grupo - Cierre

SESIÓN 26: DESPEDIDA

Inicio: Cada participante recibe una invitación para asistir a una fiesta de despedida. Previamente a la propuesta en movimiento, los participantes expresan (verbalmente, en dibujo o en movimiento) cómo se sienten y algún recuerdo significativo de las semanas compartidas.

Posteriormente, entramos en el movimiento y partimos de uno de los recuerdos mencionados. Empezamos con diferentes marchas rítmicas que nos conducen hasta la fiesta de despedida y, una vez allí, nos encontramos con los demás invitados (cruzamos miradas mientras nos situamos en el espacio).

Después, proponemos explorar movimientos libres en pareja (realizamos cambios de parejas y nos despedimos de cada una) y terminamos con una pequeña coreografía de grupo en la que cada miembro propone un movimiento que es seguido por los demás.

Utilización de ritmos y canciones significativas durante la implementación del programa como, por ejemplo, la canción de "Amigos para siempre" utilizada en las sesiones de las Olimpiadas.

Al final de la sesión, el terapeuta reparte una fotografía del grupo como recuerdo y como símbolo tangible de la finalización del programa.

- Aumentar la identificación y canalización de emociones
- Disminuir ansiedad y preocupaciones
- Explorar los movimientos, aumentar el *grounding* y posibilidad de crear nuevas propuestas en movimiento
- Movimientos libres y nuevas cualidades de movimiento
- Identificación de la emoción
- Desplazamientos
- Cierre

9.2. ANEXO II—IMÁGENES PROGRAMA DE DANZA

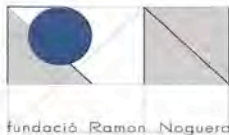


Figura I. Calendario y pictogramas para identificar el estado de ánimo.



Figura II: Silueta. Trabajamos el esquema corporal.


9.3. ANEXO III– DOCUMENTO: COLABORACIÓN DE LA FRN



L'entitat **Fundació Ramon Noguera**, amb domicili al carrer indústria, 22 de Girona (17005) i amb CIF núm. G17462128, representat per la seva directora-gerent, la senyora Pepita Perich i Pujol, facultada per l'acord d'1 d'octubre de 2010, i amb DNI 40288912L;

Participa i col·labora de forma activa en el projecte de recerca *"Efectivitat d'un programa d'activitat física en la millora de la condició física i la qualitat de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual"* dirigit per Dra. Myriam Guerra Balich, investigadora principal del grup de recerca "Salut, Activitat Física i Esport" de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (Universitat Ramon Llull).

I perquè així consti firmo el present document a Girona, 6 de Juny de 2011



Fundació Ramon Noguera
C/ Indústria, 22
17005 GIRONA
Telèfon 972 23 76 11
Fax 972 24 45 47

9.4. ANEXO IV– DOCUMENTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Jo,..... amb DNI:
.....actuant com a mare, pare o tutor legal de
.....

Després d'haver rebut la informació sobre el projecte d'estudi mèdic-esportiu "....." i que inclou proves de valoració funcional, l'autoritzo a participar en ell de manera voluntària.

També autoritzo el coordinador d'aquest estudi i als seus col·laboradors, que en cas d'accident, puguin prendre les decisions mèdiques precises.

Tanmateix, autoritzo la comunicació dels resultats i conclusions de l'estudi, així com a reproduir qualsevol imatge que es cregui oportuna, sempre preservant la identitat de la persona i mantenint el seu anonimat.

S'entén que aquesta col·laboració és voluntària, i per tant es pot abandonar sempre que es desitgi.

Signatura mare/pare/tutor
participant

Signatura del

Nom informant/ N^o Col·legiat:

Signatura:

Barcelona, a ____ d _____ de _____

9.5. ANEXO V– CERTIFICADO: ESTANCIA DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Con la presente si attesta che la studentessa di Dottorato SILVIA BARNET LOPEZ, dell'Universitat Ramon Lull-Blanquerna, ha trascorso presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore – Facoltà di Psicologia – un periodo di studio e ricerca dal 18 settembre 2013 al 19 dicembre 2013, supervisionato dalla Prof.ssa Caterina Gozzoli.

In fede, Caterina Gozzoli

Caterina Gozzoli

9.6. ANEXO VI- RESOLUCIÓN I+D-I.



DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA Y TÉCNICA
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
PROYECTOS DE INVESTIGACION

COMUNICACIÓN SOBRE LA PROPUESTA DE RESOLUCIÓN PROVISIONAL Y TRÁMITE DE AUDIENCIA DE CONCESIÓN DE AYUDAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, SUBPROGRAMA DE PROYECTOS DE INVESTIGACION FUNDAMENTAL NO ORIENTADA. CONVOCATORIA 2012

REFERENCIA: DEP2012-35335
INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: MIRIAM GUERRA BALIC
ORGANISMO: UNIVERSITAT RAMON LLULL, FUNDACIO PRIVADA
TITULO: EFECTIVIDAD DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA CONDICION FISICA, ASPECTOS COGNITIVOS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA LA SALUD EN ADULTOS Y ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD INTELCTUAL

DURACIÓN EN AÑOS:

3

En virtud de las competencias conferidas a esta Subdirección General de Proyectos de Investigación y de acuerdo con lo dispuesto por la Orden PRE/621/2008 (en adelante Orden de bases) de 7 de marzo (BOE de 8 de marzo), por la que se regulan las bases, el régimen de ayudas y la gestión de la línea instrumental de proyectos de I+D+i, en el marco del VI Plan Nacional de I+D+i 2008-2011, y la Resolución (en adelante Resolución de convocatoria) de 30 de diciembre de 2011 (BOE de 31 de diciembre), por la que se aprueba la convocatoria para el año 2012 del procedimiento de concesión de ayudas para la realización de proyectos de investigación, subprograma de Proyectos de Investigación Fundamental no Orientada, dentro del Programa Nacional de Proyectos de Investigación Fundamental, en el marco del VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011, a la vista del informe elevado por la comisión de evaluación, al que se refiere el punto 1 del artículo 24 de la Resolución de convocatoria, tras la conclusión del proceso de evaluación, que se ha realizado aplicando los criterios de valoración recogidos en la Orden de bases y la Resolución de convocatoria, esta Subdirección General de Proyectos de Investigación, como órgano instructor de la convocatoria ha dictado la correspondiente: **PROPUESTA DE RESOLUCIÓN PROVISIONAL**.

El proyecto de investigación de referencia DEP2012-35335 ha recibido la calificación **B**.

Por lo que, de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria, se propone la **financiación de la ayuda solicitada para la realización de dicho proyecto en los siguientes términos:**

PROPUESTA DE FINANCIACIÓN (1)

COSTES DIRECTOS (2)	22.000 €
COSTES DE PERSONAL	8.000 €
COSTES DE EJECUCIÓN	15.000 €

PROPUESTA DE INCLUSIÓN EN EL SUBPROGRAMA DE FORMACIÓN DEL PERSONAL INVESTIGADOR (3)

Contrato(s) FPI propuesto(s): 0

Notas (Se recomienda leer atentamente las instrucciones del anexo II)

(1) En el caso de proyectos a costes marginales, la entidad beneficiaria recibirá en concepto de costes indirectos un 21 % adicional de la financiación concedida en costes directos. En el caso de proyectos a costes totales, el coste total financiable será el importe a justificar.

(2) Los costes directos que figuran en la tabla corresponden a los conceptos susceptibles de gasto que se describen en el artículo 20 de la Resolución de convocatoria. Dicho importe podrá aplicarse a cualquiera de los gastos elegibles según los conceptos y cuantía incluidos en la solicitud inicial (personal y ejecución). Solo en caso de que se superen los importes incluidos por los interesados en la solicitud inicial, en los subconceptos de "personal" y "ejecución" se requerirá autorización expresa de esta Subdirección para trasvases entre subconceptos de gasto.

(3) Tras la evaluación, se ha considerado, como aspecto adicional, proponer la inclusión del/los contrato(s) asociado(s) a este proyecto en el Programa de Formación de Personal Investigador (FPI). Esta propuesta no supone, en ningún caso, la concesión final del/los contrato(s) FPI. La confirmación de la adjudicación de dicho(s) contrato(s) se realizará en la correspondiente convocatoria de "Recursos Humanos", de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias.

Tel.:
Correo electrónico: jose.contreras@mmecc.es

Ministerio de Economía y Competitividad
Subdirección General de Proyectos de Investigación
Departamento Técnico de Humanidades y Ciencias Sociales



DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACION
CIENTÍFICA Y TÉCNICA

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
PROYECTOS DE INVESTIGACION

En el Anexo I se recogen las observaciones realizadas por la comisión de evaluación que resumen los aspectos más relevantes de la evaluación científico-técnica.

La propuesta de resolución provisional ha sido publicada en la sede electrónica del MINECO (<https://sede.micinn.gob.es>), según lo dispuesto en el punto 3 del artículo 21 de la Resolución de convocatoria.

La aceptación, explícita o no, de esta propuesta implica que la percepción de esta ayuda será compatible con la percepción de otras subvenciones, ayudas, ingresos o recursos para la misma finalidad, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales. Esta compatibilidad estará condicionada a que el importe total de la ayuda recibida en ningún caso pueda ser de tal cuantía que, aisladamente o en concurrencia con otras, supere el importe solicitado inicialmente; El solicitante, por medio de la aceptación explícita o no, declara que no ha obtenido otra ayuda para el mismo fin, o que, de haberla obtenido, no supera conjuntamente el importe de la solicitud. Así mismo, se compromete a comunicar al órgano concedente la obtención de cualquier otra ayuda para ejecutar este proyecto.

El interesado tendrá un plazo desde el día 7 de septiembre hasta el día 18 de septiembre de 2012 a las 15:00h (hora peninsular) para manifestar la aceptación o desistimiento de la ayuda propuesta o para formular las alegaciones que estime oportunas. Cualquiera de estas acciones se deberá realizar obligatoriamente a través de la Carpeta Virtual de Expedientes del MINECO (<https://sede.micinn.gob.es/facilita>). De no constar la aceptación o el desistimiento expreso en dicho plazo, la ayuda se entenderá aceptada.

Una vez finalizado el plazo establecido en el párrafo anterior, este órgano instructor formulará la correspondiente resolución, que se notificará a los solicitantes a los que se hubiese propuesto la concesión de ayudas tras el trámite de alegaciones, con objeto de que en el plazo de diez días hábiles manifiesten su aceptación o desistimiento a la ayuda definitivamente propuesta.

Transcurrido ese plazo, se elevará la resolución al órgano competente para resolver la convocatoria.

Madrid, 17 de agosto de 2012

Marina Villegas Gracia

Subdirectora general de proyectos de investigación

Tel.:
Correo electrónico: jose.contreras@mimcp.es

Ministerio de Economía y Competitividad
Subdirección General de Proyectos de Investigación
Departamento Técnico de Humanidades y Ciencias Sociales

9.7. ANEXO VII– MÉRITOS CIENTÍFICOS

Artículos

Barnet, S., Segura-Bernal, J., Martínez-Ferrer, J. O., & Guerra-Balic, M. (2015). Engagement y trayectoria profesional en técnicos de deporte adaptado. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 15(1), 245-253.

Guerra-Balic, M., Oviedo, G. R., Javierre, C., Fortuno, J., Barnet-Lopez, S., Nino, O., ... & Fernhall, B. (2015). Reliability and validity of the 6-min walk test in adults and seniors with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 47, 144-153.

Segura, J., Martínez-Ferrer, J. O., Bállic, M. G., & Barnet, S. (2013). Creencias sobre la inclusión social y el deporte adaptado de deportistas, técnicos y gestores de federaciones deportivas de deportes para personas con discapacidad. *Revista Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte*, 8(1), 127-152.

Congresos

Barnet, S. & Guerra, M. (2012). La Danza como recurso para fomentar el bienestar emocional. *II Congreso Nacional La Investigación en Danza. Póster*. Barcelona.

Barnet, S., Pérez Testor, S., & Guerra, M. (2013). El autoconcepto en la danza movimiento terapia con personas adultas con discapacidad intelectual: Estudio de un caso grupal. *Poster presented at the 3rd National Congress of Creative Therapies*. Vitoria, Spain.

Barnet, S., Pérez-Testor, S., Oviedo, G. R., Cabedo, J., & Guerra-Balic, M. (2015). Indicadores de ansiedad en un programa terapéutico a través de la danza con hombres adultos con discapacidad intelectual: caso grupal. *IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Discapacidad. Póster*. Salamanca.

Barnet, S., Pérez, S., Cabedo, J., Oviedo, G. R., Solano, L., & Guerra, M. (2015). Dance Therapy improves emotional wellbeing in older adults with Intellectual Disability. The 20th International Symposium on Adapted Physical Activity. *The 20th International Symposium on Adapted Physical Activity. Póster*. Netanya: Israel.

Barnet, S., Pérez-Testor, S., Oviedo, G. R., Carbó, M., Martínez-Ferrer, J.O., & Guerra, M. (2012). La mejora del bienestar emocional en las personas con discapacidad intelectual a través de la danza. *I Congreso Nacional de Inteligencia Emocional. Presentación Oral*. Barcelona.

Cabedo J., Giné-Garriga M., Fortuño J., Oviedo G., Carbó M., Barnet S., Martín-Borràs C., & Guerra, M. (2013). Impact of a physical activity program to improve balance and mobility performance in adults with intellectual disability. *European College of Sport Science Annual Meeting. Póster*. Barcelona.

Guerra Balic M.; Javierre C.; Oviedo G.R.; Barnet S.; Carbó M.; Fernhall B. (2013). Physical Activity Levels in Adults With Intellectual Disabilities. *European College of Sport Science Annual Meeting. Póster*. Barcelona.

- Guerra, M., Cabedo, J., Carbó, M., Fortuño, J., Barnet, S., & Oviedo, G. (2015). Reliability of the Adapted Gesell bar test in adults and elderly with Intellectual Disability. *The 20th International Symposium on Adapted Physucal Activity. Póster*. Netanya: Israel.
- Guerra, M., Javierre, C., Barnet-López, S., Fortuño-Godes, J., Pérez-Testor, S., Fernhall, B., & Oviedo G. (2015). Effects of a Dance Movement Therapy Program on Strength, Coordination and Balance in Adults with Intellectual Disabilities. *ACSM. Póster*. San Diego.
- Guerra, M., Oviedo, G., Javierre, C., Barnet,S., Pérez-Testor, S., Delicado MC., & Fernhall,B. (2014). Psysical Activity and Dance Programs in Adults with Intellectual Disabilities. *Annual Meeting of the American College of Sports Medicine. Póster*. Orlando.
- Oviedo. G, Casimiro J., Elisabet, G., Alamo, Juan, Fernhall, B., Barnet, S., Giné, M., & Guerra M. (2013). Relation between VO2 peak and energy expenditure in adults with and without intellectual disabilities. *ACSM 60th Annual Meeting*. Illinois.
- Martínez-Ferrer, J. O., Segura, J., Guerra, M., & Barnet, S. (2012). Methodological Design in Psychosocial Technique Focus Group Applied to the Study of Inclusion in Adapted Sport. Spanish Preliminary Experience. *International Convention on Science, Education & Medicine in Sport 2012. Póster*. Reino Unido.

- Martínez-Ferrer, J. O., Guerra, M., Segura, J., Barnet, S., & Pimàs, X. (2012). Beliefs of the Sport Actors about the contribution of Physical Education to Inclusive Sport: The Blanquerna Inclusion Project(BLiNCL). *7th FIEP European Congress and 1r Congrés Català de l'Educació Física i l'Esport. Presentación Oral*. Barcelona.
- Oviedo, G. R., Javierre, C., Fortuño, J., Barnet, S., Massó, C., & Guerra, M. (2014). Physical Activity Levels of Adults and Seniors with Intellectual Disability. *19 Annual Congress European College Sports Medicine. Póster*. Amsterdam.
- Pérez, S., De Blas, X., Barnet, S., & Guerra, M. (2012). Initial assessment and exclusion criteria of the human figure drawing with university students in taiwan. *7 FIEP European Congres 1er Congrés Català de l'Educació Física i l'Esport. Póster*. Barcelona.
- Segura, J., Martínez-Ferrer, J. O., Guerra, M., & Barnet, S. (2012). La inteligencia emocional como facilitador de cambio positivo, en el proceso de inclusión del deporte adaptado. *1 Congreso Nacional de Inteligencia Emocional. Presentación Oral*. Barcelona.

Capitulos de libro

- Barnet-López, S., Pérez-Testor, S. & Guerra-Balic, M. (2016). "La danza y su repercusión emocional en personas con discapacidad intelectual". En: Segura, J. (coord.), *Psicología aplicada al deporte adaptado*, cap. XII. 195-205. Barcelona: Editorial UOC. ISBN: 978-84-9116-589-7.

Otros méritos

Revisora de las revistas:

- International Journal of Mental Health & Psychiatry
- The Arts in Psychotherapy

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día ____ d _____ de 201__

En el Centro _____

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los Doctores y Doctoras
abajo firmantes, habiendo obtenido la calificación:

Presidente/a

Vocal

Vocal *

Vocal *

Secretario/a

Doctorando/a

(*): Solo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros