

## Efectos de danzaterapia en atención, control instruccional, psicomotricidad e interacción social de internos psiquiátricos

### Effects of dance therapy in attention, follow up instructions, motor skills and interaction on psychiatric patients

Marcela Domínguez Henric

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente

Saraí Chávez Ruiz

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente

El paciente psiquiátrico vive diariamente actividades rutinarias, una escasa estimulación física y los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. Estas condiciones hospitalarias se ven reflejadas en el deterioro de las habilidades sociales, las cognoscitivas y la psicomotricidad; afectando su calidad de vida. Al surgir la necesidad de implementar una técnica que ayude a contrarrestar este efecto, el objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de la danzaterapia en dichas áreas y su repercusión en la calidad de vida del paciente psiquiátrico crónico. Se reportan los efectos de un programa de danzaterapia en ocho pacientes psiquiátricos del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada (CAISAME) en Jalisco, México; con base en pruebas que evaluaron la psicomotricidad, la atención, el seguimiento de instrucciones, la coordinación y los cambios registrados en las interacciones sociales. Se trabajó en dos sesiones semanales con duración de cuarenta minutos diarios, durante 7 meses. Los resultados muestran mejoras en los pacientes en las áreas evaluadas, sin embargo, existieron interferencias, como los efectos secundarios de los psicofármacos, que influyeron en el desempeño de los pacientes durante las sesiones, lo que invita a replantear la metodología en futuras investigaciones dentro de este contexto.

*Palabras clave:* danzaterapia, calidad de vida, paciente psiquiátrico, atención, psicomotricidad, interacciones sociales.

The psychiatric patient lives under a daily routine with few activities, lack of physical stimulation and psychopharmacological treatment with its side effects. This conditions lead to social, cognitive and psychomotricity skills deterioration reducing the patients' quality of life. Therefore, this investigation's aim is to assess the effectivity of dance therapy as a means to treat the psychiatric patients under these conditions in order to restore balance to such areas and improve their quality of life. The results shown come from eight patients treated at the Mental Health Attention Center of Extended Stay (CAISAME for its spanish acronym) located in Jalisco, Mexico. Evaluations consisted of a series of tests that measure: attention, psychomotricity, followed up instructions, coordination and social interaction changes registered. The periodicity was 2 sessions per week of forty minutes each day during 7 months. The results show patients improved in the evaluated areas, nevertheless, the psychopharmacological side effects interfered with the scheduled dance therapy treatment since they were not able to perform regularly or to attend sessions. This may suggest changes in methodology in future investigations.

*Keywords:* dance therapy, quality of life, psychiatric patient, attention, psychomotor activity, social interactions.

La danzaterapia utiliza el movimiento con la intención de promover la integración psicofísica de las personas (Panhofer & Rodríguez, 2005). A lo largo de los años, los siguientes beneficios han sido comprobados: incremento de las aptitudes físicas y psicomotoras: integración sensorial, relación y conciencia del cuerpo, equilibrio, coordinación dinámica general, capacidad

respiratoria, etc. Así como la mejora del autoconcepto, la espontaneidad y capacidad de autoafirmación; esto, a su vez, ayuda en la disminución de los niveles de agresividad (Aragón, 2006).

Funes (2009), con base en una revisión de diversos estudios en donde se aplicó arte-terapia (incluyendo la danzaterapia), afirma que las prácticas artísticas tienen un impacto positivo en la salud del paciente, especialmente en los niveles físicos, emocionales y sociales; esto se debe a que la experiencia cultural actúa como sostén y brinda las herramientas necesarias para regenerar la salud, sensación de bienestar y estado emocional. De

Dirigir correspondencia a la primera autora: Marcela Domínguez Henric, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente. Periférico Sur Manuel Gómez Morín 8585. Tlaquepaque, Jalisco, México. CP 45604. Correo electrónico: marce\_henic@hotmail.com

igual manera, Razo (2011) menciona beneficios en el control de la ansiedad y en los procesos cognoscitivos, corporales y emocionales.

La danzaterapia, es una técnica que no se practica comúnmente en centros de salud, hospitales o psiquiátricos. Sin embargo, utilizar la danza como terapia física resulta benéfico para pacientes con trastornos psiquiátricos, depresión y enfermedades crónicas como el cáncer (Arbones & Barnett, 2015; Forte & Bueno, 2016; Funes, 2009; Pylvanainem et al., 2015).

Al hablar de pacientes hospitalarios también se debe de hablar acerca de la calidad de vida de los mismos. Dentro de este concepto se destaca el estado de salud pues es considerado uno de los factores más importantes dentro de la calidad de vida (Pedraza, 2015).

Ardila (2003), propone una definición integradora en la cual describe la calidad de vida como un estado de satisfacción general que incluye aspectos subjetivos y objetivos. Los aspectos subjetivos, señala dicho autor, son aquellos relacionados con la intimidad, la expresión de emociones, la necesidad para sentirse sanos, productivos y seguros, mientras que los aspectos objetivos se refieren al bienestar material, armónico y a las relaciones con el ambiente y la comunidad de la persona. Vinaccia y Orozco (2005), mencionan los aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida, los cuales incluyen el comportamiento como un factor determinante en la salud de la persona. Igualmente, Pedraza (2015), incluye como componentes de la calidad de vida: el estrés que supone la enfermedad crónica del paciente, el apoyo social y el sentido de pertenencia.

Lalonde (1974), citado en Vinaccia y Orozco (2005), define el nivel de salud de una comunidad según la interacción de la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y el estilo de vida. Por lo que, la vida rutinaria, la poca estimulación y las condiciones de sedentarismo y hacinamiento que presentan los pacientes de CAISAME Estancia Prolongada, obligan a cuestionar la calidad de vida de los internos y cómo desde éstas condiciones, se puede promover una mejora.

Los estudios de Andreasen (1985) y Zubin (1985), muestran que, en el caso particular de la esquizofrenia, no solamente la institución influye dentro de su misma cronicidad, sino que también promueve la pérdida progresiva de habilidades y funciones cognoscitivas. Esta pérdida progresiva de control psicológico y social, se constituye también en su misma invalidación (Sarceno, 2003).

El enfermo mental crónico padece por tanto tiempo un trastorno, que es común que éste deje de estar enfermo o de tener una enfermedad, para convertirse en la misma enfermedad. Sarceno y Miret (2003), afirman que el hospital psiquiátrico es un centro vigente de reproducción de las enfermedades. El paciente experimenta todos los elementos de una vida cotidiana (dormir, vestirse, comer, sometimiento de normas). Sin embargo, estos elementos pierden su valor como parte del efecto de institucionalización, la pérdida de identidad e imposibilidad para tomar decisiones. En otras palabras, la enfermedad mental crónica cursa un deterioro que se evidencia a través de la pérdi-

da de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales (Rodríguez, 2002).

Gisbert (2003), menciona que muchos de los problemas y dificultades generados en las instituciones tienen que ver con la escasa atención otorgada a los programas de rehabilitación y al insuficiente desarrollo de recursos para atender las necesidades reales de esta población. La rehabilitación psicosocial debe tener como principal objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales y potencializar sus interacciones e independencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que: “la falta de acceso a tratamientos asequibles hace que la enfermedad evolucione con manifestaciones más graves y debilitantes, con lo que se instala un círculo vicioso de pobreza y enfermedad mental del que rara vez se puede salir” (2001, 4 de octubre, p. 2). Por consiguiente, es importante tomar en cuenta los efectos secundarios a corto y largo plazo que provocan los medicamentos administrados ya que éstos pueden afectar el desempeño de los pacientes.

Rodríguez (2002), afirma que lo que importa en el trabajo con pacientes crónicos es la persistencia, ya que la cronicidad es una limitación que va más allá del diagnóstico del paciente. Es por eso que el subjetivizar los espacios y transformarlos en lugares enriquecidos de experiencias puede resultar efectivo dentro de su tratamiento.

La psicomotricidad facilita una autopercepción positiva que promueve una mejor relación entre la realidad y la vivencia plena del cuerpo, así como la pertenencia grupal desde un nivel vivencial y no solamente cognoscitivo. La danza, al ser una técnica que trabaja con el cuerpo en el espacio y el tiempo, permite aplicar los tres principales contenidos que aborda la psicomotricidad (Aragón, 2006):

- Esquema corporal: abarca la toma de conciencia acerca del cuerpo, coordinación dinámica general segmentaria, el equilibrio, el tono, la relajación y la afirmación de la lateralidad.
- Esquema espacial: la orientación inmediata y la trasposición de las nociones espaciales sobre otro.
- Esquema temporal: la adquisición de las nociones básicas, las relaciones en el tiempo y la coordinación entre los diferentes elementos.

Por otro lado, García Ruso (1997) menciona tres procesos que se relacionan con el seguimiento de indicaciones y que fueron considerados para el diseño de las evaluaciones:

- Procesos selectivos: Se activan únicamente cuando el ambiente pide una respuesta a un estímulo o tarea determinada, aun cuando existan otros estímulos y tareas diversas.
- Procesos de distribución: Se activan cuando el ambiente demanda atender varias cosas a la vez.
- Procesos de mantenimiento o sostenimiento: Es producido cuando se necesita de una concentración determinada para realizar una tarea durante periodos de tiempo relativamente largos.

Tomando en cuenta lo anterior, es importante aclarar que existen pacientes que se distraen fácilmente y otros tienen pro-

blemas en la realización de varias actividades. Este hecho también habla de una posible modificación y mejora con la práctica, mediante el desarrollo de estrategias enfocadas en el aumento del funcionamiento de los mecanismos de atención; estas estrategias de automodificación son conocidas como estrategias de meta-atención (García, 1997).

Es por todo lo anterior que, mediante esta investigación, se evaluaron los efectos de la danzaterapia en la psicomotricidad, la atención, el seguimiento de indicaciones y la interacción social; retomando ésta última como parte de una propuesta de mejora en la calidad de vida.

## MÉTODO

La investigación se realizó en el CAISAME Estancia Prolongada en El Zapote del Valle, municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, durante un periodo de siete meses (enero-mayo y agosto-noviembre del 2015). El Zapote cuenta con dos pabellones de estancia prolongada, dos de estancia breve y un pabellón infantil. Los pacientes se encuentran divididos de acuerdo a su sexo y no suelen tener interacción con el opuesto. En esta investigación, se trabajó con pacientes femeninos y masculinos, ambos del área de estancia prolongada. El hospital cuenta con 22 médicos y alrededor de 260 internos de nivel socioeconómico bajo; hecho reflejado en analfabetismo, bajo nivel de escolaridad e incluso situación de abandono por parte de los familiares.

### Participantes

Para la selección de los participantes, se formularon una serie de criterios de inclusión y exclusión; obteniendo una muestra final de 4 mujeres y 4 hombres, todos enfermos mentales crónicos.

La información recopilada de cada paciente se obtuvo a través del diálogo con el personal y acceso total a los expedientes médicos. Las edades de los hombres estuvieron en un rango de entre los 53 y 63 años, y las mujeres de entre 40 y 65 años de edad. El tiempo de estancia promedio de los participantes fue de 27 años, sin embargo la variabilidad es un dato a considerar; existen casos en los que algunos participantes tienen 53 ó 46 años dentro de la institución y algunos, más recientes, con ingresos en el año 2008 ó 2012. Los pacientes presentaban distintos trastornos psiquiátricos, entre ellos: retraso mental severo, esquizofrenia residual, trastorno mental debido a lesión, epilepsia, así como trastorno psicótico. Sin embargo, tomando en cuenta que los internos no contaban con expedientes actualizados, se dificulta la confiabilidad del diagnóstico de cada uno de ellos. Debido a esto, se decidió enfocar la investigación en la cronicidad y calidad de vida de los pacientes, no en el diagnóstico específico.

### Instrumentos

Los instrumentos diseñados para esta investigación fueron los siguientes:

- Evaluación para la psicomotricidad gruesa: evaluación individual con base en las rutinas de calentamiento y ejercicios

secuenciales establecidos por modelamiento y practicados durante todas las sesiones.

- Evaluación de la atención sostenida: esta prueba midió el rango de tiempo en el que cada paciente logró mantener la atención.
- Evaluación de seguimiento de instrucciones: ésta indicó si el paciente obedecía o no las indicaciones dadas.

Las habilidades psicomotoras, se evaluaron en las etapas de calentamiento y diagonales (trabajo de transición lineal, ya sea en parejas o triadas). Los ejercicios se establecieron por modelamiento y se realizaron en cada sesión sin una etapa previa de habituación y entrenamiento. Se dieron de 0 a 2 puntos por cada movimiento, acorde al rendimiento del paciente:

- 2 puntos si el paciente realizó de manera correcta el movimiento.
- 1 punto si el paciente no ejecutó de manera adecuada el movimiento, pero lo intentó.
- 0 puntos si el paciente no realizó un mínimo esfuerzo.

El calentamiento se comprendió de 27 movimientos y las diagonales de 8 movimientos, dando un puntaje máximo de 54 puntos y 16 puntos, respectivamente.

Para evaluar la atención, se realizaron dos diferentes pruebas. La primera de ellas consistió en medir si el paciente atendía o no a las indicaciones que se le daban durante las sesiones, sin importar la calidad de ejecución. Nuevamente la evaluación se basó en los puntajes de 0 a 2 de acuerdo con el rendimiento del paciente; 27 indicaciones del calentamiento (54 puntos) y 8 indicaciones en las diagonales (16 puntos).

La segunda prueba que se realizó para medir la atención, consistió en medir el rango de tiempo de la atención sostenida. La evaluación se realizó con un cronómetro que iniciaba desde el segundo cero y se detenía cuando el paciente dejaba de realizar los ejercicios asignados. El calentamiento tuvo una duración total de 660.00 segundos (11 minutos) y la etapa de las diagonales 540.00 segundos (9 minutos).

En cuanto a las habilidades sociales, se realizó un registro cualitativo con base en observación participante y en bitácoras en las que se registraron las interacciones paciente-paciente y paciente-terapeuta; teniendo como principal objetivo la observación y la detección de indicadores relacionados con las interacciones sociales. A diferencia del resto de las pruebas, éstas se realizaron sesión a sesión, registrando la frecuencia de presentación de las interacciones.

Es importante tener presente que, las sesiones se acompañaron de temas musicales mexicanos solicitados por los pacientes pues se buscó que fueran melodías populares que disfrutaran y, con las cuales, se sintieran familiarizados.

### Diseño

La investigación se realizó con un diseño experimental de series cronológicas múltiples. Se utilizaron instrumentos de evaluación cualitativos y cuantitativos. Para las sesiones semanales de danzaterapia se utilizó una propuesta hecha por Leonardo Sebiani (2005); con esta técnica se llegó a trabajar individualmente, en parejas y en grupos.

La intervención tuvo un total de veintisiete sesiones durante siete meses. Durante las sesiones, se realizaron distintas pruebas a los pacientes: tres pruebas que evaluaron la psicomotricidad; dos pruebas que midieron el rango de tiempo de la atención sostenida y otras dos que la midieron a través del seguimiento de instrucciones. Las habilidades sociales se evaluaron de manera cualitativa con base en observación participante y en bitácoras. Se registraron sesión a sesión, según la frecuencia de presentación de las interacciones.

Una vez obtenidos los datos referentes a la motricidad, atención y habilidades sociales, se realizó una comparación longitudinal de cada paciente en base a cada conjunto de pruebas. Esto con el fin de apreciar el progreso, estancamiento o deterioro de los pacientes a lo largo la intervención. Debido a que los pacientes se encuentran divididos en los pabellones de estancia prolongada según su género, los resultados de la investigación se muestran divididos en femenino (F) y masculino (M), debido a que los factores biopsicosociales pueden variar.

### Procedimiento

El proceso de selección de los participantes se inició visitando los pabellones de estancia prolongada de ambos sexos. Esto permitió elaborar los siguientes criterios de inclusión y exclusión utilizados para obtener la muestra:

Criterios de inclusión:

- Presentar disposición e interés en el proyecto.
- Capacidad de seguir una serie de indicaciones.
- Capacidad de mover sus extremidades y de poder estar de pie por un tiempo prolongado (aprox. 45 min.).
- Efectos secundarios de los medicamentos administrados.
- Tiempo promedio en el cual presenta una crisis y fecha de la última crisis (periodo).

Criterios de exclusión:

- Fármacos con efectos secundarios que puedan incapacitar el movimiento.
- Presentar conductas agresivas constantes.

Las sesiones se llevaron a cabo específicamente en el auditorio del CAISAME; un espacio cerrado con área suficiente para que los pacientes pudieran realizar todos los movimientos. Una vez realizada la primera sesión de danzaterapia con los pacientes que cumplieron los criterios detallados anteriormente, se evaluó la capacidad de seguir instrucciones, siendo ésta la segunda etapa de selección. Finalmente, se optó por seleccionar a los pacientes que mostraron una atención favorable para lograr ser participantes. Obteniendo una muestra final de 8 sujetos.

Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 30-40 minutos. Éstas se conformaron por tres secciones principales: La primera de ellas fue la parte del calentamiento, la cual se iniciaba solicitando a los pacientes que señalaran con sus manos partes de su cuerpo de manera progresiva, por ejemplo: cabeza, orejas, cuello, pecho, pierna derecha, pierna izquierda, etc. Esto con la intención de crear conciencia de las partes de su cuerpo con las que se estaba trabajando y ejercitar su memoria espa-

cial. Seguido de este breve ejercicio, se realizaban movimientos sencillos y progresivos a modo de calentamiento que fueron desde la cabeza hasta los pies. Es importante aclarar, que los participantes se encontraban posicionados de manera lineal, hombro con hombro, viendo de frente a una terapeuta mientras que la otra, a lo largo de toda la sesión, se aseguraba de auxiliar a los pacientes si llegaba a ser necesario y a registrar el desempeño de los participantes.

La segunda parte, las diagonales, fueron presentadas por modelamiento. Los ejercicios se realizaron a partir de la formación de triadas o duetos y un adecuado desplazamiento de los participantes de un punto a otro en línea recta (distancia aproximada de la línea de 4 metros). Al tratarse de movimientos sencillos, algunas veces reducidos a caminar o marchar, se esperaba que los pacientes comprendieran fácilmente la indicación (Humphrey, 2001); finalmente, se realizó la fase de baile. Para este ejercicio la formación de los pacientes cambió a un círculo, en donde el orden de acomodo no fue prioritario. Sin embargo, se buscó constantemente la variación del posicionamiento de los pacientes con la intención de promocionar las interacciones sociales. Durante esta fase, se les dio la indicación a los pacientes de realizar algunos pasos sencillos para que bailaran. Se hizo especial énfasis en realizar una coreografía con una canción específica en todas las sesiones para ejercitar su amplitud atencional, entendiéndola como aquella que puede mejorar de manera considerable al ejercer la práctica (Sevilla, 1997). Para finalizar, se retomaron algunos ejercicios según el modelo de Sebiani (2005), de calentamiento, estiramiento, movilización y relajación de tensiones. Se obtuvo confiabilidad de los registros mediante 5 muestreos de sesiones en los que todos los casos fue superior el acuerdo entre observadores al 80%.

## RESULTADOS

### Características de los participantes

Luego de revisar los expedientes de los pacientes con los que se llevó a cabo la danzaterapia, y al revisar la Tabla 1, se encontraron como común denominador los antipsicóticos (carbamazepina y litio), antidepresivos y ansiolíticos (benzodiazepinas: lorazepam, clonazepam, alprazolam y carbamazepina). Esto se vio reflejado en la ausencia de algunos de los pacientes en varias sesiones, debido a la presencia de síntomas como: agotamiento, sueño excesivo, mareos, vómito, alteraciones en el nivel de conciencia, etc. Los procesos atencionales también se llegaron a ver alterados, tanto por los trastornos que padecen los pacientes, los impedimentos y/o distractores ajenos a los participantes e investigadoras, así como por la cronicidad y los efectos secundarios causados por los psicofármacos administrados.

Como se puede observar en la Figura 1, que ilustra el desempeño psicomotriz promedio por mujeres y hombres, tanto en el calentamiento como en las diagonales, el grupo de mujeres tiene una mejoría en calentamiento y en diagonales de la primera a la tercera evaluación, y disminuye ligeramente en ambas en la segunda. En el caso de los hombres se presenta me-

Tabla 1.  
*Características generales de la población seleccionada..*

Nombre	Diagnóstico	Edad	Género	Medicamentos	Red social	Años evolución
Paciente 1M	Retraso mental moderado	51	M	Haloperidol, Biperideno, Carbamazepina, Levomepromazina, Clonazepam.	No presenta	1980
Paciente 2M	Esquizofrenia residual	56	M	Haloperidol, Biperideno, Levomepromazina	Prima	2001
Paciente 3M	T. mental y del comportamiento debido a lesión. Retraso Mental moderado	63	M	Risperidona, Carbamazepina, Biperidona.	No presenta	1963
Paciente 4M	T. mental del comportamiento debido a lesión. Epilepsia de difícil control.	50	M	Aloperidol, Biberideno, Biperidona, Diazepam (en caso de convulsiones).	Abandono	1993
Paciente 1F	T. mental del comportamiento debido a lesión y/o disfunción cerebral	65	F	Haloperidol, Clonazepam	No presenta	2008
Paciente 2F	T. mental debido a epilepsia y retraso mental moderado	52	F	Bisperidona, Biperidona, Alprazolam, Diazepam (en caso de convulsiones).	Sra. Rosa (procedencia desconocida)	1970
Paciente 3F	Esquizofrenia indiferenciada y síndrome demencial	63	F	Haloperidol, Biperideno.	No presenta	1982
Paciente 4F	T. psicótico no especificado	40	F	Lorazepam, Risperidona.	No presenta	2012

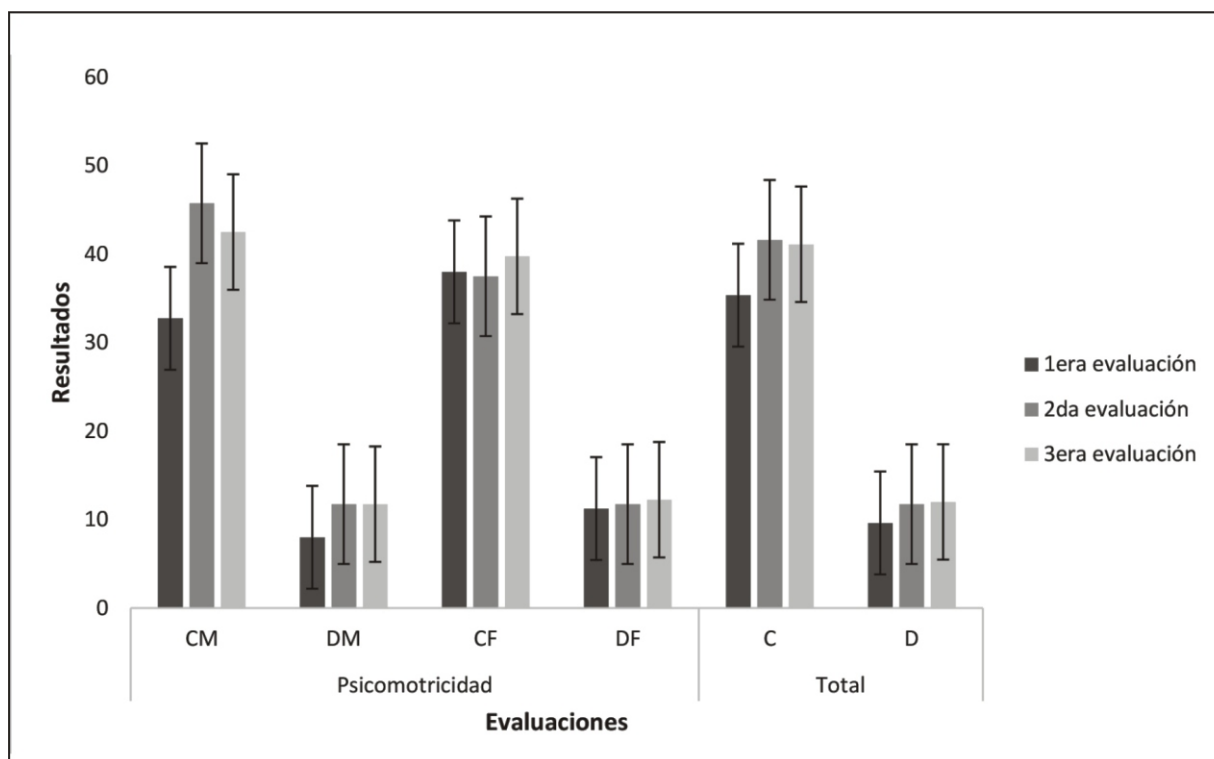


Figura 1. Promedio en porcentaje de las puntuaciones registradas en la evaluación de psicomotricidad de grupo masculino (M) y femenino (F) en calentamiento (C) y diagonales (D) en tres evaluaciones y promedio general.

oría en la segunda evaluación en calentamiento y la tercera evaluación en diagonales. En el promedio general se aprecia mejoría en las evaluaciones posteriores con respecto a la inicial, tanto en calentamiento como en diagonales en el aspecto de la coordinación psicomotriz, manteniéndose un nivel semejante entre la segunda y tercera evaluación.

En la Figura 2 se ilustra una mejoría en seguimiento de instrucciones para ambos grupos y en el promedio general de la primera evaluación con respecto a la segunda, acercándose de manera global al nivel máximo del 100%.

En la Figura 3, se resumen los resultados de atención de ambos géneros en las dos fases de: calentamiento y diagonales. En el grupo femenino, durante la fase de diagonales, se puede observar mejoría en la segunda evaluación con respecto de la primera. En el promedio también hay una ligera mejoría en diagonales, pero un empeoramiento de la atención en la fase de calentamiento. En el caso del grupo masculino, no se observan cambios en el calentamiento y una ligera mejora en la segunda evaluación de diagonales.

Como se muestra en la Tabla 2, que resume los registros de la observación participante, hubo una mejoría considerable en las interacciones sociales de los pacientes, debido a que las interacciones sociales registradas eran inexistentes. Se observó cooperación para ayudarse unos a otros, por ejemplo, en el caso de un paciente que necesitaba ayuda para transportarse, sus compañeros mostraron disposición para ayudarlo, ya sea a cargar su andador o a empujar la silla de ruedas. En el caso de ambos sexos, algunos pacientes cami-

naban más rápido que otros, situación que anteriormente alteraba al grupo. Sin embargo, luego de un aproximado de dos meses, los compañeros iniciaron a presentar conductas de tolerancia a la frustración y cooperación en el grupo. A pesar de que tomó tiempo en manifestarse, la interacción con el sexo opuesto se consideró un indicador importante. En un inicio, al dar la indicación de bailar en parejas, a pesar de que sí se realizaba, se manifestaba cierto rechazo a la indicación, incluso algunos pacientes preferían no hacerlo. Sin embargo, durante la segunda mitad del total de sesiones, se logró apreciar la cooperación del grupo para hacer esto sin mucho esfuerzo e incluso con muestras de afecto de por medio. Incluso, se mostraron actos de cordialidad que se volvieron bastante recurrentes.

En cuanto a la interacción con las terapeutas, la mejoría se observó incipiente al iniciar la intervención y al final fue más constante, de los aspectos enlistados en la Tabla 3. Se observaron muestras de afecto, tanto por hombres como por mujeres. Algo que empezó a llamar la atención durante los últimos meses fue la cooperación, sin necesidad de que se les solicitara, que hubo hacia las terapeutas por parte de casi todos los pacientes. Por ejemplo: ayudar a cargar el material o guardarlo; llamó la atención por el hecho de que se empezaron a hacer de manera frecuente y espontánea. Se considera que estos resultados fueron debido a la cohesión grupal que se formó dentro del taller de danzaterapia, dando como respuesta buenos resultados no sólo en las cuestiones psicomotrices y de atención, sino también en las interacciones sociales.

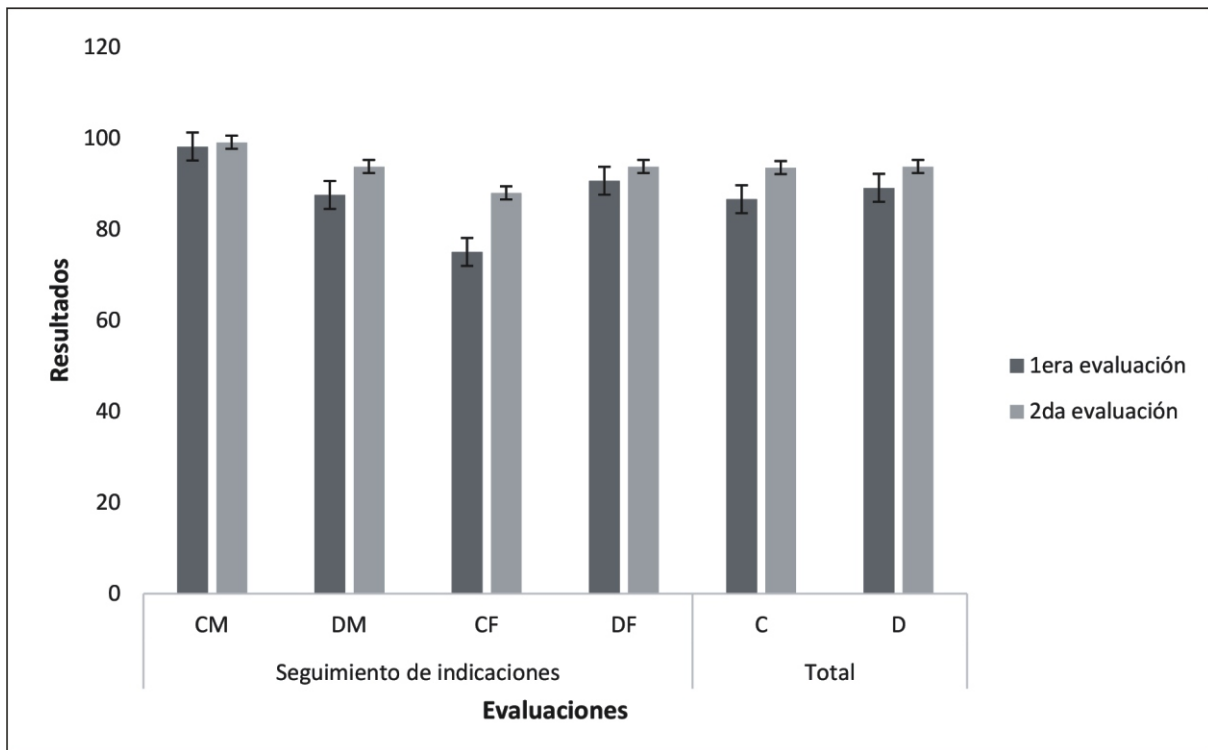


Figura 2. Evaluación de seguimiento de instrucciones del grupo masculino (M) y femenino (F) en calentamiento (C) y diagonales (D) y su respectivo promedio general.

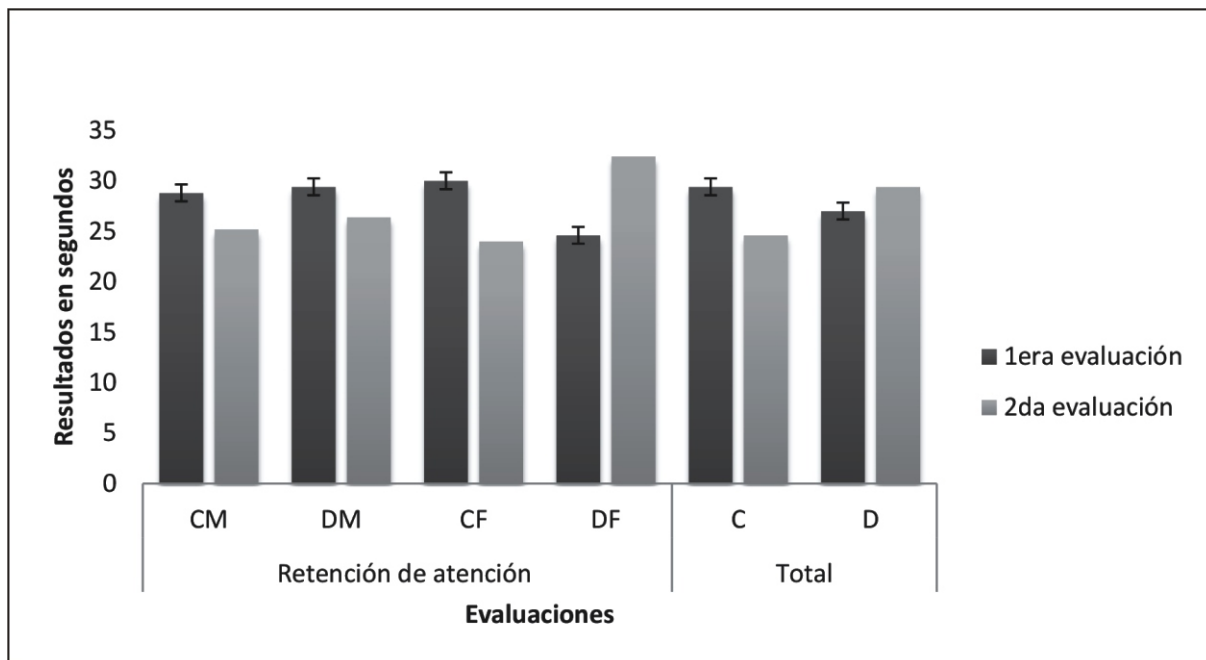


Figura 3. Promedio en segundos de evaluaciones de atención grupo masculino (M) y femenino (F) tanto en fase de calentamiento (C) como en diagonales (D) y su promedio total.

Tabla 2.

*Conductas registradas mediante la observación participante en el trayecto a las sesiones y durante las sesiones.*

<b>Interacciones sociales entre los participantes</b>		
Hombre - Hombre	Hombre - Mujer	Mujer - Mujer
- Cooperación entre ellos durante el trayecto al auditorio: ayuda para cargar el andador y mover la silla de ruedas.	- Baile en pareja. - Muestras de interés por el otro. - Proximidad.	- Ayuda mutua durante la realización de ejercicios. - Cooperación entre ellas en el trayecto.
- Solidaridad durante el camino al trayecto: esperarse unos a otros.	- Ayuda mutua durante la realización de ejercicios.  - Actos de cordialidad.  - Muestras de afecto: saludos, despedidas, compartir pertenencias.	- Solidaridad durante el camino al trayecto: esperarse unos a otros.

Tabla 3.

*Mejoras registradas mediante la observación participante.*

Interacción con terapeutas
~ Muestras de afecto.
~ Lenguaje afectivo al referirse a los terapeutas.
~ Mayor disposición.
~ Actos de cordialidad.
~ Cooperación al transportar el material a utilizar.

## DISCUSIÓN

La investigación arrojó resultados mediante los cuales se puede decir que la danzaterapia influyó de manera positiva en las habilidades sociales. Sin embargo, se pudo observar que en los resultados cuantitativos estas mejoras no fueron muy grandes. El principal factor que pudo haber interferido es el tratamiento psicofarmacológico, debido a los efectos secundarios que provoca en los pacientes, afectando la asistencia al taller, así como sus actitudes y malestares dentro del mismo. Da Silva y colaboradores (2014), afirmaron que los psicofármacos se utilizan para aliviar los síntomas de los trastornos mentales, pero al mismo tiempo, afectan a la actividad psíquica. Es por eso que la reforma psiquiátrica, recomienda ver a los psicofármacos como una posibilidad del tratamiento y no como la única opción. Sin embargo, existe la posibilidad de que los participantes pudieran haber mejorado más si el tratamiento se hubiera extendido por más sesiones. En el caso del seguimiento de instrucciones, los ni-

veles iniciales ya eran altos y, por lo tanto, alcanzaron en su mayoría el puntaje máximo. En el caso de la atención, que solo mejoró en el caso de las mujeres en la fase de las diagonales de las sesiones; es importante analizar en detalle las razones por las que los hombres no tuvieron una mejoría, ni ambos grupos la lograron en la fase de calentamiento. Dichos resultados pudieran atribuirse a las características particulares de los pacientes masculinos, como es el caso de uno de ellos que utilizaba andador y en ocasiones silla de ruedas o el caso de otro paciente que presentó complicaciones de salud durante el tiempo de las últimas pruebas. Esto debe considerarse, pues posibilitará desarrollar variaciones a la presente intervención, que permitan desarrollar estudios futuros. En el caso de las diagonales, la tarea demanda coordinación espacial cuando menos con otro compañero y ello facilita que se instale la atención, a diferencia de las fases de calentamiento, en el que el desempeño fue individual.

En el caso de la interacción social, el hecho de no haber desarrollado categorías de observación cuantificables es una limitante del presente estudio, que se considera también, se podrá subsanar en investigaciones futuras, de manera que la mejora en el intercambio social de los participantes tenga bases más sólidas que la observación anecdótica cualitativa. Otra gran limitante del presente estudio fue, no haber obtenido confiabilidad de dichos registros cualitativos.

De manera general, los resultados de este estudio, permiten concluir que el taller de danza-terapia reportó beneficios en psicomotricidad, atención y seguimiento de instrucciones en los pacientes del CAISAME Estancia Prolongada; también se demuestra que gracias a la convivencia y cercanía que tuvieron en las sesiones de danzaterapia, lograron mejorar en sus habilidades sociales.



Se considera sumamente necesario, con base en los resultados obtenidos, que el tratamiento tradicional basado en psicofármacos se incorpora con la atención psicosocial, actividades resocializadoras, entre otras actividades que aseguren una mayor efectividad y complementen la integridad del ser humano (Da Silva et al., 2014).

La implicación práctica de los hallazgos del presente estudio, es que la danzaterapia es una actividad benéfica para los pacientes psiquiátricos crónicos. Además de los datos mostrados, por los beneficios de la actividad física inherente, las mejoras en su capacidad de interacción, independientemente del tipo de trastorno psiquiátrico que tengan.

### REFERENCIAS

- Aragón, M. B. (2006). *Manual de psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Andreasen, N. C. (1985). Positive vs. negative schizophrenia: A critical evaluation. *Schizophrenia bulletin*, 11(3), 380.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Da Silva, M., Gomes, M., Ottes, R., Tassinari, S., Toledo, V., & Trivisiol, C. (2014). El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 36, 114-125.
- Forte, V., & Bueno, C. (2016). Experiencias de danzaterapia de mujeres que han sufrido cáncer de mama. Un estudio fenomenológico. *Psicooncología*, 13(1), 151-163.
- Funes, M. (2009). Arte-terapia. Una herramienta complementaria para la atención de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires. *Arteterapia - Papeles de Arteterapia Educación Artística para la Inclusión Social*, 4, 177- 193.
- García Ruso, H. (1997). *La danza en la escuela*. Barcelona: Inde.
- Gisbert, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid, España.
- Humphrey, D. (2001). *El Arte de hacer danzas*. México: Serie ríos y raíces INBA-CONACULTA
- Organización Mundial de la Salud. (2001, 4 de octubre). *Los Trastornos Mentales Afectan A Una de Cada Cuatro Personas* [Comunicado de prensa]. Recuperado el 27 de noviembre, 2017, de [http://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/en/whr01\\_press\\_release\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_press_release_es.pdf?ua=1)
- Panhofer, H. (2012). La sabiduría y la memoria del cuerpo. En C. Giménez (Ed). *La investigación en danza en España 2012*. Valencia: Mahali Ediciones.
- Pedraza, R. S., Matamoros, F. A. S., & Cardinal, E. M. (2015). ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 371-385.
- Rodríguez, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. España: Ediciones Pirámide.
- Saraceno, B., & Miret, M. F. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México, D.F.: Pax México.
- Sebiani, L. (2005). Uso de la danzaterapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas (cáncer, fibrosis, sida). *Revista Reflexiones*, 84(1).
- Sevilla, J. G. (1997). *Psicología de la atención*. Madrid: Síntesis.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Zubin, J. (1985). Negative symptoms: Are they indigenous to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 11(3), 461.