



**Universidad de la República
Facultad de Psicología**

**TRABAJO FINAL DE GRADO
Monografía**

Condición del Espectro Autista y Danza Movimiento Terapia.
Beneficios de la DMT en niños y niñas con CEA.

Estudiante: Mayte Riera Bisio

C.I. 4.109.664-0

Tutora: Prof. Adj. Mag. Ana Carina Rodríguez

Revisora: Asis. Mag. Dinorah Larrosa

Montevideo, octubre 2024

Agradecimientos

A todas aquellas personas que, de una u otra manera, hicieron posible la realización de este trabajo.

A mi tutora Ana Carina, por su guía y apoyo en todo el proceso.

A mis profesores y compañeros de Facultad por su constante apoyo y aportes que enriquecieron mi conocimiento.

A mis padres, por ser mi sostén incondicional. Su amor y confianza han sido el impulso que me ayudó a superar cada obstáculo en este proceso.

A mis amigas, familia y sobrinos que supieron entender mis tiempos de ausencia, que me alentaron y me apoyaron.

A quien me contuvo en este tiempo de tensión.

Índice

Resumen.....	1
Introducción	2
CAPÍTULO I	3
1.1. Evolución del Concepto. Del trastorno a la Condición	3
1.2. Identificación y Diagnóstico	8
CAPÍTULO II	13
2.1 La Danza	13
2.2 Beneficios de la danza	14
2.3 La Danza como Terapia.....	15
2.4 Danza Movimiento Terapia.....	18
CAPÍTULO III	26
Danza Movimiento Terapia y Condición del Espectro Autista	26
Consideraciones finales.....	34
Referencias bibliográficas.....	36

Resumen

La presente monografía busca realizar un recorrido bibliográfico sobre la Danza y su posible abordaje en niños y niñas diagnosticados/as con Condición del Espectro Autista (CEA).

Mediante la revisión y organización de estudios científicos relevantes sobre la Danza Movimiento Terapia (DMT) y su uso, este trabajo se centra en cómo la danza, además de ser una forma de arte, puede ser utilizada como una intervención terapéutica para niños y niñas con CEA, destacando los desafíos que suelen enfrentar en las áreas mayormente comprometidas como la socialización, el lenguaje, el comportamiento y las habilidades motoras.

La DMT, que utiliza el movimiento de manera psicoterapéutica y se enfoca principalmente en la comunicación no verbal, es especialmente relevante dado que muchos niños y niñas con CEA tienen dificultades en esta área.

Teniendo en cuenta que estos temas están en constante cambio, se explora su historia y conceptos para una comprensión más profunda. Finalmente, se evalúa la posibilidad de usar la DMT como intervención terapéutica para niños y niñas con esta condición y se destacan sus posibles beneficios para una mejor calidad de vida.

Palabras Claves: Condición del Espectro Autista, Danza Movimiento Terapia, Autismo, Danza.

Introducción

Esta monografía se enmarca dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología en la Universidad de la República. El interés por profundizar en la temática elegida surge del deseo de visualizar y explorar sobre la relación que existe entre la danza y su abordaje terapéutico, entre la danza y la psicología.

Desde mi formación y experiencia como maestra de danza he podido observar que la danza resulta como mediador entre cuerpo y mente, y que tiene grandes beneficios a nivel social, motriz y en el comportamiento del individuo. Luego de años de dictar clases y de estar en contacto con los beneficios que la danza ofrece, surge la interrogante y el interés por profundizar en los posibles beneficios que la misma puede tener como herramienta terapéutica complementaria en niños y niñas con CEA. Considero que la danza no es solo un ejercicio, también es una forma de encontrarse a uno mismo, una herramienta para comunicar emociones internas y expresar lo que las palabras no pueden, y que es un tema relevante para la psicología ya que el movimiento y la emoción se encuentran interconectados, por lo que la danza puede aportar en muchos aspectos, ya sea en problemas psicológicos, cognitivos, sociales y físicos.

Como lo dice De la Barrera (2022), la diversidad que existe en el espectro autista es la misma diversidad que se puede encontrar en la humanidad. Todos los seres humanos somos únicos e irrepetibles, tenemos intereses, preferencias, metas, creatividad y nos caracteriza la diversidad. La autora señala que actualmente estamos frente al gran desafío de cambiar muchos paradigmas de creencias que existen en la sociedad relacionados a la discapacidad. Con una mirada que da lugar a todo un espectro diferente, centrada en posibilidades y no en déficits, para pensarlo a partir del aporte y no desde lo que falta, actualmente se hace mención a condiciones del espectro autista, como la manera más adecuada para hablar del tema, y es por esto que me adhiero a esta denominación y en esta monografía lo llamo Condición del Espectro Autista (CEA).

Hoy en día existen varios métodos y estrategias para ayudar a niños y niñas con CEA, los cuales han demostrado resultados eficaces y han logrado que puedan desarrollarse en su entorno de manera positiva. Un ejemplo de estos métodos es el arte, y en esta monografía se desarrolla la danza como posible abordaje terapéutico para quienes viven con esta condición.

Para comenzar se muestra un breve recorrido de los diferentes conceptos de CEA, considerando que es un tema complejo que ha sido discutido a lo largo de la historia. Posteriormente se realiza una introducción a la danza mostrando también sus diferentes conceptos; y por último se destaca la Danza Movimiento Terapia y los beneficios que la misma aporta a niños y niñas con CEA.

CAPÍTULO I

1.1 Evolución del Concepto. Del trastorno a la Condición.

Varios autores han señalado que la CEA ha existido desde siempre, pero su reconocimiento formal se atribuye a Leo Kanner en 1943. Nacido el 13 de junio de 1896 en Klektiv, parte del Imperio Austrohúngaro en ese momento, Kanner fue un destacado psiquiatra austríaco considerado el padre del síndrome del autismo (como se denominó en un principio). Pionero en psiquiatría infantil, comenzó a investigar a fondo el autismo desde 1938. Publicó su primer artículo sobre autismo en 1943, basado en la observación de una serie de 11 niños y niñas remitidos a su clínica que tenían en común un patrón de conducta inusual, al que él llamó "autismo infantil precoz". Describió en forma detallada sus conductas y seleccionó ciertos rasgos como claves para el diagnóstico. Éstos eran: una gran carencia de contacto afectivo y emocional hacia otras personas, gran insistencia en rutinas repetitivas, (casi siempre sin sentido), mutismo o importante anomalía en el habla, fascinación por los objetos y habilidad para manipularlos, altos niveles de habilidades visoespaciales o memoria mecánica en contraste con las dificultades de aprendizaje, en otras áreas: una apariencia agradable, despierta e inteligente. Más tarde propuso que los dos primeros rasgos eran suficientes para el diagnóstico (Lorna, 1998).

Siguiendo a Rivière (1997), después de describir los 11 casos, Kanner comentaba sus características comunes especiales que se referían principalmente a tres aspectos:

1- Las relaciones sociales: Destacó como rasgo principal del autismo la incapacidad de relacionarse normalmente con personas y situaciones. Describió una "extrema soledad autista", donde el contacto físico y los estímulos externos, ruidos o movimientos que amenazan con romper esa soledad, son ignorados o percibidos como una penosa interferencia por el/la niño/a.

2- La comunicación y lenguaje: Observó un amplio conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje, incluyendo la ausencia de lenguaje en algunos casos, el uso extraño del lenguaje en otros, como si no fuera para comunicarse, manifestaciones como la ecolalia, (tendencia a repetir emisiones oídas, en vez de crearlas espontáneamente), la tendencia a comprender el lenguaje de forma literal, la falta de atención al lenguaje, la apariencia de sordera en algún momento del desarrollo y la falta de relevancia de las emisiones.

3- La "insistencia en la invarianza del ambiente": Notó la inflexibilidad y rigidez en las rutinas. Los niños y niñas mostraban una ansiosa obsesión por mantener la igualdad en sus actividades, con una reducida gama de comportamientos espontáneos.

Desde que Leo Kanner definió el autismo en 1943, ha sido percibido como un mundo distante, extraño y lleno de misterios y enigmas. Enigmas que abarcan tanto el propio concepto del autismo como sus causas, explicaciones y tratamientos. A pesar de décadas de investigación, el autismo sigue manteniendo oculto gran parte de su origen y naturaleza, lo que presenta desafíos significativos para la intervención educativa y terapéutica. Poco después de que Kanner publicara su influyente artículo sobre autismo, otro médico vienés, el Dr. Hans Asperger, presentó casos de niños y niñas con "psicopatía autista" en el Departamento de Pedagogía Terapéutica de la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena. Parece que Asperger no conocía el artículo de Kanner y que describió el autismo de manera independiente destacando características similares a las señaladas por Kanner. Destacó que el trastorno fundamental de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales, lo cual determina toda su personalidad, también mencionó las extrañas pautas comunicativas y expresivas que presentan, las anomalías en su lenguaje, la compulsividad y carácter obsesivo de sus pensamientos y acciones, así como su tendencia a guiarse por impulsos internos ajenos a las condiciones del medio. Aunque ambos enfoques tenían similitudes, había diferencias importantes. Asperger, a diferencia de Kanner, se preocupó por su educación. Este interés se entendía en el contexto de la "pedagogía terapéutica", una combinación de ideas educativas y médicas. Él veía el autismo como un trastorno de la personalidad que planteaba un reto complejo para la educación especial, enfocándose en cómo educar a niños/as que no establecen relaciones afectivas profundas ni se identificaban con los adultos. Sin embargo, el interés educativo de Asperger no predominó en los primeros 20 años de estudio del autismo infantil, principalmente debido a que su artículo fue desconocido fuera de los círculos de habla alemana hasta 1991 que fue traducido al inglés, y además, debido a que las primeras investigaciones sobre el autismo estuvieron marcadas por concepciones dinámicas y mitos que no hacían fácil un enfoque educativo coherente (Rivière, 1997).

Rivière (1997), hace referencia a tres épocas en el estudio del autismo:

1- La primera época (1943-1963), estuvo influenciada por la idea de que el autismo era un trastorno emocional causado por una relación inadecuada con las figuras de crianza que dificultaba la formación de la personalidad de los/las niños/as.

"El autismo es un trastorno emocional, producido por factores emocionales o afectivos inadecuados en la relación del niño con las figuras de crianza. Esos factores dan lugar a que la personalidad del niño no pueda constituirse o se trastorne. De este modo, madres y/o padres incapaces de proporcionar el afecto necesario para la crianza producen una alteración grave del desarrollo de niños que hubieran sido potencialmente normales y que seguramente poseen una inteligencia mucho mejor de lo que parece, pero que no pueden expresar por su perturbación emocional y de

relación. El empleo de una terapia dinámica de establecimiento de lazos emocionales sanos es la mejor manera de ayudar a los niños autistas" (Rivière, 1997, p.4).

Esta creencia llevó a la idea errónea de culpar a madres/padres o figuras de crianza por la condición de sus hijos/as. Con el tiempo se ha demostrado que el autismo no es esencialmente un trastorno emocional. Además, no se ha demostrado en absoluto que los padres/madres sean responsables de la condición de sus hijos/as y sí que éstos presentan alteraciones biológicas que pueden estar relacionadas con el origen de la misma. Todo esto ha llevado a una serie de ideas que hoy consideramos esencialmente falsas, pero que fueron muy influyentes en los primeros 20 años de su estudio y han dejado una larga huella de mitos que persisten hasta hoy en la "visión popular" del autismo.

2- Durante la segunda época del estudio del autismo (de 1963 a 1983), se produjo un cambio significativo en la comprensión científica y el tratamiento del autismo. Se abandonó la idea de culpar a madres/padres o figuras de crianza, ya que carecía de evidencia empírica, y se empezaron a encontrar vínculos claros entre el autismo y trastornos neurobiológicos. Este cambio coincidió con la formulación de modelos explicativos de la condición basados en alteraciones cognitivas, más que afectivas, que explicaban las dificultades de relación, de lenguaje, comunicación y flexibilidad mental. Aunque en ese momento no se comprendía completamente la naturaleza de estas alteraciones, los nuevos modelos se basaron en investigaciones empíricas rigurosas en lugar de especulaciones. Durante este período, la educación se convirtió en el principal enfoque de tratamiento para el autismo, creando procedimientos de modificación de conducta para ayudar a su desarrollo y centros educativos especializados, impulsados principalmente por asociaciones de padres y familiares de personas con CEA.

3- La tercera época, refiere al enfoque actual del autismo, se caracteriza por varios cambios importantes. El cambio más importante en el enfoque general del autismo consiste en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo. Si el autismo implica una desviación significativa del desarrollo típico, es esencial entender ese desarrollo normal para comprender mejor el autismo. Al mismo tiempo, el autismo nos ayuda, de manera paradójica, a entender mejor el desarrollo humano, porque resalta ciertas funciones y habilidades importantes que suelen pasar desapercibidas. Estas habilidades se vuelven notorias en el contexto del autismo debido a su ausencia. Además, las explicaciones han evolucionado hacia teorías más rigurosas y fundamentadas en datos, tanto en el aspecto psicológico como en el neurobiológico. Por ejemplo, el modelo de la "Teoría de la Mente", propuesto por Baron-Cohen y otros investigadores, ha sido muy influyente al explicar la incapacidad de quienes padecen esta condición para atribuir pensamientos a otras personas. En el plano neurobiológico, los avances en genética, neuroquímica, neuroimagen y otros

campos han permitido descubrir alteraciones que nos acercan cada vez más a comprender las posibles causas. En cuanto a los procedimientos para el tratamiento, ha habido cambios notables. La educación sigue siendo el enfoque principal, pero en los últimos años se ha adoptado un estilo más pragmático y natural, centrado en la comunicación como elemento central del desarrollo y más respetuoso con las capacidades de quienes son diagnosticados/as con CEA. Además, la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de sustancias eficaces para tratar algunas alteraciones asociadas a esta condición en ciertos casos. Por último, han surgido nuevos temas de interés, como el enfoque en los adultos con CEA. Se ha reconocido la necesidad de considerarla a lo largo de todo el ciclo de vida, no solo como una condición infantil. Sin embargo, existe un desequilibrio significativo entre los recursos asignados a los niños y niñas autistas y los dedicados a los adultos en muchos países. Mientras que se ha prestado más atención a las necesidades específicas de niños y niñas, los adultos a menudo carecen de los recursos necesarios para recibir una atención adecuada, a pesar de que la mayoría requiere apoyo y supervisión a lo largo de toda su vida.

El autismo es una condición del neurodesarrollo que forma parte de la identidad de la persona y lo acompaña durante toda su vida, es importante destacar que existen terapias y apoyos que pueden mejorar su calidad de vida gracias al trabajo educativo paciente y continuo.

CEA ha pasado por diferentes descripciones de clasificación nosográfica. Desde la creación del término "autista" hasta la actualidad, las descripciones del comportamiento de los individuos con CEA han cambiado varias veces. Estas descripciones han pasado por diferentes clasificaciones y han sido objeto de muchas discusiones en el campo de la salud mental. Los cambios en la denominación, clasificación y descripción del autismo reflejan cambios en los paradigmas sobre salud y enfermedad, y con los avances tecnológicos que generan roturas e innovaciones en los modos de construir teorías y posicionar los objetos a estudiar (Gross, 2021).

Celis, G y Ochoa, M (2022), indican que a pesar de que para Kanner el cuadro clínico del autismo, tal como él lo había descrito, era muy específico y se podía diferenciar sin dificultad, en la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-I (1952), niños y niñas con características similares al autismo fueron diagnosticados con "reacción esquizofrénica de tipo infantil". Esta asociación con la esquizofrenia infantil también se mantuvo en el DSM-II (1968). En las siguientes décadas, psicólogos, psiquiatras y neurólogos se dedicaron a crear teorías sobre la etiología de esta condición y las terapias para afrontarlo, y en los años 80 y 90 se comenzó a reconocer el papel de la genética y las alteraciones neurobiológicas en el autismo, lo que finalmente llevó a su inclusión como una categoría diagnóstica separada en el DSM-III (1980), bajo el nombre

de "autismo infantil". Este cambio refleja los avances en la comprensión científica del trastorno y el reconocimiento de su singularidad como entidad clínica. El DSM-III IR (1987), supuso un cambio radical tanto en los criterios como en la denominación, "autismo infantil" fue sustituido por "trastorno autista". De esta forma el autismo quedaba incorporado a la condición de "trastorno". En los años posteriores aparecieron el DSM-IV (1994) y DSM-IV TR (2000), donde se comienza a utilizar el término "trastorno generalizado del desarrollo" (TGD). Era definido dentro del apartado llamado TGD que abordaba las siguientes patologías: Trastorno autista, Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El manual caracterizaba estas patologías como trastornos con perturbación generalizada y grave en distintas áreas del desarrollo, tales como en las habilidades para la interacción social, para la comunicación o la presencia de comportamiento e intereses estereotipados. El DSM-V (2013), incorpora la palabra "Espectro", siendo nombrados como "Trastornos del Espectro Autista" (TEA), aludiendo a una amplia gama de matices dentro de un mismo cuadro.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) confirma:

"El trastorno del espectro autista es un trastorno nuevo del DSM-V que abarca el trastorno autista (autismo), el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado en otra categoría que antes figuraban en el DSM-IV. El trastorno del espectro autista se caracteriza por el déficit en dos ámbitos básicos: 1) deterioro en la comunicación e interacción sociales y 2) patrones de comportamiento, actividades e intereses repetitivos y restringidos" (p.809).

En el año 2006 con la llegada de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), comenzó un proceso de cambio de paradigma en relación con la discapacidad que continúa hasta el día de hoy (De la Barrera, 2022).

"El cambio de paradigma en discapacidad nos obliga a cambiar la mirada, es decir, de mirar a las personas con discapacidad como "distintas de lo normal" y portadores de "déficits" a personas que son diversas funcionalmente y que tienen igualdad de derechos" (De la Barrera, 2022, p.5).

Tal como lo destaca la autora, querer cambiar la forma en que vemos, hablamos y actuamos, despierta algo profundo en cada uno de nosotros en la sociedad. Si logramos que un grupo importante de personas en diferentes roles, como familiares, educadores, profesionales de la salud, y otros miembros de la comunidad, adopten una perspectiva basada en los derechos humanos, podríamos empezar a construir una sociedad más justa, equitativa y respetuosa. Una sociedad donde se priorice a las personas sobre sus etiquetas, donde se brinde apoyo, se eliminen barreras y se creen entornos más inclusivos y acogedores para

todos. Es cuestión de aceptar que la diversidad nos enriquece y actuar en consecuencia. La misma autora destaca en su libro al psicólogo cognitivo y catedrático español Ángel Rivière, quien abordó desde distintos enfoques el estudio del autismo, cambiando el enfoque desde las dificultades en el desarrollo psicológico hacia las habilidades de interacción social de la persona con autismo.

De la Barrera, (2022) dice:

“Hemos aprendido mucho, pero nos falta aprender más aún. Empezamos hablando de autismo, de autistas, de niño aislado, hasta llegar al trastorno del espectro autista. En la actualidad, se hace mención a condiciones del espectro autista quizás como la manera más acertada de hablar del tema” (p.6).

Frente a niños y niñas con CEA, son muchas las preguntas o soluciones que se buscan para poder lograr presentar una o varias estrategias ante la situación en la que se encuentre. Puede presentar habilidades altas o bajas, dependiendo de su intelecto y la comunicación verbal que haya desarrollado. A pesar de que el autismo sea visto como una condición médica, debe considerarse de igual forma como un modo de ser completo, una forma completamente distinta de identidad. En la actualidad también se hace mención a “Condición del Espectro Autista” (CEA) como un concepto más amigable en relación al autismo que implique un entorno de confianza, enfocado en lo que se puede aportar y no en lo que falta, lo que permite avanzar y construir juntos (De la Barrera, 2022).

1.2- Identificación y Diagnóstico.

Rivière (1997), considera que la definición del autismo ofrecida por Kanner en 1943 sigue estando vigente actualmente, con sus tres núcleos de trastornos:

- 1- Trastorno cualitativo de la relación.
- 2- Alteraciones del lenguaje y la comunicación.
- 3- Falta de flexibilidad mental y de comportamiento.

Estas clasificaciones proporcionan una estructura útil para comprenderlo y su evolución en el estudio y tratamiento, pero no deben considerarse como criterios rígidos para el diagnóstico clínico. El diagnóstico clínico siempre debe basarse en una observación cuidadosa de las conductas del/la niño/a y en una interpretación precisa de su significado en el contexto individual.

Por lo general, es un equipo multidisciplinario el que realiza la identificación y diagnóstico de CEA. Usualmente se diagnostica a los tres años, aunque puede hacerse desde los 18 meses. El proceso está basado en la observación directa y en entrevistas con madres/padres o figuras de crianza (Baron-Cohen, 2008).

La ausencia de un marcador biológico para diagnosticar y detectar esta condición, implica que el diagnóstico se base en la observación del comportamiento del individuo para identificar un conjunto de síntomas y signos característicos. Aunque comparten tres grupos principales de síntomas (alteraciones en la comunicación e interacción social, restricción de intereses y conductas estereotipadas), pueden variar significativamente en cada una de estas áreas. Por ejemplo, algunos niños y niñas pueden tener conductas estereotipadas o rituales muy marcados, mientras que otros/as no presentan ninguna alteración en este aspecto. Del mismo modo, hay niños/as que son muy sociables y disfrutan interactuando, pero no saben cómo hacerlo adecuadamente, por lo que sus intentos son percibidos como extraños o inusuales. En el extremo opuesto, hay niños/as que ignoran activamente la presencia de otras personas. Debido a esta variabilidad el diagnóstico y categorización se hace una tarea muy difícil (Ruggieri, 2011).

Siguiendo a Baron-Cohen (2008) destaca que para el diagnóstico quien realiza la entrevista (puede ser un pediatra, psiquiatra infantil, un psicólogo clínico o especializado en pedagogía, neurólogo u otro profesional de la salud) debe plantear preguntas para obtener información sobre los tres aspectos más comprometidos en el autismo: el primero es sobre las dificultades para mantener relaciones sociales, el segundo aspecto es sobre la habilidad del sujeto para comunicarse y tercero es sobre si la persona presenta intereses excepcionalmente obsesivos y comportamientos inusualmente repetitivos. La entrevista personal está meticulosamente organizada para evaluar si el comportamiento en cada una de las tres áreas mencionadas ha afectado la vida diaria de la persona. Se complementa con observaciones directas para recopilar evidencia sobre la conducta atípica del paciente en cada uno de estos ámbitos. El mismo autor resalta que se recurre cada vez más a métodos estandarizados, como la Entrevista Clínica para el Diagnóstico del Autismo (ADI-R) y la Escala de Observación Diagnóstica del Autismo (ADOS-2). Estos métodos, desarrollados por Michael Rutter en Londres y Cathy Lord en Michigan, se consideran la "regla de oro" del diagnóstico. Su uso requiere un proceso de entrenamiento especializado. Estudios han revelado que estas herramientas, aunque valiosas, no son infalibles. Su eficacia es mayor cuando se combinan con la experiencia y la opinión clínica del equipo profesional que realiza el diagnóstico.

Una detección precoz de esta condición es crucial ya que permite comenzar el tratamiento pronto, planificar la educación y la atención médica, prever ayudas para las familias y lograr un mejor manejo del estrés familiar. Todo esto resulta en una mejor atención terapéutica en un momento crucial de la vida, ya que esta condición afecta el desarrollo cognitivo, las habilidades sociales y la constitución psíquica de la persona. La intervención temprana mejora el pronóstico a largo plazo (Alcamí et al., 2008).

“Los familiares suelen ser los primeros en sospechar que hay un problema en un 60% de los casos, los pediatras en un 10% y los servicios educativos en un 7%” (Alcamí et al., 2008, p.30).

Filipek (s/f citado por Alcamí et al., 2008), destaca algunas de las preocupaciones más comunes de los padres en relación con esta condición en las áreas más comprometidas: en la comunicación, destaca el no responder al nombre, el retraso en el desarrollo del lenguaje, parecer sordo/a en ocasiones, no señalar o decir adiós con la mano, pérdida de palabras previamente aprendidas; en lo social destaca el no sonreír a otros, preferir jugar solo, ser muy independiente, evitar el contacto visual, mostrar poco interés en los demás, estar absorto en su propio mundo; y en el comportamiento destaca tener rabietas, ser hiperactivo y poco colaborador, caminar de puntillas, utilizar juguetes de manera repetitiva, ordenar o alinear objetos, ser hipersensible a texturas o sonidos, realizar movimientos extraños. Estas señales pueden indicar la necesidad de una evaluación más profunda para detectar posibles signos de autismo.

Baron-Cohen (2008), afirma que “El diagnóstico sólo tiene valor si es algo más que una etiqueta; ha de ser un pasaporte para acceder a todos los servicios de apoyo que pueda precisar una persona” (p.65).

La Asociación Americana de Psiquiatría - DSM-V (2014) establece cuatro criterios que deben presentarse para que un individuo reciba el diagnóstico de CEA:

Criterio A: Deficiencias persistentes en la comunicación social e interacción social en diferentes contextos. Por ejemplo:

1. Disminución de intereses, emociones o afectos compartidos (fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales).
2. Déficit en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, tales como anomalías del contacto visual y lenguaje corporal, deficiencias de comprensión, uso de gestos, falta de expresión facial y comunicación no verbal.
3. Déficit en el desarrollo, el mantenimiento y la comprensión de las relaciones (dificultades para ajustar el comportamiento en distintos contextos sociales, dificultades para compartir juegos imaginativos o hacer amigos, ausencia de interés por otras personas).

Criterio B: Patrones repetitivos y restrictivos de comportamientos, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos:

1. Movimientos y habla estereotipada o repetitiva (alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad en las rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamientos rígidos).
3. Intereses muy restringidos y fijos que no son normales en cuanto a su intensidad o foco de interés (apego por objetos inusuales, intereses excesivamente perseverantes).
4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales (indiferencia al dolor o temperatura, fascinación por las luces y movimientos, respuestas adversas a sonidos o texturas específicas).

Criterio C: Este criterio alude a que los síntomas deben de estar presentes desde las primeras fases del período del desarrollo, aunque puede que no se manifiesten totalmente hasta que la demanda social supere las capacidades o pueden estar enmascaradas por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

Criterio D: Estos síntomas que se encuentran presentes suelen limitar o impedir el funcionamiento cotidiano de la persona, en lo social laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

Siguiendo a Bogdashina (2023, citado por García y Pozo, 2023), las personas con CEA tienden a manifestar ciertas características sensoriales, que se presentan en su vida diaria. Los sistemas sensoriales se clasifican en: *visión*, que permite captar y procesar imágenes del entorno, *audición*, que facilita la percepción e interpretación de los sonidos, olfato que permite percibir olores y fragancias, *gusto*, que percibe las sensaciones de las sustancias dentro de la boca y garganta, ayudando a distinguir sabores, el *sistema vestibular*, que detecta movimientos y cambios en la posición de la cabeza, contribuyendo al equilibrio y la orientación espacial, y el *sistema propioceptivo*, que ayuda a identificar los estímulos relacionados con la posición, movimiento y estado de nuestro propio cuerpo. Las experiencias sensoriales son esenciales para los seres humanos, ya que le permiten conectar con el mundo que le rodea. Sin embargo, es crucial entender cómo el individuo percibe el entorno desde adentro hacia afuera, a través de los órganos sensoriales que captan estímulos externos (exteroceptivos), internos (interoceptivos) y relacionados con la posición y movimiento de nuestro cuerpo (propioceptivos). Esto ayuda a construir una comprensión más completa de la realidad (Grandin y Johnson, 2010 citado por García y Pozo, 2023).

En las personas con CEA existen características de hiposensibilidad e hipersensibilidad, los estímulos que se experimentan en el entorno pueden ser percibidos con intensidad o pasividad. Las características hiposensibles más concurrentes son: fascinación por la presión, abrazos fuertes, juegos de fuerza, baja reacción al dolor, atracción por luces brillantes o

colores, incapacidad para reconocer sensaciones corporales propias o falta de consciencia de la posición del cuerpo, flacidez y tendencia a apoyarse en otras personas, bajo tono muscular, tendencia a chocar con objetos. Por otro lado, las características más frecuentes en personas con hipersensibilidad son: sensibilidad extrema al tacto de ciertas telas o prendas, baja tolerancia a ciertos sabores, sonidos o ruidos, resistencia al contacto físico, insistencia en usar siempre la misma ropa, dificultad para manipular objetos, problemas para arrastrarse o desplazarse sobre superficies irregulares. Estas características pueden variar según la persona y suelen ser clave para identificar y adaptar las intervenciones necesarias (García y Pozo, 2023).

En relación con los niveles de gravedad, la Asociación Americana de Psiquiatría - DSM-V (2014) establece tres niveles según la severidad, y además lo divide en aspectos del área de la comunicación social y en el área de comportamientos restringidos y repetitivos:

Grado 1: Necesita ayuda. Las deficiencias o poco interés en la comunicación social causan problemas importantes. Existe dificultad para iniciar interacciones sociales o poco interés en ellas. Con respecto a los comportamientos restringidos y repetitivos alude a la inflexibilidad del comportamiento y dificultad para alterar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Grado 2: Necesita ayuda notable. Se caracteriza por la existencia de dificultades visibles de las aptitudes de comunicación verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda, restricciones para iniciar interacciones sociales y reducción de respuesta no normales a la apertura social con otras personas. En relación con el comportamiento, presentan comportamientos restringidos y repetitivos, ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.

Grado 3: Necesita ayuda muy notable. Las dificultades graves en la comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves en el funcionamiento de la misma. Ausencia total o parcial para mantener interacciones sociales. En relación con comportamientos, se encuentra la inflexibilidad, la extrema dificultad frente a los cambios u otros comportamientos restringidos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Muestran ansiedad excesiva para cambiar el foco de atención.

CAPÍTULO II

2.1 La Danza

La Danza es una actividad que va ligada a la misma historia de la humanidad. Las distintas civilizaciones humanas nos han dejado huellas donde podemos encontrar distintos tipos de danza con fines a veces muy diferentes. Con fines religiosos, como forma de pedir ayuda o como modo de adoración; con fines sociales, ya que el baile siempre ha sido un elemento de relación social; o con fines de salud y de bienestar físico, ya que se ha convertido en uno de los principales argumentos por lo que muchos individuos se inician en el mundo de la danza (Ferrer, 2023).

Megías (2009), define a la danza como: “el desplazamiento efectuado en el espacio por una o todas las partes del cuerpo del bailarín, diseñando una forma, impulsado por una energía propia, con un ritmo determinado, durante un tiempo de mayor o menor duración” (p.31).

La historia de la danza refleja cómo las personas han comprendido el mundo, relacionando sus cuerpos y experiencias con los ciclos de la vida. La Danza, con mayúscula, continúa siendo una parte vital de nuestras vidas, al igual que lo fue para nuestros antepasados. Bailar es una conducta que ha estado presente en el ser humano desde siempre, expresada como movimientos espontáneos o como complejos bailes y coreografías, es una actividad altamente motivante y con un efecto catártico (Megías, 2009).

Sosa (2012, citado por Sarmiento, 2020), afirma que se entiende a la danza como un arte y que es entendida como un medio de expresión y comunicación. Añadiendo que ha sido parte de las sociedades desde sus inicios y de esta manera se han transmitido ideas y sentimientos, tales como el miedo, la alegría o la ira, e incluso compartir momentos como nacimientos y muertes. En la prehistoria se bailaba al compás de los sonidos de la naturaleza, que luego fueron acompañados por las palmas, el choque de los pies o de bastones, y en la actualidad los movimientos suelen ser acompañados de música o de instrumentos musicales.

Megías (2009), señala: “Cuando el hombre experimenta un intenso estado anímico, siente la necesidad de manifestarlo, y el movimiento y el baile han mostrado a lo largo de la historia, ser un medio idóneo para ello” (p.17).

Siguiendo a Sarmiento (2020), dentro de las características del baile, detalla cuatro dimensiones: la dimensión fisiológica, que ejercita los órganos fundamentales, la dimensión psicoactiva, que desarrolla la confianza en sí mismo, personalidad y afecto, la dimensión cognitiva donde se observa el descubrimiento del espacio, equilibrio y percepción del cuerpo,

y por último la dimensión creativa donde se observa la reelaboración, representación de la realidad y juego simbólico.

2.2 Beneficios de la Danza

La danza no es sólo una actividad que muchas personas realizan a diario, en realidad tiene un mayor alcance. Es una herramienta efectiva para promover y mantener una salud integral en la sociedad. Además, puede proporcionar beneficios específicos para la salud de los individuos (Sarmiento, 2020).

“La danza va más allá de simples movimientos que el cuerpo puede generar, donde se empieza a considerar la danza como un elemento que relaciona la expresión corporal del ser humano generando de esta forma la creatividad, expresión y un medio de comunicación con el entorno y con el otro” (Sarmiento, 2020, p.12).

La danza es un arte con múltiples beneficios para el desarrollo personal. Permite a niños y niñas expresarse a través del movimiento, ofreciéndoles un espacio para la creatividad y la exploración de diferentes lenguajes corporales. Bailar requiere una concentración mental y física, donde el deseo y el placer surgen de inmediato. Esta disciplina tiene un impacto positivo en la vida de cualquier persona, desarrollando habilidades como el equilibrio, la fuerza, el ritmo, el conocimiento y control del cuerpo, la coordinación motriz y el desarrollo de cualidades físicas básicas. Además, fomenta la interacción social y promueve valores como la libertad, el respeto y la tolerancia. Al involucrarse en estas actividades corporales, los individuos se benefician tanto biológicamente como cognitivamente y socialmente (Castiglioni, et al., 2018).

Siguiendo a lo planteado por Porsteni (2009), la danza posibilita transformar imágenes, sensaciones y pensamientos en formas concretas, desarrollando habilidades sensoriales y perceptivas para mejorar la comunicación y la creatividad, permitiendo recuperar a través del lenguaje del movimiento expresivo de la danza propia, la unidad del ser, único y original, individuo y ser social, capaz de recrearse a sí mismo, para mejorar los modos de expresión y comunicación consigo mismo y los demás, también plantea que la danza brinda beneficios a nivel comunicativo, social y en la construcción de la identidad.

Siguiendo a Córdoba y Vallejo (2013), la danza es una forma creativa de expresión que se manifiesta a través de la unión de movimientos en el espacio y tiempo. A través de la danza, los individuos pueden acceder a su mundo interno y establecer un diálogo con el mundo exterior, reflejando la visión particular de cada cultura. Desde una perspectiva psicológica proponen que la danza tiene cuatro funciones principales: comunicativa, socio-cultural, artística y terapéutica:

1. La función comunicativa se relaciona con la transmisión y recepción de lo que se expresa, ya sean mensajes, historias, sentimientos o experiencias, la danza permite transmitir estados internos y hablar sobre la identidad en la medida en que los movimientos corporales equivalen a las palabras en el lenguaje no verbal. La historia de una persona se comunica a través del cuerpo, en su respiración, en sus gestos, en su rostro, en su manera de moverse, en su postura.
2. La función socio-cultural representa las experiencias sociales, creencias y costumbres de una comunidad. Se ha afirmado que la danza es una vía de socialización fundamental. En todas las culturas bailar permite establecer vínculos, sin importar si éstos se definen como sociales, terapéuticos, pedagógicos, políticos, religiosos o sexuales. La danza se convierte en un símbolo cultural que caracteriza a una comunidad y refleja su modo de ser.
3. La función artística se centra en el aspecto estético y escénico de la danza. Aquí la danza se aprecia desde el elemento espacial y temporal. En el primero, predomina la arquitectura del movimiento y la percepción se centra en el sentido de la vista. En el segundo, predomina el aspecto musical y rítmico, y la percepción se centra en el sentido auditivo.
4. Finalmente, la función terapéutica se refiere al uso de la danza con fines curativos, tanto en prácticas antiguas como contemporáneas. El uso de la danza como un instrumento terapéutico es tal vez tan antiguo como la danza misma.

2.3 La Danza como terapia

Desde los tiempos más antiguos, los seres humanos han creído que el movimiento tiene propiedades curativas. La primera danza con fines terapéuticos data de hace más de 30.000 años. Han comprendido que el movimiento está relacionado con el latido del corazón, la respiración y el flujo sanguíneo. Al movernos, sentimos nuestras articulaciones, músculos y huesos, lo que aumenta la vitalidad de nuestro cuerpo. Al percibir nuestro cuerpo, mejoramos nuestras capacidades físicas y también nuestras capacidades sensoriales. Nuestros pensamientos y emociones afectan cómo nos movemos, y cambiar la forma en que nos movemos transforma nuestra percepción de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. El arte ha sido siempre una herramienta vital para expresar emociones y comunicar aspectos importantes de la vida humana. A lo largo de la historia ha evolucionado y ha dado paso a una rama específica que lo utiliza como una herramienta terapéutica, ayudando a las personas a sanar y crecer emocionalmente. La definición de terapia implica un propósito de provocar

cambios positivos en la personalidad o en el estilo de vida frente a desequilibrios humanos, como déficits, patologías o traumas. La Acción terapéutica busca que las personas alcancen mayor libertad, independencia, bienestar y que desarrollen sus capacidades expresivas creativas y relacionales (Monsegur, 2012).

La danza y el movimiento se utilizan como una herramienta terapéutica basándose en la idea de que el cuerpo y la mente están profundamente conectados. Se parte de la premisa de que los movimientos del cuerpo reflejan nuestros estados emocionales internos, y que, al ampliar la variedad de movimientos posibles, se pueden generar cambios psicológicos que favorecen la salud y el desarrollo personal. Esta práctica puede ayudar tanto a los que gozan de salud como a los emocional y/o mentalmente perturbados o incapacitados, permitiéndoles recuperar sentido de totalidad mediante la integración entre cuerpo y mente (Fischman, 2001).

Siguiendo a Sarmiento (2020), se puede observar que la danza como terapia puede fortalecer tratamientos para trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios, adicciones, daño cerebral, personalidad múltiple, maltrato a mujeres y niños/as, y víctimas de abuso sexual. Esto se debe a que la práctica incluye un componente social importante, donde los individuos pueden expresar sus dolores y sensaciones de manera espontánea. Esto ayuda a mejorar la autoestima, la concentración, el autocuidado y la relajación frente a los problemas que enfrentan.

Las artes, incluyendo la danza, comenzaron a usarse como una forma de terapia para ayudar en la rehabilitación de personas con capacidades diversas en Europa, especialmente en Inglaterra, y en los Estados Unidos a finales del siglo XIX. Sin embargo, fue después de la Segunda Guerra Mundial, en la segunda mitad del siglo XX, cuando realmente empezaron a desarrollarse y expandirse estas técnicas terapéuticas. La Segunda Guerra Mundial fue un factor determinante en la expansión de las terapias artísticas. El clima de tensión previo a la guerra obligó a muchos artistas y psicoterapeutas, en su mayoría de origen judío, a emigrar a Inglaterra o a Estados Unidos para salvarse de la masacre nazi. Entre ellos, se encontraba un grupo de bailarines formados en el expresionismo alemán que emigraron a Estados Unidos. Allí, iniciaron el uso de la danza como terapia, descubriendo y desarrollando procesos artísticos que resultaron ser terapéuticos. Fueron los pioneros de las bases de lo que hoy se conoce como Danza Movimiento Terapia (Ballesta et al., 2011).

En 1942, Marian Chace, una profesora de danza que valoraba la individualidad y la improvisación, comenzó a trabajar en el Hospital Santa Isabel en Washington como parte del equipo de tratamiento. A través de su trabajo, logró que tanto jóvenes como adultos, tomaran conciencia de su crecimiento físico, mental y emocional lo que despertó el interés de algunos psicoterapeutas hacia el potencial terapéutico de la danza. Cuando el equipo psiquiátrico del Hospital Santa Isabel la invitó a explorar nuevas formas de terapia de grupo para abordar las

necesidades de los crecientes números de veteranos que regresaban de la guerra, los cimientos de la danza como terapia en Estados Unidos se establecieron. Este fue un momento crucial que marcó el comienzo del reconocimiento formal de la danza como una herramienta terapéutica efectiva. El surgimiento de tranquilizantes en los años 50 y un cambio en la actitud hacia los pacientes institucionalizados, abrieron la puerta a que los terapeutas pudieran trabajar con individuos que antes estaban emocional y físicamente aislados. A partir de los años 60, el reconocimiento del potencial del movimiento humano y la investigación en comunicación corporal han impulsado aún más el desarrollo de la danza como una forma de terapia en constante crecimiento. En 1966, se fundó la Asociación Norteamericana de la Danza como terapia (Rogel, 2000).

Ballesta et al. (2011), resaltan que “cualquier medio artístico es una oportunidad para poder reivindicar el derecho a ser uno mismo” (p.14). Destacan el arte como un proceso humano esencial para todos y todas, incluyendo a las personas con capacidades diversas, como vía para mejorar ciertos aspectos de las personas, más que nada en aquellas que presentan ciertos “déficits”, considerándola como un medio terapéutico que facilita el desarrollo en otras áreas, sin que el objetivo principal sea la producción artística, aunque también se permite que las personas con capacidades diversas utilicen el arte desde una perspectiva creativa o interpretativa. El arte ofrece un lenguaje alternativo al verbal, enfocándose en las capacidades más que en las limitaciones. Se valora el arte como un lenguaje propio que nos permite conocernos y comunicarnos con los demás, resaltando nuestras potencialidades y recursos individuales en lugar de centrarnos en las limitaciones y técnicas reduccionistas. Estos autores resaltan que las personas con discapacidades han sido consideradas desde lo que son en sí y lo que deben ser, sin darles la oportunidad para lo que pueden o desean ser. Por tanto, se observa que el arte supone un medio ideal para ser en el concepto amplio y con todas sus acepciones (ser en sí, deber ser, poder ser y desear ser). Mediante la manifestación artística, el artista con discapacidad proyecta su nivel de identidad y provoca en el espectador reacciones, ya sean positivas o negativas. La retroalimentación de estas reacciones estimula al artista, mejorando su autoestima, favoreciendo la utilización de sus recursos internos, y ayudándolo a descubrirse a sí mismo en todas sus posibilidades. Esto potencia su valor como persona en el entorno social. Afirman que el concepto de sí mismo y la autosuficiencia mejoran considerablemente gracias a su desarrollo periódico a través de la creación artística. Por último, los autores destacan el arte como territorio de igualdad, como un espacio para la visibilidad y la normalidad, como expresión de emociones, medio para la comunicación y el diálogo. Destacan que la danza, donde el lenguaje verbal es el menos utilizado y el uso del cuerpo como herramienta comunicativa, permite expresarse de manera efectiva, sentirse cómodos y más conectados con uno mismo. A través del movimiento

se puede expresar numerosos matices de la personalidad, interrelación con otros, emociones, entre otros.

2.4 Danza Movimiento Terapia

Como ya se ha mencionado, la danza es un arte que permite al ser humano expresar sus sentimientos, emociones y sensaciones mediante su cuerpo, es una conexión entre cuerpo, mente y espíritu. Es por ello que con el correr de los años la danza toma un papel muy importante en la sociedad ya que se convierte en una terapia para personas que necesiten de ella para sanar o amenizar enfermedades físicas y psicológicas.

La DMT es una especialidad en psicoterapia que utiliza el movimiento como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo. Pertenece al grupo de las artes creativas en psicoterapia como el arteterapia, la musicoterapia y el psicodrama, y se define como el uso terapéutico del movimiento y la danza dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica del individuo (Bernstein, 1979).

Las terapias creativas se fundamentan en el uso de las diversas formas de arte, no con el objetivo de aprender sus técnicas, sino para explorar el conocimiento humano a través de la creatividad. Su enfoque está en el proceso creativo como medio para mejorar la salud, facilitar la comunicación y expresar emociones. Buscan integrar aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales promoviendo la autoconciencia y apoyando los cambios necesarios para su bienestar (Fernández y Taccone, 2012).

“El movimiento es la llave para la integración de la expresión física y emocional, unificando el cuerpo y la mente, estableciendo un equilibrio entre las demandas que provienen del mundo interno y externo de la personalidad, integrando aspectos subjetivos y objetivos” (Fischman, 2001, p.4).

Bernstein (1979), indica que la DMT es una de las más relevantes en lo que respecta a las artes creativas ya que la danza y el movimiento permiten una conexión entre emoción y movimiento donde el cuerpo trabaja con su propio lenguaje de una manera natural y espontánea.

La DMT es definida por la American Dance Therapy Association (2020) como “el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, social, cognitiva y física del individuo, con el propósito de mejorar la salud y bienestar. Esta intervención busca la expresión espontánea de sentimientos, ideas, emociones, dando énfasis en la sucesión de movimientos, siendo éste el medio de comunicación no verbal que fluye de las personas que lo practican” (Araneda et al., 2012 citado por Nigaglioni 2023, p.114).

Rodríguez-Cigaran (2009), destaca la relevancia de cada palabra utilizada en la disciplina. El término "danza" se refiere a la base y esencia de esta práctica, así como a su faceta creativa como una forma de expresión artística, que es intuitiva, emocional y poética. Por otro lado, la palabra "movimiento" abarca no solo lo mencionado antes, sino también un enfoque más científico, investigando y teorizando sobre la comunicación no verbal y la psicología del movimiento corporal. Con el tiempo, estas investigaciones han generado conceptos y teorías, centrando la danza en una secuencia continua de movimientos. Finalmente, el término "terapia" proporciona el marco en el que se desarrolla esta disciplina, en el que se busca comprender y ayudar al paciente, integrando tanto lo verbal como lo no verbal.

La DMT se puede utilizar con personas de diferentes edades y diferentes condiciones de salud. Se utiliza con niños/as, adolescentes, adultos y personas mayores. Se lleva a cabo en grupos o individualmente, con parejas o familias. Debido a su amplio uso, se puede realizar en hospitales, instituciones psiquiátricas, escuelas, prisiones, comunidades, etc. Se utiliza con mayor frecuencia para el trastorno ansioso-depresivo, trastornos emocionales y de conducta (niños/as hiperactivos/as, agresivos/as y retraídos/as), traumas (abuso emocional y físico), autismo, trastornos neurológicos (demencia, enfermedad de Parkinson), adicciones, trastornos alimentarios, enfermedades oncológicas. También se utiliza con el propósito de crecimiento y desarrollo personal, para facilitar el proceso de aprendizaje, desarrollar la autoconfianza y reducir el estrés (Blažević, 2021).

Panhofer (2013) destaca que el origen de la DMT surge de tres fuentes:

1. La primera hace hincapié en las raíces antiguas del uso terapéutico de la danza primitiva, ya sea la curación por medio del ritmo, los rituales grupales o al movimiento y la danza como tradición de la vida de muchas culturas antiguas.

“Bailaban antes de la cosecha, la caza, las guerras. Bailaban en tiempos de transición: nacimiento, pubertad, adolescencia, virilidad y muerte. Con la participación en movimiento compartían emociones y sensaciones” (Schmais y White, 1986 citado por Panhofer 2013, p.52).

La DMT, se utiliza actualmente en Europa, Estados Unidos y Latinoamérica como recurso psicoterapéutico, invoca tanto estas raíces antiguas como también su visión de la psicología y la terapia.

2. La segunda fuente son los aspectos creativos y de improvisación de la danza moderna. A comienzos del siglo XX, luego de un periodo de estandarización y formalización del movimiento en la danza clásica, se le dio primacía a la expresión individual del hombre, a sus deseos, emociones, necesidades como centro de su creatividad. “El cuerpo es una unidad que consta de tres partes: cuerpo, mente y espíritu. Cada una de ellas está

relacionada con el movimiento y son independientes. En todo existe un proceso dual: sentimos y pensamos, y ellos afectan el movimiento del cuerpo. Nos movemos de una cierta manera y eso afecta a nuestra visión y a nuestro pensamiento" (Hodgson y Preston-Dunlop, 1990 citado por Panhofer 2013, p.53-54).

3. La última fuente que da origen a la DMT son los aspectos psicológicos del movimiento. El interés en la expresión y exploración personal, la autorrealización y la búsqueda de la "danza interior" están conectados con el descubrimiento del inconsciente y la aceptación de que existen motivaciones que no siempre son conscientes (Willke, 1999 citado por Panhofer 2013).

Los estudios científicos sobre el movimiento comenzaron en la segunda mitad del siglo XIX con el trabajo de Charles Darwin, quien investigó los orígenes de las expresiones faciales y el lenguaje corporal en pacientes psiquiátricos. Su enfoque abrió un camino para el diagnóstico temprano de enfermedades mentales, al considerar las características del cuerpo y el movimiento del paciente durante los estados agudos de su enfermedad (Panhofer, 2013).

El surgimiento del psicoanálisis trajo consigo un sistema de ideas y teorías, así como un método clínico y de investigación, que despertó un gran interés por la mente y el inconsciente. Este enfoque también fomentó el interés en el cuerpo y el lenguaje corporal. Durante las décadas de 1920 y 1930, las ideas psicoanalíticas ganaron popularidad tanto entre los círculos intelectuales como en la práctica psiquiátrica. Las figuras más destacadas en este campo fueron Sigmund Freud, Alfred Adler y Carl Gustav Jung (Ellenberger, 1970 citado por Panhofer 2013).

Freud afirmó en una de sus obras que "el primer yo es un yo corporal" (Freud, 1923 citado por Panhofer 2013, p.55). Sus contribuciones más importantes incluyen la conceptualización del inconsciente, su trabajo con los sueños y el descubrimiento de los procesos primarios y secundarios del pensamiento, así como de la sexualidad infantil. Las ideas de Carl Gustav Jung tuvieron un impacto significativo en las primeras pioneras de la DMT, especialmente a través del proceso de la imaginación activa y la integración de los procesos creativos como elementos curativos. Por su parte, Alfred Adler sostenía que las emociones motivan, la mente organiza y el cuerpo actúa. Además, Wilhelm Reich y su alumno Alexander Lowen también desarrollaron métodos no verbales y se interesaron en la estructura corporal, su expresión y la posibilidad de lograr cambios psíquicos a través de ejercicios específicos (Panhofer, 2013).

"Si el psicoanálisis evoca cambios en la actitud mental, se darán también cambios físicos. Si la DMT causa cambios en el comportamiento corporal, también ocurrirán los cambios mentales correspondientes" (Schoop, 1974 citado por Panhofer 2013, P.57).

Marian Chace, mencionada anteriormente, fue una de las pioneras más destacadas en DMT. Contaba con 25 años de experiencia en danza y su sensibilidad, intuición y creatividad eran muy respetadas. Tuvo su propia escuela de danza donde descubrió que sus propios alumnos no acudían allí para desarrollar capacidades técnicas, sino para ganar más autoestima y confianza (Panhofer, 2013).

En 1940, Chace ya dirigía dos grupos de movimiento diferentes: uno estaba compuesto por personas que habían recibido formación en danza, y el otro estaba dirigido a individuos que buscaban algún tipo de apoyo a través del movimiento y la danza. Se acercaba a sus pacientes y se comunicaba a través del movimiento y la danza adaptándose al nivel cognitivo-emocional de cada uno. Muchos no utilizaban la expresión verbal y el movimiento era un canal de comunicación que ofrecía muchas posibilidades (Rodríguez-Cigaran, 2009).

A través de un movimiento empático y sincronizado Chace transmitía al individuo un mensaje crucial: “te acepto como tú eres y quiero estar contigo donde tú estás” (Rodríguez-Cigaran 2009, p.5).

Chace diseñó un “*setting*” (encuadre) específico, es decir, una manera particular de organizar y preparar el espacio donde realizaba sus sesiones. Este modelo sigue siendo muy popular hoy en día y se utiliza con diversas poblaciones, incluyendo niños/as, jóvenes, adultos con diagnósticos más severos (como pacientes esquizofrénicos, psicóticos, depresivos, poblaciones geriátricas, personas con discapacidades graves, etc.), así como también en grupos de neuróticos que están comenzando su proceso de psicoterapia (Panhofer, 2013).

En el modelo de estructuración de una sesión propuesto por Chace, encontramos cuatro fases importantes (Panhofer, 2013):

1. En la primera fase, conocida como “*check-in*”, cada miembro del grupo comparte con los demás su estado emocional, cognitivo y corporal. El grupo se organiza inicialmente en un círculo, ya sea de pie, sentados en sillas o en el suelo. Durante esta fase, se pone énfasis en la comunicación verbal: los participantes hablan sobre cómo se sienten, qué ha ocurrido desde la última sesión (si aplica), o cómo se encuentran emocional, física y cognitivamente al llegar al grupo. En situaciones donde las personas no pueden comunicarse verbalmente, existen otras formas de comunicación como los dibujos, a través de imágenes y/o símbolos con lo que se pueden expresar ideas, emociones o necesidades. El/la terapeuta recoge información valiosa sobre el estado físico de cada persona (tensiones, cansancio, resfriados, medicación, etc.), así como sobre sus estados internos (preocupaciones, dudas, eventos importantes, etc.), dependiendo de la población con la que trabaja. Esta información puede ser transmitida tanto de manera consciente como inconsciente, y el/la terapeuta la utiliza para obtener una primera impresión de la situación del grupo. Esta fase inicial permite

a los pacientes establecer un vínculo entre las sesiones, su vida diaria (en la clínica, la residencia, en sus casas, etc.) y la dinámica del grupo de DMT.

2. La segunda fase se denomina "calentamiento". Aquí, el/la terapeuta guía un calentamiento físico dentro del círculo, incorporando ejercicios básicos que pueden incluir balancear los brazos y las piernas, estirar todo el cuerpo, así como movimientos que los propios pacientes comienzan. Utilizando el vocabulario de movimiento que surge en el grupo, el/la terapeuta verbaliza lo que observa que está sucediendo. El objetivo principal de esta fase es preparar el cuerpo para la expresión emocional, la presencia física de cada uno de ellos y su conciencia corporal.
3. La tercera fase, denominada "el proceso", comienza de manera fluida a partir de los movimientos explorados durante el calentamiento. En esta fase, algunas de las dinámicas que surgen tienden a adquirir importancia y presencia dentro del grupo, involucrando a una parte o incluso a la totalidad de los participantes. A veces, el grupo puede no ser capaz de centrarse en una dinámica específica o puede no haber suficiente cohesión grupal. En estos casos, será el/la terapeuta quien sugerirá explorar alguna dinámica que considere más adecuada y apropiada para el grupo en ese momento. Aquí es donde se fomenta el juego, la improvisación y la libre expresión de deseos y sentimientos a través de las diferentes dinámicas e interacciones. En esta fase, la estructura del grupo, inicialmente en círculo, puede romperse y adoptar diversas formas (líneas, subgrupos, individuos solos, parejas, u otras combinaciones). Esto permite al grupo experimentar diferentes formas de comunicarse y, al mismo tiempo, a cada miembro sentir su individualidad dentro del grupo, aceptando las posibilidades e influencias del mismo. Dependiendo del tipo de población, esta fase puede incluir más actividad, juego y el uso de metáforas y símbolos. El/la terapeuta debe escuchar, contener, dar pautas, poner límites para promover la dinámica.
4. Por último, la cuarta fase se llama "el cierre". En este momento, el grupo vuelve a formar el círculo y busca una forma, tanto verbal como no verbal, para finalizar la sesión. Aquí se apela generalmente a la palabra, los miembros del grupo comparten e integran su experiencia con los demás de manera verbal, también se pueden utilizar otras formas de expresión como por ejemplo el dibujo. Si el grupo ya ha avanzado en el proceso terapéutico y tiene la capacidad, puede elegir terminar la sesión en una estructura diferente al círculo, pero siempre se regresa brevemente a esta forma para que el/la terapeuta pueda asegurarse de que todos los miembros han concluido y cerrado la sesión, tanto emocional como físicamente, de una manera contenida.

Estas cuatro fases que se han descrito y que caracterizan el modelo de trabajo en las sesiones de Chace pueden surgir de manera más o menos espontánea. Además, según la

población con la que se trabaje, algunas fases pueden durar más que otras, y ciertos grupos podrán explorar con mayor profundidad en unas fases que en otras. Aunque se ha hablado principalmente en términos de grupo, ya que Chace trabajaba mayormente en ese contexto, esta estructura también puede adaptarse a sesiones individuales donde la interacción es uno a uno, usuario-terapeuta (Panhofer, 2013).

“Chace invitaba a las personas a que compartieran el mensaje simbólico que estaba inmerso en su danza, pero también permite que cada persona lo hiciera a su ritmo o no lo hiciera” (Sandel et al., 1993 citado por Panhofer, 2013, p.62).

En los años 50, Mary S. Whitehouse en California, descubrió que no estaba sola en su enfoque al leer un artículo de Marian Chace. Aunque ambas trabajaban en diferentes contextos y con distintas poblaciones, compartían el uso de la danza como medio para acceder a distintos niveles de la realidad psicológica: lo cognitivo, lo emocional y lo físico. Los alumnos de Whitehouse, al experimentar con la danza moderna, la expresión y la improvisación, empezaron a sentir la necesidad de explorar más a fondo las sensaciones que descubrían en ese espacio dedicado a crear y ser (Rodríguez-Cigaran 2009).

Inicialmente, Whitehouse llamó a su enfoque "movimiento profundo" (*movement in depth*), para describir cómo sus clases de danza habían evolucionado hacia espacios donde los estudiantes no solo se concentraban en la especificidad de sus movimientos, sino también en las emociones que acompañaban esos movimientos. Al poco tiempo, reconoció la importancia de comprender al ser humano desde una perspectiva psicológica. Al combinar la enseñanza de la danza creativa con sus estudios en psicología, empezó a notar la conexión entre la expresión en el movimiento espontáneo y auténtico de sus alumnos, y el surgimiento de un material simbólico que se compartía al final de las clases. Este proceso sentó las bases para lo que hoy se conoce como "movimiento auténtico", (*authentic movement*) (Levy, 1992 citado por Rodríguez-Cigaran 2009).

El enfoque de Whitehouse es diferente al que Chace trabajaba con las personas hospitalizadas. Chace daba más importancia a proporcionar una estructura que pudiera contener el mundo emocional que surgía en sus pacientes a través del movimiento, utilizando formas más organizadas y estructuradas de expresión corporal, y en contraste, Whitehouse fomentaba el "autodescubrimiento" de sus alumnos a través del movimiento espontáneo, libre y expresivo, sin ofrecer tanta estructura terapéutica, ya que se centraba en trabajar con el material inconsciente. Además de Whitehouse, otras figuras importantes han contribuido a desarrollar el marco teórico de lo que hoy conocemos como DMT, tales como Rudolf Laban, Judith Kestenberg, Trudi Schoop, Janet Adler, Irmgard Bartenieff, Joan Chodorow y Lilian Espenak (Rodríguez-Cigaran 2009).

Lo que distingue a la DMT de otras terapias es su enfoque en el uso del cuerpo de manera creativa para establecer un equilibrio entre la mente y el cuerpo. Toda condición mental se refleja en el cuerpo, al igual que cualquier condición física afecta a la mente. La DMT busca integrar cuerpo, mente y espíritu para brindar una sensación de plenitud a las personas. El cuerpo se entiende como la liberación de energía a través de respuestas musculoesqueléticas a los estímulos que recibe el cerebro. La mente abarca procesos mentales como la memoria, la imaginación, la percepción, la atención, la evaluación, el razonamiento y la toma de decisiones. El espíritu, por su parte, se refiere al estado emocional subjetivo experimentado al participar en la danza o al observar la misma con empatía (Hanna, 2007 citado por Blažević, 2021).

Blažević (2021), destaca que, dependiendo del área afectada, la motivación del individuo y la estructura de la sesión de terapia, en el proceso terapéutico de DMT se pueden combinar las siguientes técnicas:

- **Imitación:** refiere a la imitación física simultánea de formas y elementos para que el terapeuta entre en armonía con los sentimientos y patrones de movimiento del individuo, a través de la empatía kinestésica.
- **"Mirroring" (reflejo):** consiste en que el terapeuta reproduce las formas y la calidad del movimiento del individuo creando una imagen en espejo del movimiento. De esta manera, se conecta con los aspectos emocionales y motores subyacentes en los movimientos del otro. A nivel expresivo, el terapeuta puede cambiar, exagerar o disminuir algunas características del movimiento, pero la sensación general y el estilo del movimiento permanecen presentes.

Chace describe el reflejo empático como una experiencia intuitiva en la que reflejaba a sus pacientes con la intención de entrar en su mundo. La comunicación era su objetivo. Ella les hacía saber que estaba disponible e interesada en sus sentimientos, movimientos y pensamientos. Al hacer suyos los movimientos espontáneos de los pacientes, mostraba aceptación a través de su cuerpo (Chaiklin & Wengrower, 2009 citado por Blažević, A 2021).

- **Simbolización corporal:** se refiere al uso de posiciones, gestos, expresiones faciales y movimientos específicos característicos de la experiencia y expresión de los propios estados emocionales. La simbolización corporal permite a una persona obtener una visión de los cambios fisiológicos, los patrones motores, la postura y la expresión corporal asociados a una experiencia emocional o traumática en particular.
- **Investigación del movimiento:** se refiere al análisis de las formas en que un movimiento particular, o una serie de movimientos, están asociados con los sentimientos, asociaciones y recuerdos de una persona. Esta investigación puede

llevarse a cabo experimentando con un solo movimiento en una posición de reposo, repitiendo el movimiento o jugando con elementos de esfuerzo relacionados con la dinámica, el tiempo, el espacio, el peso y la trayectoria.

- **Movimiento auténtico:** es un enfoque desarrollado por Whitehouse. Este enfoque utiliza movimientos espontáneos y libres. El impulso para realizar estos movimientos originales surge de las necesidades de ciertas partes del cuerpo, de la motivación intrínseca y del contenido simbólico de la experiencia emocional. El propósito de estos movimientos se basa en la imaginación y la improvisación, buscando la liberación creativa y la autoexpresión.

Además de todo lo anterior, la **empatía kinestésica** es un punto de partida importante para lograr una relación terapéutica exitosa con el individuo.

“La empatía es un componente esencial para la experiencia emocional y la interacción social, y denota una respuesta afectiva a estados mentales directamente percibidos, imaginados o de sentimientos inferidos por otra persona” (Ruggieri, 2013, p.513). Se trata de un proceso en el que, al observar o imaginar las emociones de otra persona, se experimenta algo similar en uno mismo. Esto permite “ponerse en el lugar del otro”. Gracias a este mecanismo, se puede entender lo que sienten los demás, lo que facilita la comunicación y la interacción en aspectos emocionales y positivos. Además, nos ayuda a anticipar las acciones, intenciones y emociones de los demás, fomentando un comportamiento orientado a ayudar y beneficiar a otros (Ruggieri, 2013).

La empatía es la capacidad de comprender y conectar con la experiencia interna de otra persona. Es un intento consciente o inconsciente de ponerse en el lugar del otro, entendiendo su situación, emociones y necesidades, para luego actuar de manera consecuente. Esta habilidad surge a partir de elementos comunes entre la experiencia propia y la ajena, pero también implica reconocer y aceptar las diferencias entre ambos. En la interacción entre personas, la empatía equilibra la cercanía (compartir experiencias) con la alteridad (reconocer lo diferente). La empatía kinestésica, en particular, encuentra un balance entre estos extremos, utilizando herramientas como la simulación, la imitación y la imaginación para interpretar y conectar con el otro. En el caso de la DMT, el/la terapeuta utiliza su propio cuerpo como espejo para interpretar los movimientos y expresiones del paciente. Esto no es una simple imitación, sino una lectura profunda de los gestos, ritmos y patrones no verbales del paciente. A través de este proceso, el/la terapeuta amplifica y clarifica el significado de esos movimientos, facilitando la expresión emocional y la comunicación inconsciente (Fischman, 2012).

La empatía es una forma de obtener una visión de la vida interior de la otra persona, de entender lo que esa persona está sintiendo y de cómo abordar y construir una relación. Con este enfoque se consigue una relación terapéutica exitosa a través de la comunicación no verbal, el movimiento corporal y la expresión verbal. Utilizando la empatía kinestésica, el/la terapeuta permite al otro desarrollarse por sí mismo cuando el proceso se bloquea o se interrumpe. Estar con el individuo "aquí y ahora", conectando a través del movimiento en el momento presente, fortalece la relación terapeuta-paciente. Para una relación terapéutica exitosa es necesario tener una actitud positiva incondicional, empatía y equilibrio entre los procesos internos y el comportamiento externo (Chaiklin & Wengrower, 2009 citado por Blažević, A 2021).

CAPÍTULO III

Danza Movimiento Terapia y Condición del Espectro Autista

Existen gran variedad de terapias o intervenciones que a edad temprana pueden mejorar el desarrollo de niños y niñas diagnosticados/as con CEA. Se ha observado y comprobado con estudios de nivel internacional, como la danza mejora y desarrolla habilidades esenciales en las áreas más afectadas en individuos con autismo.

En este capítulo se busca conectar y relacionar los conceptos y métodos de la DMT para su posible aplicación en niños y niñas con CEA. A partir de la búsqueda bibliográfica se resaltan algunas investigaciones y estudios que muestran que las terapias que involucran la danza tienen buena aceptación y resultados positivos en niños/as con esta condición.

Martin (2014 citado por Encalada, 2021), reconoce que existen diversas formas de tratamiento para apoyar a niños y niñas diagnosticados con CEA, y destaca que cada niño/a responderá de manera distinta a cada intervención específica de acuerdo con su singularidad. La autora señala que la DMT ofrece una alternativa válida en el campo en expansión de la intervención temprana y que se presenta como un método adecuado para tratar la conexión entre el desarrollo temprano del movimiento y las dificultades socio-comunicativas. Este enfoque psicoterapéutico utiliza la danza y el movimiento como herramientas para mejorar el bienestar y las condiciones psicológicas o psiquiátricas, involucrando a los participantes en procesos creativos de movimiento y experiencias kinestésicas interpersonales.

La DMT, a través de clases de baile diseñadas específicamente para diferentes grupos de personas, ayuda a mejorar el equilibrio, la flexibilidad y la conciencia del espacio. También facilita la integración de los sentidos, movimientos y promueve el desarrollo de las relaciones.

Esto se logra utilizando elementos como la música, la técnica del espejismo o "*mirroring*", la conexión con el cuerpo, el ritmo y el contacto visual (Scharoun et al., 2012 citado por Nigaglioni, 2023).

"*Mirroring*" o espejismo, es la técnica más utilizada, donde se practican movimientos corporales mientras se enfoca en los propios estados mentales y el los de los demás. Esta técnica fortalece la conexión entre el cuerpo y la mente. Según la DMT, esta técnica activa mecanismos en el cerebro relacionados con el Sistema de Neuronas Espejo (SNE), que permite al cerebro entender y reflejar las acciones de los demás (Nigaglioni, 2023).

Se reconoce que el bienestar físico, las emociones y la cognición están interconectados, lo que aumenta la conciencia emocional y la capacidad de manifestar experiencias (Mastrominico et al., 2018 citado por Nigaglioni, 2023).

Se ha observado que en las intervenciones de DMT niños/as con CEA mejoran la conducta, de tal manera, que disminuyen las conductas repetitivas, aumenta la interacción social, disminuye la hiperactividad, el comportamiento estereotipado y la agresividad. Los especialistas coinciden en que la actividad física es un elemento esencial cuando se trata de personas con autismo (Oltean e al., 2012 citado por Nigaglioni, 2023).

Para los individuos diagnosticados con esta condición, la DMT implica un trabajo corporal que ayuda a mejorar el autoconocimiento, la capacidad de diferenciarse de los demás, la conciencia de sí mismos, la interacción social, la comunicación y a reducir los comportamientos repetitivos y disfuncionales (Mastrominico et al., 2018 citado por Nigaglioni, 2023).

Blažević (2021), señala que el uso de la DMT con niños/as es una forma creativa de expresión personal, de concientización del propio cuerpo y de creación de una imagen positiva del mismo. Ayuda a expresar sus emociones, a conseguir o mejorar el autocontrol y a reforzar la confianza en sí mismos. La danza les permite organizar sus pensamientos y sentimientos a través del movimiento. Mediante la comunicación verbal y no verbal en la danza es más fácil conectar con el/la niño/a y ganarse su confianza.

La mayoría de los niños y niñas con CEA tienen problemas con la expresión e interpretación del lenguaje verbal y gestual, lo que puede llevar a una falta de voluntad para compartir experiencias. Éstos, junto con una aparente inflexibilidad de pensamiento, tienden a dar lugar a una falta de comprensión de las intenciones y motivaciones de los demás, así como a dificultades para crear situaciones imaginarias (Keay-Bright, 2006 citado por Blažević, 2021).

Niños y niñas con CEA disfrutan de realizar acciones repetitivas debido a las oportunidades que esto les da de predecir y potencialmente controlar su entorno. Pueden

pasar horas dedicadas a actividades monótonas y repetitivas, siendo difícil que los demás logren involucrarlos en actividades más significativas (Jordan, 2003 citado por Blažević, 2021).

Hildebrandt et al (2016, citado por Encalada 2021), proponen que la DMT puede ser útil para mejorar las habilidades sociales en personas con autismo mediante dos enfoques principales. En primer lugar, se trabaja en aspectos corporales, como la técnica del espejamiento, y en segundo lugar se pone atención a los estados mentales propios y ajenos, lo que aumenta el procesamiento mental. Este enfoque busca conectar los estados físicos con los mentales, facilitando el acceso a la información sobre los estados emocionales, tanto propios como de los demás, lo que a su vez refuerza el desarrollo de la empatía.

Las intervenciones con DMT son bastante flexibles, lo que permite a los terapeutas adaptar las sesiones según las necesidades individuales de cada persona. Esto es especialmente importante en el caso de niños y niñas con CEA, quienes tienden a perder el foco de atención con facilidad y a sentirse incómodos frente a situaciones nuevas e impredecibles. Al personalizar las intervenciones, se puede crear un ambiente seguro y confortable que favorezca la atención plena en el aquí y ahora, centrando a los participantes en las tareas propuestas (Scharoun et al., 2014 citado por Encalada 2021).

Atencia (2015), en España, propone un estudio centrado en mejorar las 3 áreas del desarrollo de las personas con CEA que se encuentran en mayor o menor grado principalmente afectadas, tales como la comunicación la interacción social y el área referida a la presencia de patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. El estudio se realizó con 8 adultos diagnosticados con CEA severo, durante cuatro meses y medio, y se llevaron a cabo 36 sesiones de DMT y Musicoterapia (MT), realizadas con una frecuencia de dos días semanales, con una duración de una hora y media cada una de ellas aproximadamente. Se empleó la Escala Clínica de Evaluación del Comportamiento Autista-Revisada (ECA-R) como instrumento para evaluar los síntomas de la condición. Esta escala sirvió para valorar los síntomas conductuales, actuando como medida de la eficacia de la intervención mediante DMT y MT y fue el principal medio de recolección de datos en esta intervención. También se utilizó como herramienta complementaria el diario de campo, pero sólo y de manera exclusiva como documento personal de apoyo para la recolección de información durante la intervención. Su propósito fue obtener datos y resultados adicionales de la actividad, permitiendo así contrastar y validar la percepción personal con respecto a la información obtenida a través del instrumento principal utilizado: la escala ECA-R. Además, con el propósito de verificar datos registrados o facilitar datos ausentes se utilizaron como técnicas la observación directa y las grabaciones realizadas con cámara de vídeo. En referencia a los resultados finales del estudio, se observan evidencias de los beneficios de utilizar de manera conjunta DMT y MT en un grupo de personas con CEA severo. Las

actividades musicales, el trabajo corporal realizado a través del contacto, el trabajo de la imagen corporal y desplazamientos corporales, beneficiaron a los sujetos brindándoles bienestar físico y psíquico, derivando a los estados de relajación y de mayor aumento de la atención de las actividades, lo que llevó a la vez, a un mejor control de sus alteraciones en el ámbito emocional, una mejor regulación de sus capacidades e impulso, a equilibrar y disminuir las alteraciones que afectan las diferentes áreas que influyen en el instinto (sueño, alimentación y actividades corporales individuales), a tener mayor aumento en la imitación (debido a que las actividades eran aprendidas por medio de la repetición), y se destaca el relacionamiento positivo entre los participantes (interacción social). Cabe destacar que el abordaje a partir de la DMT puede ser beneficioso en el tratamiento con niños/as con CEA, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio mencionado.

Por otro lado, Martínez (2020), presenta un caso de un niño de 4 años con CEA que inicia un proceso de DMT. El estudio fue realizado en un Centro de Educación Especial Gurú en Barcelona, España. Se trabajó en sesiones durante 7 meses con un equipo educativo comprometido y responsable, que aceptó y apoyó en todo momento los cambios y el proceso ocurrido. Se trabajó explorando y recuperando las distintas formas de comunicación que surgen en el cuerpo y que pueden acercar al mundo en el que el niño se encuentra inmerso, buscando facilitar su acompañamiento y comprensión. El objetivo de este caso fue profundizar en el entendimiento de la metodología utilizada en la DMT y resaltar estos recursos que, específicamente en el caso del autismo, se presentan como una oportunidad para ampliar la comprensión de las experiencias de los/las niños/as. Buscando de este modo, iniciar un nuevo debate entre los profesionales y las familias que forman parte de su entorno. A través de los recursos de la DMT como la empatía kinestésica, el espejamiento, el movimiento libre, la música, se llevaron a cabo las diferentes fases del proceso terapéutico. Martínez (2020), afirma que “El cuerpo del niño autista suele estar cargado de información y recursos que, si aprendemos a observar y traducir, nos pueden dar pistas sobre caminos posibles que nos ayuden a acercarnos, comprenderles y acompañarlos” (p.4). A partir de este caso, se demuestra que la DMT es una intervención terapéutica beneficiosa para niños/as con CEA, quienes en algunos casos no desarrollan un lenguaje verbal y comunicativo y tienen poca conciencia de su propio cuerpo y del de los demás. En este contexto, el movimiento se presenta como un medio de comunicación universal que sirve como recurso para generar contacto tanto con estos niños y niñas como con su propio cuerpo.

Contreras (2021), también en España, realizó una revisión sistemática con el objetivo de recopilar información acerca de cómo influye la DMT sobre los aspectos negativos de esta condición. Esta revisión recoge evidencia de la efectividad que tiene la DMT sobre las personas con CEA. Según los artículos revisados, en individuos de diferentes edades, se

confirma que la DMT tiene un efecto positivo y significativo en los síntomas negativos de manera general. Este impacto se observa principalmente en áreas como la empatía, la conciencia corporal, la comunicación, la orientación espacial, la independencia funcional, la expresión emocional, el compromiso hacia los demás, la sincronización en los movimientos y una mejor coordinación. En términos generales destaca que esta terapia contribuye a una mejora en la calidad de vida diaria, ayudando a los sujetos a afrontar mejor diversas situaciones a lo largo de su vida, especialmente en las etapas infantil y secundaria. Además, concluye que un período adecuado de intervención para mostrar beneficios es de al menos 10 sesiones y cada sesión debe durar al menos 30 minutos para ser efectiva. Las variables que más se analizaron y que mostraron mejores resultados después de la terapia fueron la empatía, la conciencia corporal y la comunicación.

Blažević (2021), en Croacia, realiza un estudio de un caso de niña de 5 años con CEA que asiste a varias terapias como terapia ocupacional, terapia del habla y equitación terapéutica, y además a una clase de baile con un grupo de niños y niñas en un estudio de baile. La niña no habla, se comunica solo con movimientos de las manos y tarjetas simbólicas que muestran sus necesidades. Muestra una marcada autoagresión en momentos de descontento. Tiene movimientos corporales firmes que son predominantemente con los brazos. Es capaz de hacer contacto visual con personas que conoce bien, pero al principio de la investigación el contacto visual con la terapeuta de DMT era solo a través del espejo. Entiende las instrucciones, le encanta estar en el entorno con otros/as niños/as y le encanta escuchar recitales. El estudio de este caso se basó en 30 sesiones de terapia realizadas en el período comprendido de 11 meses. Las sesiones se llevaron a cabo en el salón de baile, una vez a la semana y duraron entre 30 y 45 minutos. La primera evaluación se realizó durante la observación en la clase de baile con compañeros/as que no son diagnosticados con CEA. En la clase de baile, la niña tenía un asistente que la animaba a realizar actividades y la ayudaba con ellas. Pasaba la mayor parte del tiempo con el asistente en la esquina del salón o frente al espejo. Expresaba su deseo de interactuar con los demás con gritos fuertes y observaba la mayoría de los ejercicios, a veces tratando de imitar a los demás por su cuenta. El asistente a menudo la animaba a hacer ejercicio e interactuar, pero ella se negaba en la mayoría de los casos. Expresaba su insatisfacción a través de la autoagresión golpeándose con fuerza el pecho con el puño. Se comunicaba con el entorno con movimientos de las manos, gestos y señas aprendidos. Se realizaron varias observaciones previas al estudio en sí y la investigación se llevó a cabo en el mismo espacio donde se llevó a cabo la clase de baile. Durante todo el estudio, participó en clases de baile dos veces por semana y una vez por semana a sesiones de DMT. La mayoría de las veces fue llevada a las sesiones por su madre, que es interesada, amigable y extrovertida. Una circunstancia atenuante fue que la

niña estaba en la clase de baile antes del inicio de la investigación por lo que mostró cierta seguridad, relajación y confianza. Esa participación previa de la niña fue una gran ventaja para la posterior observación individual y grupal de la niña y un excelente punto de partida para elaborar un plan de trabajo e intervención. Después de la observación, se establecieron los objetivos de la investigación. El objetivo era explorar los efectos de la DMT con niños/as autistas, la posibilidad de reducir la autoagresión, mejorar la comunicación, generar contacto visual fuera del espejo y utilizar todo el cuerpo en el espacio. De acuerdo con los objetivos planteados, la hipótesis fue que: la danza movimiento terapia es una intervención efectiva en el tratamiento de niños/as con autismo. Dado que el espacio donde se llevaban a cabo las sesiones era familiar para la niña, no hubo dificultades para entrar en el espacio y permanecer en él. Se utilizaron varias técnicas durante las intervenciones de DMT, como el reflejo, la imitación, las polaridades, el uso de accesorios y el uso de la voz como una extensión del movimiento. Se documentaron las interacciones durante un período de 30 sesiones utilizando videos, diario de observación y entrevistas con la madre y el asistente. Sin la capacidad de la conversación verbal para intercambiar ideas y crear una experiencia compartida, moverse juntos era el medio principal para verse, experimentar y conocerse. Al moverse juntos y reflejarse, se ha desarrollado una relación segura y de confianza entre la niña autista y el terapeuta en formación. Esta relación fue clave para establecer contacto visual. Blažević (2021), concluye que, al desarrollar una conexión y confianza entre la niña autista y el terapeuta, se ha logrado con éxito el contacto visual. Se logró una pequeña mejora en la comunicación verbal. Utilizando la intervención de añadir una voz a un movimiento como extensión del mismo, en la última fase de la investigación, la niña murmuró frente al espejo observándose. Aunque no se ha logrado nada más en fomentar el habla, se considera que esto es un cambio en la comunicación, ya que la niña es completamente no verbal. Su deseo y esfuerzo por expresarse verbalmente son evidentes, se ven en el murmullo frente al espejo. Se ha logrado conciencia corporal y espacial con varias intervenciones del enfoque de terapia de movimiento de danza. Intervenciones como polaridades, uso de apoyos y el juego ayudaron a la niña a usar y mover todo su cuerpo. La madre notó cambios en el movimiento en la casa, especialmente durante el juego. El mayor cambio en esta parte de la investigación se observó en el uso del espacio. La inclusión de la niña al grupo le ayudó a la interacción social. La creación de situaciones en las que la niña experimenta el éxito, y por lo tanto el elogio y la aprobación de adultos desconocidos y otros niños/as, afecta al desarrollo de la autoconfianza y una imagen positiva. El asistente y su madre notaron una mayor participación en la clase de baile, así como una mayor independencia apoyo y comprensión del grupo.

Nigaglioni (2023), en Puerto Rico, en su revisión de literatura sistémica realizó un análisis de 10 artículos, con el objetivo de entender el proceso de la DMT en personas con

CEA y las áreas que la misma estimula. En la mayoría de las investigaciones se utilizó la técnica más utilizada en la DMT, el espejismo o “*mirroring*”, donde se practican aspectos corporales durante el proceso que permiten el fortalecimiento de los estados corporales y mentales de individuo. Técnica que además es muy apropiada para personas con autismo ya que además de mejorar varias áreas dentro de sus dificultades, también les brinda un área que propicia la aceptación personal al ser visto como es. Transmite un ambiente de aceptación, respeto y aceptación de sentimientos. La autora observó en su revisión una mejora significativa en áreas como la comunicación, las habilidades sociales, la percepción de la propia imagen corporal, la reducción de conductas negativas, una actitud más positiva hacia la interacción social, la inferencia de emociones y el bienestar general. Aunque los resultados no pueden generalizarse debido al tamaño reducido de las muestras, estos estudios sugieren que la DMT tiene un efecto positivo y beneficioso en personas con autismo. Por ello, se considera importante incluir la DMT como una intervención regular para personas con CEA. No obstante, indica que la DMT no mostró ser efectiva en mejorar la empatía, en la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos. Según la autora, en lo que se pudo observar en los distintos estudios seleccionados, “la danzaterapia es un arte bello y expresivo que está lleno de ventajas para mejorar muchas áreas de las personas con autismo” (Nigaglioni, 2023, p.128).

González (2024), en Ecuador, realiza una revisión sistemática con la finalidad de identificar, evaluar y analizar artículos relacionados con la temática, donde destaca que se identificaron varios métodos utilizados en la DMT, en individuos de distintas edades, tales como movimientos didácticos, espejismo, juego de roles, técnicas de baile, improvisación e imitación, música, contacto visual, que resultaron beneficiosos para los síntomas de CEA, planteando que muchos autores coinciden en la aplicación de uno o varios de estos métodos con el objetivo de proporcionar datos relevantes que conectan ambas variables. Dentro de los beneficios más destacados en su revisión detalla los siguientes:

- Brinda una mejor calidad de vida y bienestar a personas con CEA.
- Disminuye los niveles de ansiedad, depresión y estrés.
- Desarrolla habilidades sociales, permitiendo expresar sus emociones, teniendo confianza y participación en su espacio de trabajo.
- Genera una mejor interacción social, fortaleciendo los vínculos y promoviendo la inclusión en la sociedad.
- Estimula las habilidades de coordinación y desarrollo físico.
- Mejora la comunicación verbal.
- Potencia las destrezas de aprendizaje.

- Fomenta la expresión corporal al aumentar la conciencia del propio cuerpo y fortalecer la percepción del yo corporal, lo que permite a las personas expresarse de manera más libre y auténtica.
- Permite la exploración del espacio y del entorno.
- Mejora la empatía.

La misma autora, indica que es importante subrayar que no todos estos beneficios se manifiestan en cada persona, debido a factores como la gravedad de los síntomas, la necesidad de realizar las sesiones durante un periodo prolongado, la posible inapropiada elección de métodos, y una serie de factores internos o externos que pueden limitar el desarrollo integral de los participantes. En su revisión realizó una recopilación de investigaciones donde se analizaron 39 estudios llegando a la conclusión de que la DMT es una herramienta eficaz al momento de implementarla para mejorar o reducir síntomas que afectan la calidad de vida de las personas con CEA, beneficiando y mejorando su calidad de vida y bienestar.

Se considera importante destacar que en nuestro país no se encontraron investigaciones nacionales sobre el tema, pero sí existen algunos sitios donde se trabaja con individuos con discapacidades diferentes y danza como *DanceAbility*, que utiliza la danza improvisada para promover la expresión artística y la exploración entre personas con y sin discapacidades, con el objetivo de crear oportunidades, disminuir los prejuicios y los conceptos erróneos sobre la diversidad en el campo de la danza y en la sociedad (<https://www.danceability.com/danceability-uruguay>).

También se encuentra el Espacio Libertad en Montevideo, donde trabajan con niños y niñas con autismo y DMT, integrado por profesionales del Colectivo DMT Uruguay (<https://www.instagram.com/libertad.espacio?igsh=bmV1ZXJ3N3oxdWx0>).

Consideraciones Finales

En este Trabajo Final de Grado se busca introducir al lector en temas que están relacionados, como la Condición del Espectro Autista (CEA), la danza como arte, y la Danza Movimiento Terapia (DMT). A partir de la pregunta central sobre los beneficios que puede tener la DMT como intervención terapéutica en niños y niñas con CEA, se ha recopilado información sobre la danza, DMT y CEA.

A través del análisis de bibliografía, investigaciones y las opiniones de diferentes autores, se muestra que las terapias creativas como la DMT permiten que niños y niñas con CEA se expresen y se conecten con un mundo del cual muchas veces les resulta distante. El movimiento, entendido como un lenguaje universal, ofrece una forma de comunicación accesible para todos, superando barreras del lenguaje verbal.

La DMT se presenta como una intervención efectiva para mejorar el desarrollo y bienestar de niños y niñas diagnosticados con CEA, facilitando la comunicación, la interacción social y la regulación emocional. Las coincidencias en los resultados de las distintas investigaciones evidencian que esta metodología no solo promueve habilidades motoras y sociales, sino que también contribuye a una mejor calidad de vida y a la expresión emocional de los participantes. Con el enfoque de la DMT se consigue una relación terapéutica exitosa a través de la comunicación no verbal y el movimiento corporal.

El cuidado de la salud emocional y psicológica es fundamental para que las personas puedan disfrutar de una vida plena. Este aspecto del bienestar influye directamente en la forma en que actuamos, tomamos decisiones y nos relacionamos con los demás. Cuando se descuida, puede generar conflictos internos que afectan diversas áreas de la vida. La DMT a través del movimiento corporal con técnicas terapéuticas para facilitar la expresión emocional, mejora la conexión cuerpo-mente y promueve el autoconocimiento. A través de la misma, se fomenta la autorregulación emocional, se fortalecen las relaciones interpersonales y se favorece el desarrollo integral de la persona.

La DMT y la psicología están profundamente interrelacionadas, ya que ambas disciplinas buscan promover este bienestar emocional y psicológico de las personas, aunque lo hacen desde perspectivas complementarias. La psicología busca comprender y abordar los procesos mentales, emocionales y conductuales a través de técnicas verbales y cognitivas, como el diálogo, la reflexión y el análisis. Por su parte, la DMT utiliza el cuerpo y el movimiento como principales herramientas para explorar, expresar y transformar emociones, pensamientos y experiencias almacenadas a nivel físico o no verbal.

Se considera de gran importancia el rol del/la psicólogo/a en la DMT, ya que aporta una base teórica y práctica desde la psicología que enriquece el enfoque terapéutico. Como profesional no solo facilita el proceso de expresión emocional y autoconocimiento a través del

movimiento, sino que también utiliza su formación para interpretar, contener y guiar al paciente en su desarrollo personal y emocional. El/la psicólogo/a tiene herramientas para crear un espacio seguro y empático donde el paciente pueda expresarse libremente, fomentar la conexión entre cuerpo y mente, para guiar al paciente en la exploración de patrones de movimiento, para interpretar los mensajes implícitos en los movimientos, como la tensión o rigidez en ciertas partes del cuerpo o interpretar patrones de movimiento repetitivos, cambios en el ritmo o la calidad del movimiento, entre otras.

La intervención de un psicólogo garantiza que la DMT no sea solo una experiencia expresiva, sino también un proceso terapéutico profundo, con un enfoque integral y personalizado.

Para ser terapeuta en DMT se necesita una combinación de formación académica en psicología, experiencia en danza y una certificación específica de DMT otorgada por alguna institución reconocida. Actualmente en Uruguay las opciones son más limitadas, existen algunas alternativas de formación en cursos y talleres, sin embargo, para tener una titulación completa y reconocida internacionalmente se deben considerar opciones presenciales u online en otros países. Dentro de las más destacadas están las opciones en Argentina, en la Universidad Nacional de Artes o en Brecha Danza Movimiento Terapia en Buenos Aires, así como también en España, en la Universidad Autónoma de Barcelona. Las mismas son reconocidas por la Asociación Americana de Danza terapia (ADTA) o la Asociación Europea de Danza Movimiento Terapia (EADMT).

Se considera que la DMT es una forma de terapia muy interesante, que puede contribuir significativamente al desarrollo cognitivo, emocional y físico de niños y niñas con CEA, que debería también considerarse en los centros especializados y escolares. También, se considera importante que la DMT pueda extenderse al entorno familiar y que la misma pueda brindarles a los padres, madres y familiares cercanos herramientas que fortalezcan los lazos afectivos y relaciones sólidas entre los miembros de la familia.

Se espera que esta monografía sea un recurso útil y valioso para quienes deseen profundizar en este enfoque terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Alcamí, M., Garrido, C., Aparicio, E., Soto, P., Aranda, A., Cambronero, E., y Suárez, C. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista: La atención en la Red de Salud Mental*. Cogesin. https://www.psie.cop.es/uploads/GUIA_TEA.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Médica Panamericana.
- Atencia, L. (2015). Danza Movimiento Terapia y Musicoterapia para personas adultas con trastorno del espectro autista severo. *Revista Danzaratte*, (9), 5-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5270513>
- Ballesta, A., Vizcaíno, O., y Mesas, E. (2011). El Arte como un lenguaje posible en las personas con capacidades diversas. *Arte y Educación: Pedagogías Críticas*, 4 137-152. <https://doi.org/10.6018/reapi>
- Blažević, A. (2021). *Effects of dance movement therapy on children with autism spectrum disorder*. [Trabajo final de especialización, Universidad de Osijek, Josip Juraj Strossmayer. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:251:043226>
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Alianza.
- Bernstein, R. (1979). *Praxis y acción: enfoques contemporáneos de la actividad humana*. Alianza.
- Centro Asistencial Psicoterapéutico en Síndrome Autista. (2015). Curso Acompañamiento Terapéutico en T.G.D y Autismo. [Material de curso].
- Castiglioni, M., Diaz, M., Origlio, F., y Visconti, A. (2018). *Educación artística en la escuela*. Camus.
- Celis, G. y Ochoa, M. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*, 65(1), 7-20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>.
- Contreras Cuello, N. O. (2021). *Efectos de la danzaterapia/dmt en el trastorno del espectro autista: Revisión sistemática*. *Entrelíneas*, (48), 26-31. https://app-psicomotricistas.net/wp-content/uploads/2022/09/EL_2021_48_26-31.pdf
- Córdoba, M. y Vallejo, A. (2013). Violencia sexual y empatía: La danza en contextos terapéuticos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 177-190. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80131178011>
- De la Barrera, M. (2022). *Autismo: Descubriendo sus colores*. Universidad Nacional de Río Cuarto.

- Encalada, M. (2021). *Actitudes de los Equipos Profesionales que trabajan con Niños y Niñas de Condición Espectro Autista, frente a la Danza Movimiento Terapia*. [Trabajo final de posgrado, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://ddd.uab.cat/record/248576>
- Fernández, A y Taccone, V. (2012). *La Danza Movimiento Terapia como estrategia de inclusión, de integración, de desarrollo social, personal y creativo en el sistema escolar*. [Ponencia]. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <https://www.aacademica.org/000-097/518>
- Ferrer, M. (2023). El baile como mejora de la condición física y la salud. *Archivos em Movimento*, 19(1), 256-265.
- Fischman, D. (2012, enero,9). *Relación terapéutica y empatía kinestésica*. Brecha. <https://www.brecha.com.ar/publicaciones/>
- Fischman, D. (2001). *Danzaterapia: orígenes y fundamentos*. Brecha. <https://www.brecha.com.ar/publicaciones/>
- García, D. y Pozo, M. (2023). Perfil Sensorial en Autistas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 221-239. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5289
- González, K. (2024). Beneficios de la Danza Movimiento Terapia en el Trastorno del Espectro Autista: Revisión Sistemática Mentor Revista de Investigación Educativa y Deportiva, 3(8). <https://doi.org/10.56200/mried.v3i8.7502>
- Grosso, M. (2021). El autismo en los manuales diagnósticos internacionales: cambios y consecuencias en las últimas ediciones. *Revista española de Discapacidad*, 9(1), 273-283. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.09.01.15>
- Lorna, W. (1998). *El Autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Paidós
- Martinez, L. (2020). *La Danza Movimiento Terapia en un caso de autismo: Explorando nuevas formas de comunicación a través del cuerpo* [Ponencia]. I Congreso internacional de intervención psicosocial, arte social y arteterapia, Universidad de Murcia. <http://hdl.handle.net/10201/90035>
- Megías, M. (2009). Optimización de los procesos cognitivos y su repercusión en el aprendizaje de la danza [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10803/31869>
- Monsegur, T. (2012). La danza como terapia. En Klein, J., Bassols, M., Bonet, E (coord.), Álvarez, J., Davison, M., Gómez-Franco, A., Monsegur, T., Moret, Z. y Pagán, J. *Arteterapia: la creación como proceso de transformación* (pp.53-67). Ediciones Octaedro, S.L.
- Nigaglioni, S. (2023). La Danzaterapia como Medicina Complementaria y Alternativa Efectiva en Personas con Autismo: Una revisión de literatura sistemática.

- Ciencias de la Conducta/Behavioral Sciences Journal*, 38(1), 110-130.
<https://cienciasdeconducta.org/index.php/cdc/article/view/68>
- Panhofer, H. (2013). *El cuerpo en Psicoterapia*. Gedisa.
- Porsteni, A. (2009). *La expresión corporal: Por una danza para todos*. Novedades Educativas.
- Rivière, A. (1997, 24-27, de setiembre). *Desarrollo normal y Autismo: Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo* [Material de curso]. Curso Desarrollo Normal y Autismo, Santa Cruz de Tenerife, España.
<https://www.autismoandalucia.org/>
- Rodríguez, R. (2011). Uniendo Arte y Ciencia a través de la Danza Movimiento Terapia. *Revista Danzaratte*, (7), 4-11.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3675957>
- Rodríguez-Cigaran, S (2009). Danza Movimiento Terapia: Cuerpo, Psique y Terapia. *Avances en Salud Mental Relacional: Revista Internacional On-Line*, 8(2).
[https://www.academia.edu/4754287/DANZA MOVIMIENTO TERAPIA CUERPO PSIQUE Y TERAPIA](https://www.academia.edu/4754287/DANZA_MOVIMIENTO_TERAPIA_CUERPO_PSIQUE_Y_TERAPIA)
- Rogel, M. (2000). *La danza como terapia para mejorar el autoconocimiento de personas con psicosis funcional* [Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México].
https://repositorio.unam.mx/contenidos?c=4XAqqV&d=false&q=*&i=2&v=1&t=search_0&as=0
- Ruggieri, D. (2011). *Autismo: Del diagnóstico al tratamiento*. Paidós
- Ruggieri, V. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*.
- Sarmiento, L. (2020). *Expandiendo la danza más allá del movimiento: Hábitos y habilidades saludables* [Tesis de grado, Universidad Externado de Colombia].
<https://doi.10.57998/bdigital.handle.001.3445>
- Segura, D. (2022). *La empatía kinestésica en lxs espectadorxs de Danza* [Ponencia]. IV Jornadas Internacionales de Teoría, Historia y Gestión del Espectador Teatral, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto de Artes del Espectáculo.
<http://eventosacademicos.filo.uba.ar/index.php/CIDH/JESPEC-III-IV/schedConf/presentations?searchInitial=S&track=>