



**DANZA MOVIMIENTO TERAPIA Y MUSICOTERAPIA PARA PERSONAS ADULTAS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA SEVERO**

DANCE MOVEMENT THERAPY AND MUSIC THERAPY FOR ADULTS WITH SEVERE AUTISM SPECTRUM DISORDER

*DRA. LIDIA ATENCIA DOÑA
ESCUELA SUPERIOR DE ARTES ESCÉNICAS DE MÁLAGA (ESAEM)
Correspondencia: lydiatencia.d@gmail.com*

(Recibido el 28 de febrero de 2015 y aceptado el 22 de mayo de 2015)



RESUMEN

En la actualidad existe una escasez bibliográfica sobre la utilización conjunta de la danza movimiento terapia y musicoterapia dirigida a personas adultas con trastorno del espectro autista severo. El objetivo general de esta intervención pone el acento de manera generalizada en mejorar a través de un conjunto de procedimientos de danza movimiento terapia y musicoterapia múltiples áreas del desarrollo que se encuentran en mayor o menor grado afectadas por el trastorno del espectro autista (TEA): la comunicación e interacción social y los comportamientos estereotipados. Un total de 36 sesiones de una hora se llevaron a cabo durante 17 semanas sobre una muestra de 8 participantes con TEA severo (aproximadamente 2 sesiones por semana). Como principal herramienta de intervención se utilizó la Escala Clínica de Evaluación del Comportamiento Autista Revisada (ECA-R), a través de la cual se practicaron 8 mediciones (una cada tres semanas) a esta muestra por dos psicólogos clínicos del centro. Los resultados de esta intervención sugieren que, usadas de manera combinada y regular, la MT y la DMT podrían ser efectivas para la mejora de distintos síntomas característicos del TEA en personas adultas severamente afectadas.

PALABRAS CLAVES: Danza, música, terapia, autismo, comportamiento.

ABSTRACT

At present, there are limited bibliographical sources on the joint use of dance movement therapy and music therapy for adults diagnosed with severe autism spectrum disorder. The overall objective of this intervention emphasizes, generally speaking, in improving; through a set of dance movement therapy and music therapy procedures, several areas of development that are, to a greater or lesser degree, affected by autism spectrum disorder (ASD): communication, social interaction and stereotyped behaviors. A total of 36 one-hour sessions were carried out during 17 weeks on a sample of 8 participants with severe ASD (approximately 2 sessions per week). During the intervention we used the Revised Clinical Scale for the Evaluation of Autistic Behaviour (ECA-R) and we took 8 measurements (one of them every three weeks) which were taken by two independent psychologists at the same centre. The results of this intervention suggest that using MT and DMT in a combined and regular way could be effective for improving various characteristic symptoms of ASD in severely affected adults.

KEYWORDS: Dance, music, therapy, autism, behaviour.



1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una psicopatología crónica profundamente heterogénea que se caracteriza por un déficit severo y generalizado en varias áreas del desarrollo: habilidades de la comunicación e interacción social y comportamientos restringidos y estereotipados según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) y la definición de la Organización Mundial de la Salud (2004).

Dentro de las terapias artísticas junto con la Dramaterapia y Arteterapia se ubican la Musicoterapia (MT) y Danza Movimiento Terapia (DMT), herramientas muy utilizadas para personas que padecen alteraciones mentales, físicas o emocionales (Atencia, 2013). En el caso del TEA el uso separado de estas técnicas cuenta en la actualidad con un número de estudios cada vez mayor que proporcionan indicios sobre sus posibles efectos positivos (Mateos y Atencia, 2013; Scharoun, Reinders, Bryden, Fletcher, 2014; Wadsworth y Hackett, 2014).

A pesar de ello, existe una carencia literaria sobre los efectos potenciales del trabajo conjunto de la danza/movimiento y musicoterapia en adultos diagnosticados con TEA severo. La mayoría de los estudios sobre este ámbito están dirigidos a niños con TEA donde se utilizan estas dos técnicas de forma separada y en periodos cortos de intervención. Este hecho desembocó en la realización del presente trabajo donde se muestra la parte metodológica del estudio, los principales instrumentos utilizados y los resultados más significativos proporcionando evidencias preliminares sobre los efectos a largo plazo de la combinación conjunta de estas dos terapias en adultos severamente afectados con TEA.

2. DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

2.1. *Objetivo general*

El objetivo general que se propone este estudio, se centra de forma generalizada fundamentalmente en mejorar las áreas del desarrollo que se encuentran en mayor o menor grado afectadas por el TEA.: la comunicación e interacción recíproca y el área alusiva a la presencia de comportamientos restringidos y repetitivos.



2.2. *Objetivos específicos*

Los objetivos específicos propuestos que han enmarcado la aplicación conjunta de MT y DMT han englobado las tres áreas principales (alteraciones fundamentales) anteriormente expuestas donde esta población presenta las mayores dificultades:

Área de comunicación:

-Desarrollar la expresión oral a través de canciones, frases rítmicas y juegos.

-Desarrollar conductas comunicativas pre-verbales: uso de la mirada, de la mímica, del gesto y las vocalizaciones como formas de comunicar.

-Utilizar la danza y la música como lenguajes alternativos que permitan al afectado expresar sus emociones y a la mejora de la propia identidad y autoestima.

Área de interacción social:

-Utilizar el juego como herramienta que facilite el desarrollo de las habilidades motrices y la conducción a la relación con el otro.

-Compartir-atribuir emociones.

-Crear situaciones que fomenten la interrelación y despierten interés propiciando la participación de los afectados.

Área alusiva a los patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses:

-Reducir la agitación, impulsividad, ansiedad o hiperactividad que en ocasiones derivan a situaciones autoagresivas y heteroagresivas a través de la utilización de principios metodológicos adecuados. Por ejemplo por medio de la: adaptación de las actividades a las características de los individuos, espera estructurada, refuerzos, etc.

-Dotar la sesión terapéutica de un ambiente estructurado y previsible que proporcione seguridad y bienestar donde puedan desarrollarse las sesiones con éxito.

-Reducir la hipoactividad de los afectados a través de la utilización conjunta de la música y danza.

2.3. *Enfoque metodológico Plurisensorial*



Con el objetivo de mejorar distintos síntomas conductuales se utilizó un enfoque plurisensorial basado en la práctica de la DMT y MT. Las sesiones consistieron en la realización de una diversa gama de actividades de MT y DMT, en las cuales se utilizaron métodos propios de estas terapias junto con el juego. El núcleo fundamental de cada sesión era la danza, la práctica musical instrumental y el canto.

Para la intervención psicoterapéutica, se utilizaron métodos específicos muy frecuentes en el trabajo con personas con TEA en contextos educativos (Holmes, 1997; Rivière, 2001; Schmidt y Beth, 2004): aprendizaje sin error, moldeamiento, refuerzos positivos y negativos y contención física, principalmente. Cada sesión fue conducida por el investigador asistido por dos terapeutas del centro.

3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1. *Participantes*

Un total de 8 adultos pertenecientes a la misma institución con edades que oscilaban entre (20-31 años) tomaron parte en la actividad. La selección se realizó de manera incidental por los trabajadores del centro donde estos son tratados evitando provocar una disrupción en el contexto habitual de los sujetos (Mateos y Atencia, 2013). Todos los sujetos del grupo estaban diagnosticados con TEA severo. Su instrucción musical o en danza era inexistente. En cuanto al sexo, los miembros del grupo eran todos varones excepto una mujer que a su vez era la única persona de género femenino existente en el centro donde eran tratados. Esta particularidad sobre la presencia minoritaria de mujeres con TEA en el centro y en la intervención realizada se explica a través de los datos ofrecidos por distintos estudios epidemiológicos, los cuales demuestran que existe un número significativamente mayor de personas con TEA de género masculino que de género femenino. Concretamente, es casi cinco veces más común el TEA en los niños que en las niñas (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012; Frith, 2004).

3.2. *Valoración Previa*

Antes del comienzo de la intervención se realizó un periodo de valoración de tres semanas de duración con el objetivo de conocer la muestra a la que se ha aplicado el tratamiento y de esta manera



poder desarrollar la terapia de una forma más adecuada y ajustada posible a sus características.

Las herramientas para la obtención de datos en este periodo de valoración previa a la intervención han sido: la información proporcionada por los terapeutas del centro (informes clínicos, plan anual de centro, etc.) y la valoración directa del sujeto (observación directa no participante).

3.3. *Herramientas*

La Escala Clínica de Evaluación del Comportamiento Autista-Revisada (ECA-R) (Barthélémy y Lelord, 2003) utilizada para valorar los síntomas conductuales como medida de eficacia de la intervención de MT y DMT ha sido el principal instrumento de recogida de información que se ha utilizado en esta intervención. Esta escala no sólo comprende los síntomas fundamentales del TEA sino también los síntomas asociados que se dan con más frecuencia en esta psicopatología.

La escala ECA-R consta de 29 ítems con puntuación tipo Likert. Las opciones de respuesta son de 0 a 4 en función de la frecuencia de aparición de la conducta. A través de esta escala se han practicado un total de ocho mediciones, concretamente una medición cada tres semanas. La escala ha sido evaluada a través de la observación directa sobre los sujetos por dos psicólogos clínicos experimentados del centro con el fin de tener una mayor contrastación y fiabilidad de los datos.

Gracias a las posibilidades del instrumento, se evalúan a los participantes desde dos niveles: un primer nivel de puntuación general que corresponde a una evaluación del comportamiento autista en general como resultado de combinación de todos los ítems del instrumento y un segundo nivel de evaluación con puntuaciones específicas basadas en factores y funciones/áreas del instrumento definido por la agrupación de ciertos ítems (Mateos y Atencia, 2013).

Las funciones son las medidas específicas de los trastornos que engloban la ECA-R clasificados en 12 áreas, las cuales se definen y se operacionalizan como sigue (Barthélémy, Bruneau, Adrien, Roux y Lelord, 1990): atención (atención inestable, se distrae con facilidad); percepción (contacto visual anormal, respuestas auditivas extrañas, autoagresividad, sensibilidad paradójica al tacto o contacto corporal); asociación (problemas de conducta bis a bis con los objetos, no trata de ser limpio (con las heces o con la orina); intención (falta de iniciativa, escasa actividad, agitación,



inquietud, uso ritual y/o irresistible de objetos); tono muscular (hipotonía); motricidad (actividad sensorio-motriz estereotipada, posturas y marcha extraña); imitación (sin imitación de gestos o voz, no comparte emociones); emoción (intolerancia al cambio y frustración, pequeños signos de ansiedad, trastornos del humor, heteroagresividad); instinto (trastornos del sueño, masturbación); contacto (busca el aislamiento, ignora a las personas, mala interacción social); comunicación (no se esfuerza en comunicarse a través de la voz o las palabras, dificultades en comunicarse a través de los gestos o la mímica, emisiones vocálicas o verbales estereotipadas, ecolalias); y regulación (variabilidad de comportamiento).

Los factores se agrupan en dos categorías: el “trastorno de la interacción” o Factor 1 y el “trastorno de la modulación” o Factor 2 (Lelord et al., 1995). El Factor 2 comprende los ítems de las áreas antes mencionadas de la intención y la emoción, mientras que el Factor 1 comprende los ítems relacionados con todas las áreas mencionadas anteriormente a excepción del tono muscular, del instinto y de la regulación.

En esta intervención se utilizó también como herramienta el diario de campo pero sólo y exclusivamente como documento personal de ayuda para la recogida de información de la intervención, con el fin de obtener unos datos y resultados complementarios de la actividad y así, de esta manera, contrastar la propia percepción sobre la información obtenida del principal instrumento utilizado: escala ECA-R.

Con el propósito de complementar posibles datos ausentes o equívocos registrados en el diario de campo se utilizaron como medios la observación directa y las grabaciones realizadas con una cámara de vídeo.

Por último, se utilizó exclusivamente como medida de la validez concurrente, una entrevista semiestructurada dirigida a la psicóloga jefa del centro, con el objetivo de comprobar que sus observaciones coincidían con los resultados de la escala ECA-R y así evitar cualquier tipo de sesgo.

La entrevista semiestructura que servirá para triangular los resultados recogidos, se compone de preguntas referidas al objetivo general de la intervención: la evolución y



mejoría de las distintas áreas del desarrollo que se encuentran afectadas en el TEA: área de la comunicación e interacción social y área alusiva a los comportamientos estereotipados.

4. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

4.1. *Temporalización*

Durante cuatro meses y medio aproximadamente se llevaron a cabo 36 sesiones realizadas con una frecuencia de dos días semanales y con una duración de una hora cada una de ellas aproximadamente.

4.2. *Estructura de las sesiones*

Las estructuras de las sesiones fueron claras y previsibles con el objetivo de dotar a los participantes de un marco de trabajo seguro a nivel social, emocional y neurológico (Tortora, 2008). Las rutinas que conformaron las sesiones, claves para el buen funcionamiento de la intervención, fueron: anticipación de la organización espacial donde el gimnasio, lugar de realizaron de las sesiones, siempre se encontraba antes de que entraran los participantes ordenado con bancos dispuestos en forma de L, luces encendidas y aros depositados en el suelo. Además, antes de la entrada de los participantes al gimnasio se proyectaba música clásica de fondo. Otra forma de anticipación durante la sesión era trabajada a través de verbalizaciones previniendo a los participantes de cada una de las actividades a realizar a través del nombramiento de las mismas.

En relación a la estructura general de la sesión se comenzó con una presentación de unos cinco minutos de duración donde tomó principal relevancia el establecimiento de conversaciones a través de saludos y trabajo del esquema corporal. En el desarrollo de la sesión comprendido de cuarenta y cinco minutos de duración, se realizaron todas las actividades restantes. Cada vez que se terminaba una actividad cada uno de los usuarios recogía el material empleado y lo introducía en sus respectivas bolsas, además se daba un aplauso como señal indicativa de cierre de cada una de las actividades. El final de la sesión con una duración de cinco minutos aproximadamente, se realizó a través de la actividad nombrada “despedida,” donde formábamos un corro y unidos por las manos nos separábamos estirando el círculo y nos juntábamos y abrazábamos, de esta manera además de indicar



de una manera clara el final de la sesión y de establecer contacto físico y emocional trabajábamos la polaridad acercarse-alejarse.

La selección de la música se realizaba en aras de cumplir las condiciones requeridas para cada una de las actividades y fomentar la participación. En muchos momentos la elección o adaptación musical eran piezas de su entorno más familiar (música de los años 80, rock, etc.).

4.3. *Actividades*

Se realizaron un total de 8 actividades combinadas de MT y DMT por sesión. Concretamente, las actividades musicales estaban claramente relacionadas con el Método Orff y la utilización de instrumentos: los participantes sentados en un círculo marcaban un ritmo imitativamente con instrumentos de percusión con o sin música de fondo; realización de melodías de canciones en una tesitura limitada; percusión corporal y baile mientras cantaban; y gestualización del significado de las letras de las canciones.

De la misma manera, se realizaron una gran variedad de actividades de danza movimiento terapia: masajear al compañero de clase con una pequeña pelota mientras él/ella adopta posiciones corporales estáticas; imaginar situaciones (por ejemplo, el vuelo de un pájaro, un pez nadando.); imitar o adivinar las emociones demostradas a través de fotos; moverse por el suelo en diferentes posiciones; juego de roles en diferentes situaciones tomadas de cuentos familiares para los participantes como Caperucita, mostrando e imitando las emociones correspondientes a cada personaje; bailar individualmente, en parejas o en grupo con una música seleccionada; dibujar objetos y letras en el aire; moverse como un bailarín de flamenco; y jugar con objetos móviles como aros, pelotas o cintas elásticas.

El tiempo de la sesión se dividió en mitades para MT/DMT. Cada actividad tenía un nombre con el objetivo de que los participantes las reconocieran fácilmente.

A continuación se muestra un ejemplo de sesión:

“Presentación”: Sentados en el suelo en círculo en el interior de aros y cogidos de las manos cada uno de los participantes tiene que decir su nombre y seguidamente contestar a la pregunta de



cómo se encuentran (cuando la persona se presenta en cierto modo reconoce su propia presencia y la presencia de los demás), al mismo tiempo se explicará y demostrará además, como hay que estar colocados, (espalda estirada y hombros hacia atrás). El terapeuta utiliza la percusión corporal y/o un canto para interactuar con los participantes invitándolos a responder también con el uso de estos recursos. Las preguntas se repiten o son reformuladas en función de las reacciones percibidas de los participantes y adaptadas a las capacidades y al nivel de desarrollo de cada participante.

“Masajes-Estiramientos-Respiración”: Un compañero realiza masajes con una pelota por el tronco a otro que se encuentra tumbado en una colchoneta. Tras el masaje el compañero que está en la colchoneta se lleva las rodillas al pecho y hace una bolita o posición fetal con el cuerpo, manteniendo esta posición durante 2 minutos realizando a la vez ejercicios de respiración. El compañero que le ha realizado el masaje le ayuda. Cuando termina el ejercicio se cambian los roles. El trascurso de esta actividad va acompañada de música clásica de fondo de Albinoni (Adagio para cuerda y orquesta).

“Desplazamientos por el suelo”: Esta actividad consiste en tumbarse en el suelo y realizar desplazamientos por el mismo con distintos movimientos corporales, además, a cada uno de los ejercicios pertenecientes a esta actividad se le irán asociando imágenes en un intento de que los participantes puedan relacionarlas con el movimiento que ejecuten. Acompaña esta actividad música clásica (Tchaikovski: Vals de la Bella Durmiente).

“Imagina que eres un pájaro”: Esta actividad consiste en mover entre dos personas un trozo de tela suave de color azul hacia arriba y abajo simbolizando que es el cielo mientras que otros dos participantes se sientan debajo de ésta e imitan que vuelan como un pájaro, levantando los brazos hacia arriba hasta llegar a tocar la tela con los dedos y bajándolos después, repitiendo este movimiento varias veces. Los terapeutas se colocan detrás de los participantes ayudándolos. Acompaña esta actividad música ambiente de relajación con sonidos de la naturaleza (pájaros y agua).

“El juego de las emociones”: Esta actividad consiste en la estimulación de las emociones por medio del gesto y del cuerpo. A cada participante se le daba una tarjeta la cual tenía una emoción (tristeza, alegría, sueño, enfado, etc.) dibujada que debía identificar y representar. Cuando las tarjetas



eran resueltas se les entregaba una nueva.

“Instrumentos”: Sentados en bancos dispuestos en forma de círculo y con la utilización de instrumentos sencillos de percusión (tambores, panderetas) se marca el ritmo de canciones sencillas que ellos conozcan previamente.

“El juego de la canción”: Colocados de pie en un círculo en el interior de aros depositados en el suelo, a la vez que se recita una canción conocida por los participantes se marca el ritmo haciendo distintas percusiones corporales (método Orff) que serán aprendidas por medio de la imitación; además, una vez asimilada la actividad, se realizaran repeticiones de la misma canción pero utilizando el método musicoterapéutico “Canciones de acción (C.Goldstein)”, en el cual se acompañara el texto de la canción con gestos y movimientos.

“Despedida”: Cogiéndonos de las manos formábamos un círculo en el centro del gimnasio y a la señal de “1, 2, 3” estirábamos los brazos y nos alejábamos y volvíamos a repetir la misma señal para acercarnos; este ejercicio se repetía varias veces hasta que se decía la palabra “abrazos,” momento donde nos abrazamos todos en forma de despedida.

4.4. *Incidencias*

-Cuando los participantes se distraían, llegando en ocasiones incluso a abandonar el grupo establecido, eran llevados por los terapeutas del centro y por el investigador poco a poco a volver a la actividad a través de técnicas específicas muy frecuentes en el trabajo con personas con TEA en contextos educativos: refuerzos positivos y negativos y contención física, principalmente.

-Se utilizaba la extinción para ignorar conductas inadecuadas realizadas para llamar la atención.

-Ante la dificultad física para seguir los movimientos se utilizaba el moldeamiento, técnica muy frecuente en el trabajo con personas con TEA, consistente en ayudar con las manos a los sujetos.

-Cuando por motivos del estado ambiental (lluvia, niebla, viento) o de salud de los sujetos (aparición de trastornos mentales asociados: por ejemplo trastornos depresivos o cambios regresivos) se producía agitación, tristeza y poca concentración en los participantes, se reducía el número de actividades y se realizaban las que a los participantes más les relajaban



y gustaban: las actividades de MT (presentación, el juego de la canción e instrumentos) y las actividades de DMT (masajes-estiramiento-respiración e imagina que eres un pájaro).

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La intervención combinada músico-danza terapéutica aplicada fue realmente exitosa: desde el punto de vista psicopatológico que nos ofrece la puntuación global o total obtenida del principal instrumento utilizado en esta intervención: la escala ECA-R, se comprobó una alta potencia del efecto. La evolución positiva hacia la minoración de las puntuaciones en los trastornos, podría haber sido debido no sólo a la intervención de MT y DMT realizada sino además al hecho de que todos los sujetos se encontraban en una institución atendiendo a programas para este fin, y recibían además diversos tratamientos farmacológicos.

A pesar de este resultado, sólo uno de los dos grandes factores definidos en la escala ECA-R muestra una diferencia significativa en base a los datos obtenidos por dicho instrumento: el trastorno de la interacción social (Factor I), con una alta potencia del efecto (Mateos y Atención, 2013).

Para discutir este hecho, se debe partir de la agrupación que realiza la escala ECA-R: el Factor I de trastorno de la interacción, está comprendido por 13 ítems (n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26, y 28), y el Factor II de trastorno de la modulación, está comprendido por tres ítems (ítem 11: intolerancia al cambio y frustración; ítem 13: agitación, turbulencia, inquietud; ítem 16: heteroagresividad). La explicación podría residir en que, por una parte, en la mayoría de los sujetos existe una ausencia de los trastornos reflejados en dos de los tres ítems que engloban al Factor II (ítem 11 e ítem 16); y por otra, a los resultados que se obtuvieron tras los estudios de validación de estos factores (Barthélémy et al, 1997; Barthélémy y Lelord, 2003), dado que mientras que el Factor I obtuvo una fiabilidad excelente, considerándose los ítems que lo engloban representativos del síndrome autista, por el contrario el Factor II tuvo una fiabilidad menor, siendo su utilidad moderada y comprendiendo ítems no específicos del TEA.

Además, los datos registrados a través del diario de campo, coinciden con los resultados obtenidos en la escala ECA-R sobre estos dos factores. Así pues, se observaron pocos cambios



significativos de los afectados respecto a los ítems o síntomas que conforman el Factor 2 de trastorno de la modulación y mejoras del Factor I de trastorno de la interacción.

Los resultados obtenidos en el diario de campo señalan como las interacciones entre los participantes fueron positivas de manera muy significativa. La organización de las actividades a través de grupos establecidos en círculos proporcionó cohesión e integración grupal, derivando al desarrollo interrelacional entre los sujetos. El ritmo fue un elemento de especial relevancia en este proceso para desarrollar la interacción social entre los usuarios; el ritmo sirvió para integrar al sujeto consigo mismo al centrar sus pensamientos en el ritmo que sienten en su propio cuerpo e integrándolo además al mismo tiempo en el grupo. Por otra parte también en el desarrollo de la interacción contribuyó el uso de los instrumentos utilizados como objetos intermediarios sonoros, los cuales propiciaron numerosas situaciones que fomentaron la interrelación entre los sujetos. Un aspecto relevante en la interacción que se experimentó en este proceso fue la creación de lazos sentimentales de los afectados conmigo lo que ayudó a alcanzar los objetivos propuestos.

Respecto a las doce funciones o subescalas de la escala ECA-R, en los resultados obtenidos por este instrumento se comprobó que sólo cuatro reflejan un beneficio significativo gracias al tratamiento: Regulación/Variabilidad comportamental, trastorno de la imitación, problemas del instinto y problemas de la emoción.

En relación a la mejora significativa de estas cuatro funciones y atendiendo a los datos complementarios registrados en el diario de campo, es necesario considerar que tal vez las actividades musicales, junto con el trabajo corporal realizado a través del contacto, el trabajo de la imagen corporal y desplazamientos corporales, propiciaron a los sujetos bienestar físico y psíquico derivando a estados de relajación y a un mayor aumento de la atención en las actividades, lo que propició a la vez un mejor control de sus alteraciones en el ámbito emocional; una mejor regulación de sus impulsos y capacidades; a equilibrar y disminuir las alteraciones que atañen a las distintas áreas que aluden al instinto (sueño, alimentación y actividades corporales individuales); y a tener un mayor aumento en la imitación, dado que todas las actividades eran aprendidas fundamentalmente



por medio de ésta, de las repeticiones, del moldeamiento de las acciones y del juego. Esto a la vez debería ayudar a que los sujetos comprendan y sean sensibles a distintas emociones y a desarrollar el conocimiento de su esquema corporal y tono muscular (Mateos y Atencia, 2013).

Con respecto a la efectividad del tratamiento en las otras ocho funciones restantes, aunque en las puntuaciones obtenidas por la ECA-R se observó una disminución general de los trastornos que engloban estas funciones, no existieron diferencias significativas que pudieran imputarse a la intervención. Además este hecho se constató con los datos registrados en el diario de campo. Cabe la posibilidad que para que esta minoración llegara a ser significativa fuera necesario trabajar durante un periodo mayor de tiempo con los sujetos.

Por último, en la entrevista realizada a la psicóloga directora del centro donde eran tratados los sujetos se constata el efecto encontrado de la intervención, triangulándose los resultados. La psicóloga, estuvo presente en las sesiones de la intervención pudiendo observar una evolución positiva de las conductas de los sujetos frente a la intervención. Entre los cambios experimentados de los sujetos en las sesiones realizadas, la entrevistada destacó observar principalmente mejoras significativas en el desarrollo de la realización de las actividades y mejoras en las funciones de la interacción entre los participantes, en la imitación, en las alteraciones emocionales y en la variabilidad del comportamiento. Además, a través del registro de conductas que la psicóloga jefa realizaba mensualmente sobre cada uno de los sujetos, observó durante el desarrollo de la terapia, una frecuencia muy baja de estas conductas.

No obstante, este efecto sólo se prolongó durante el periodo de intervención, si bien a largo plazo la entrevistada declaró no observar cambios significativos en los sujetos. Igualmente, señaló que esto último podría deberse a la dificultad que conlleva valorar cambios en los sujetos por la gravedad de su patología con modificaciones difíciles de evaluar en la vida diaria fuera de la realización de una actividad concreta.

La entrevistada consideró que puede ser beneficiosa la utilización conjunta de la MT y DMT para este colectivo, aunque siempre se deberá tener en cuenta las diferencias individuales y la



motivación que suscite la actividad en cada afectado.

6. CONCLUSIONES

Los datos obtenidos por este estudio, aportan evidencias preliminares de la acción beneficiosa de utilizar de manera conjunta la DMT y MT en un grupo de personas con TEA severo. La intervención combinada de DMT y MT se reveló exitosa durante su duración desde el punto de vista psicopatológico que nos ofrece la puntuación global o total de la escala ECA-R, viéndose positivamente afectadas las funciones: de regulación/variabilidad comportamental; imitación; trastornos relacionados con las distintas áreas que aluden al instinto; alteraciones en el ámbito emocional; y trastorno de la interacción. Asimismo, no experimentaron cambios significativos las siguientes funciones: atención; percepción; asociación; intención; tono muscular; motricidad; contacto; comunicación y trastorno de la modulación.

Además y de manera similar a los estudios de esta tipología, el reducido número de sujetos (n=8) y la incidentalidad en la selección de la muestra constituyen indicios para la cautela a la hora de generalizar los resultados.

7. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author., text. rev.
- Atencia, L. (2013). El valor de la danza como arte creativa en terapia: Danza Movimiento Terapia. En Díaz, A.M. y Chinchilla, J.C. (Eds.), *Libro de actas del II Congreso Internacional de Danza, Investigación y Educación a través de la historia* (pp. 53-59). Málaga: Universidad de Málaga.
- Barthélémy, C., Bruneau, N., Adrien, J. L., Roux, S., y Lelord, G. (1990). Clinical, biological and therapeutic applications of the functional analysis of autistic disorders. *Brain Dysfunction*, 3, 271–284
- Barthélémy, C., Roux, S., Adrien, J. L., Hameury, L., Guérin, P., Garreau, B. et al.(1997). Validation of the Revised Behavior Summarize Evaluation Scale



- (BSE-R). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(2), 139-153.
- Barthélémy, C., y Lelord, G. (2003). Échelle d'évaluation des comportements autistiques. *Manuel ECAR-T (version révisée)*. Paris: Editions et applications psychologiques (EAP).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report 2012; 3,(1-24)*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6103.pdf>
- Frith, U. (2004). *Autismo: Hacia una explicación del enigma*. Madrid: Alianza.
- Holmes, D. L. (1997). *Autism through the lifespan: The Eden model*. Maryland: Woodbine House.
- Lelord, G., Barthélémy, C., y Garreau, B. (1995). Les déficiences fonctionnelles dans l'autisme de l'enfant et leur rééducation. In C. Barthélémy, L. Haumeury, y G. Lelord (Eds.), *L'autisme de l'enfant. La thérapie d'échange et de développement* (pp. 34–55). Paris: Expansion Scientifique Française.
- Mateos, D., y Atencia, 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.
- Rivière, A. (2001). *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*. Madrid: Trotta.
- Scharoun, S.M; Reinders, N.J., y Fletcher, P.C.(2014).Dance/Movement Therapy as an Intervention for children with autism spectrum disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 36 (2), 209-228. doi: 10.1007/s10465-014-9179-0
- Schmidt, C., y Beth, H. (2004). *Autism in the school-aged children: Expanding behavioural strategies and promoting success*. Denver, CO: Autism Family Press.
- Tortora, S. (2008). La Danza Movimiento Terapia en el tratamiento de niños pequeños. Diferentes puntos de vista. En Wengrower, H. y Chaiklin, S. (Eds.), *La Vida es Danza. El Arte y la Ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa.
- Wadsworth, J., y Hackett, S. (2014) Dance movement psychotherapy with an adult with autistic spectrum disorder: An observational singlecase study. *Body, Movement and Dance in*



Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice, 9(2), 59-73. doi:
10.1080/17432979.2014.893259.

World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and health
related problems, 10th revision (ICD-10)*. Geneva: Author.

