



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE
LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD
SALUD MENTAL PÚBLICA

EFECTO DE LA DANZA MOVIMIENTO Y TERAPIA COMO INTERVENCIÓN
COMPLEMENTARIA, PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO DE
ANSIEDAD GENERALIZADA.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:
SERGIO ABRAHAM REYES PANTOJA

TUTOR:
DR. ENRIQUE OCTAVIO FLORES GUTIÉRREZ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORAL:

DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM
DRA. MARÍA CONCEPCIÓN MORÁN MARTÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. JESÚS ALEGRE DÍAZ
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA S.S.A.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A mi familia y amigos que me apoyaron en esta aventura y que siguen conmigo para que continúe en este viaje que es la investigación científica.

Al apoyo económico que CONACYT me aportó para la realización de esta Maestría.

A la UNAM, Facultad de Medicina, al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y al personal del Unidad de Posgrado, por permitirme conocer a excelentes profesores y personas que ayudaron en mi formación como maestro en ciencias.

A mi tutor principal el Dr. Enrique Octavio flores Gutiérrez por su amistad y guía, siempre creyó en mí y en el proyecto, gracias por enseñarme lo maravilloso y la utilidad del arte como un medio terapéutico.

A la Psicóloga Elvia Serra, por permitirme conocer más sobre el trastorno de ansiedad.

Al comité tutorial conformado por la Dra. Catalina González Forteza, Dra. Ana luisa Mónica González-Celis Rangel, Dra. Karina Reyes Jarquín, Dr. Jesús Alegre Díaz y la Dra. María Concepción Morán Martínez, gracias por su tiempo y dedicación para esta tesis.

A los participantes que aceptaron participar en esta intervención, gracias por preocuparse por su salud por dejarse llevar a través del ritmo de la danza y por permitirme escucharlos.

ÍNDICE

Resumen	5
Marco Teórico	8
1. Danza Movimiento y Terapia (DMT)	8
1.1. <i>Definición de la DMT</i>	8
1.2. <i>Orígenes de la DMT</i>	8
1.3. <i>Enfoques de la DMT</i>	10
1.4. <i>Otros Modelos de Intervención en DMT</i>	11
1.5. <i>Estructura conceptual de la DMT</i>	14
2. El Trastorno de Ansiedad Generalizada	18
2.1. <i>Teoría interactiva de la ansiedad</i>	19
2.2. <i>El enfoque neoconductista</i>	21
2.3. <i>Dimensiones Psicológicas, Cognitivas, Fisiológicas y Motoras en el Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	21
2.4. <i>Tratamiento usual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada</i>	24
3. Investigaciones previas sobre el uso de la DMT para abordar la sintomatología ansiosa	29
3.1. <i>La DMT como terapia multidimensional</i>	33
4. Proyecto de investigación	43
4.1. <i>Planteamiento del problema</i>	43
4.2. <i>Justificación</i>	43
4.3. <i>Objetivo</i>	43
4.4. <i>Pregunta de investigación</i>	44
4.5. <i>Hipótesis</i>	44
5. Metodología	45
5.1. <i>Población</i>	45
5.2. <i>Instrumentos</i>	45
5.3. <i>Características generales de la intervención</i>	48
5.4. <i>Procedimientos</i>	50
5.5. <i>Análisis estadístico</i>	50
5.6. <i>Consideraciones éticas</i>	51
6. Resultados	54
6.1. <i>Características sociodemográficas de la muestra</i>	56

6.2.	<i>Análisis de la sintomatología psicológica de la ansiedad (IDARE).</i>	58
6.3.	<i>Análisis de las sintomatología cognitiva, fisiológica y motora de la Ansiedad (ISRA).</i>	64
6.4.	<i>Análisis de la variable satisfacción terapéutica.</i>	69
6.5.	<i>Descripción de actividades complementarias al programa.</i>	71
7.	Discusión.	71
7.1.	<i>Alcances y Limitaciones.</i>	78
7.2.	<i>Conclusiones.</i>	80
8.	Bibliografía.	82
9.	Anexos.	92

Resumen

Introducción: En el presente estudio se propone una intervención basada en danza movimiento y terapia (DMT) para el manejo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) el cual es un cuadro clínico incapacitante a nivel social y/o laboral clínicamente significativo.

Objetivo: Explorar la efectividad de una intervención de Danza Movimiento y Terapia (DMT), como complemento al tratamiento psiquiátrico, en usuarios con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), tratados en un instituto de salud mental ubicado en la Ciudad de México.

Metodología: Es una propuesta que está enfocada en un estudio piloto, se realizaron mediciones de las variables multifactoriales del TAG (cognitivo, psicológico y fisio-motor) antes y después del programa de intervención, por medio de los test auto aplicados: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE) y la Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4).

Resultados: Se observó una disminución de las puntuaciones de las variables de ansiedad rasgo y estado después de la intervención (IDARE). De los datos obtenidos a través del ISRA, los resultados que destacan son las reacciones cognitivas y fisiológica de la ansiedad, las cuales se vieron disminuidas significativamente post-tratamiento. Finalmente, los datos arrojados por el CRES-4, demostraron que los factores satisfacción, solución del problema y percepción del cambio fueron satisfactorios para los usuarios.

Conclusiones: Los resultados muestran, que un grupo pequeño de personas con TAG se vio beneficiado por la intervención basada DMT y el tamaño del efecto de la intervención fue favorable. El grado de satisfacción de los usuarios ante el tratamiento recibido fue positivo con 0% de deserción. Estas evidencias permiten abrir la posibilidad de continuar con más estudios y abrir grupos terapéuticos para abordar diferentes psicopatologías.

Introducción

El objetivo primordial de este estudio piloto aleatorizado, es explorar la efectividad de una intervención de Danza Movimiento y Terapia (DMT), como complemento al tratamiento psiquiátrico, en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), tratados en un Instituto de Salud Mental ubicado en la Ciudad de México. Aunado a esto se establecieron objetivos específicos, los cuales son: Seleccionar dinámicas basadas en DMT para adaptar una guía de intervención enfocada a pacientes con TAG, evaluar el impacto de la DMT por medio de las mediciones obtenidas de los instrumentos psicométricos propuestos y establecer si existen diferencias significativas entre el pre y el post-tratamiento. La característica de las variables que se cuantificaron, se establecieron bajo el fundamento de la teoría multidimensional de la ansiedad, considerando los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) por separado, y finalmente los cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad de evaluación, interpersonal, situaciones fóbicas, situaciones de la vida cotidiana).

La causa que llevó a establecer los objetivos mencionados, están fundamentados, sobre la premisa de que el TAG es un problema de salud mental pública, que aqueja a gran parte de la población a nivel mundial y nacional, ocasionando malestares y alteraciones cognitivas a nivel sistémico del individuo, lo que provoca una discapacidad en el paciente que realiza sus actividades cotidianas. Es común, las frecuentes recaídas, abandono o poca adherencia a los tratamientos individualizados, debido a estas dificultades se requieren nuevas estrategias que respondan a la necesidad de atención y la demanda.

El presente trabajo pretende hacer una contribución al conocimiento sobre la efectividad de una intervención basada en DMT, tratando de hacer visible la utilidad de esta intervención que tiene como característica, valerse del cuerpo y sus expresiones no verbales, para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo. A la par, proveerá de información sobre el papel que juega diferentes factores que interactúan simultáneamente en la ansiedad y como estos se puede ver modificados con una intervención con un alcance integral, mente-cuerpo. La

realizar esta investigación podría ayudar a establecer nuevos modelos de intervención en formato grupal, para abordar la problemática del TAG.

A continuación, se revisará el marco teórico que sustenta esta investigación.

Marco Teórico.

1. Danza Movimiento y Terapia (DMT).

Durante este capítulo, revisaremos el constructo teórico del cual parte la intervención que se propone para este estudio. La estructura del capítulo incluye revisar la definición, el origen, enfoque, los modelos más utilizados.

1.1. Definición de la DMT.

La DMT, junto con la musicoterapia y el arte terapia, forman parte de la corriente denominada “Artes creativas en psicoterapia” estableciendo la utilidad del medio artístico como un puente terapéutico a través de la experiencia emocional (Vella y Torres, 2012; Panhofer, 2005).

La primera definición, actualmente vigente, surgió en 1966 a través de la Asociación Americana de Danza-terapia (ADTA, por sus siglas en inglés) la cual define a la Danza Movimiento y Terapia (DMT) como: “una especialidad en psicoterapia que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales, en un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo”. En la DMT el movimiento es un elemento expresivo importante el cual es objeto de análisis, este sirve como vínculo entre las emociones, el pensamiento y el cuerpo (Fischman, 2014). Finalmente, facilita en el individuo que la práctica, un estado emocional ecuánime y la sensación de bienestar al realizar una actividad física, a través de lo que probablemente sea la contribución más importante de la DMT, la expresión corporal. La cual desarrolla la conciencia y regulación de las sensaciones corporales y el control de los movimientos (Juhan, 2003; Marie-Hogya, 2004; Tillotson, 2007).

1.2. Orígenes de la DMT.

La modalidad terapéutica en la DMT tuvo sus comienzos en los EE.UU. en la década de 1950. Las fundadoras fueron bailarinas formadas en la corriente expresionista, estas llevaron la pedagogía de la danza fuera de las academias de artes, dirigiéndola a lugares como hospitales psiquiátricos. En donde descubrieron empíricamente el efecto de la danza como vía de expresión y comunicación

humana, aceptada por los pacientes que precisamente se les dificultaba hablar de sus emociones (Levy, 1992).

En el transcurso de 1950 a 1960 la DMT era poco conocida y la iniciativa de un desarrollo más profundo solo lo compartían pocas bailarinas profesionales. Pero fue durante los años 60 cuando las dos pioneras de las corrientes existentes se unieron, la primera estaba dirigida por Marian Chace en 1950 y la segunda por Mary Whitehouse, dicho evento dio lugar a la creación de la ADTA, y fue en este punto de la historia de la DMT en donde se consideró que la danza va más allá de los fines estéticos, buscando un trabajo personal e individualizado, con el objetivo de la integración corporal y la consonancia personal, esta visión permitió establecer las bases para la DMT, en un medio terapéutico viable (ADTA, 1966; Levy, 1992; Rodríguez, 2009,).

Para entender mejor el origen y evolución de la DMT, a continuación, se revisará los dos pilares que le dieron forma.

Marian Chace: Chace se basó en las ideas de relación con el cliente que proponía Maslow (1968, 1978) y Rogers (1962). Estas bases fundamentaban la creencia de que los movimientos, así como los gestos que constituían la expresión emocional eran un medio para explotar el potencial más “sano” de los pacientes (Levy, 1992; Panhofer, 2005). Este trabajo surgió al mismo tiempo que el trabajo de Wilhelm Reich en 1960, en el cual también se basó, ambos estaban experimentando con un estilo de intervención psicoterapéutica psicomotora como forma de facilitar el pensamiento, ideas y sentimientos que podían estar limitados por la rigidez corporal expresiva, poniendo énfasis en que los pacientes sintieran y fueran conscientes de sus emociones. Chace agregaba otro elemento, el cual era la interrelación con las personas, usando a la danza como este medio de comunicación, como consecuencia, se fundamentaron los preceptos de simbolismo, improvisación y verbalización corporal en la DMT (ADTA, 1966; Levy, 1992).

Chace llega a la conclusión de que el ritmo es un elemento fundamental para establecer un nivel de comunicación básico. Discípulas de Chace, organizan la metodología de su trabajo en cuatro áreas: acción corporal, simbolismo, relaciones

a través del movimiento terapéutico y movimiento rítmico grupal (Schmais, 1998), dichas áreas se describirán más adelante en el apartado de eje estructural de la DMT.

Mary Whitehouse:

Durante la misma década de 1950 que Chace empezó su trabajo, Whitehouse también desarrollaba su propia visión de la danza como un medio terapéutico, solo que en contextos y poblaciones diferentes. Whitehouse se enfocó en alumnos de danza, le interesaba experimentar con la danza moderna expresionista y la improvisación, estos elementos llevaron a descubrir, la relación entre la danza, la creatividad y el ser (Rodríguez, 2009). Whitehouse se empeñó a entender al ser humano desde una perspectiva psicológica y se formó en la psicología de orientación Jungiana. Combinando su trabajo de danza creativa con la visión Jungiana, comenzó a descubrir el vínculo que existe entre la expresión en el movimiento espontáneo y genuino de sus alumnos y el fluir de un elemento simbólico. Whitehouse en 1965, lo llamaría, “movimiento en profundidad” o “movimiento auténtico”. En este se plantea que el sentido kinestésico puede ser estimulado mediante todo tipo de movimiento (Levy, 1992). En palabras de Whitehouse “Esto cobra verdadero interés para las personas cuando practican movimiento en profundidad, porque tras el movimiento libre y espontáneo, se generan el impulso interior de la subjetividad, lo que posibilita la conexión con una acción corporal en cuestión, es la conciencia específica y concreta del propio acto de moverse lo que es tan satisfactorio” (Whitehouse, 1999 pág. 105).

1.3. Enfoques de la DMT.

En el trabajo doctoral de la Dra. Fischman en 2014, expone el énfasis del enfoque terapéutico del movimiento como una manifestación lúdica y artística, otros enfoques que plantea se centran en desarrollo de las verbalizaciones que surgen a partir de las experiencias de movimiento corporal. Estos dos enfoques, pueden combinarse y es deber del terapeuta llevar el equilibrio y no llegar a la saturación o a la falta de alguno. También es importante tener en cuenta la formación del terapeuta, ya que este puede venir del mundo artístico de la danza, del estudio de

técnicas corporales o del campo de la psicología, dejando ver claramente la influencia y el estilo de trabajo que se tomará. Finalmente se plantean dos orientaciones básicas que podrían o no coincidir con la formación previa del terapeuta. Estas son la DMT como arteterapia (Terapias artístico-expresivas), la cual supone que producir arte es terapéutico en sí mismo, la segunda es la DMT como el uso del movimiento dentro de un encuadre psicoterapéutico en donde el proceso, la comprensión y la significación adquiere un rol central. Las dos orientaciones están validadas en distintos rubros: educativo, clínico, recreativo, organizacional y será la segunda, la que se tomará como eje principal para esta investigación.

En el ambiente clínico, en el que se enfoca esta investigación, la DMT se ha utilizado a lo largo del mundo en diferentes institutos de salud (hospitales psiquiátricos y centros de desarrollo humano), a manera de una herramienta terapéutica (Janyachoen, 2013).

Las combinaciones que destacan, conforme a las corrientes psicológicas que se han reportado son: herramientas del corriente cognitivo conductual como la reestructuración cognitiva y herramientas de confrontación de la corriente gestáltica (Marie-Hogya, 2004; Juhan, 2003). Con esas combinaciones se han obtenido beneficios positivos frente a diferentes dolencias emocionales y trastornos mentales, en las cuales se engloba; trastornos de personalidad, trastornos de sueño, enfermedades neurodegenerativas (tales como las demencias seniles), trastornos motores, etc. (Bläsing 2010, 2012; Tillotson, 2007).

1.4. Otros Modelos de Intervención en DMT.

A partir de los trabajos de Chace y Whitehouse, surgieron dos modelos que están integrados en las dinámicas y los objetivos de las dos primeras corrientes que fundaron la DMT y que comparten el título de Danza Creativas en Psicoterapia (Levy, Fried, y Leventhal, 1995; ADTA, 2003) esto las hace parte de las intervenciones en DMT.

La primera es la técnica de la bailarina argentina María Fux en 1980, su método estaba enfocado a personas con discapacidad motora e intelectual. Para

Fux la Danzaterapia tiene el potencial de facilitar y rebasar las limitaciones que impiden o reducen la capacidad de expresarse e interactuar con los demás. La metodología se basa principalmente en situaciones de grupo, utilizando la danza como un medio de representación para entender las relaciones humanas, y facilitar diferentes medios de expresión y comunicación; cada encuentro con la terapia de baile se articula a través de un uso particular de música y la utilización de otros objetos, se observa una mejora definitiva del espacio y la inclusión de los significados, que guía a las personas a entender las dinámicas de vida y de interacción a través de la danza (Fux M. 1982). Esta técnica se sostiene en los trabajos realizados por Fux, tras las publicaciones de sus 9 libros que abarcan un periodo de tiempo entre 1982 a 2013, en los cuales habla de su obra y las experiencias de la autora con sus grupos de trabajo, no se encontraron, publicaciones en revistas indexadas, en el que se mencione este método.

El segundo modelo, es la corriente que nos interesa abordar para esta investigación, se basa en los fundamentos de la técnica llamada “Los 5 ritmos”, dicha técnica fue creada por Gabrielle Roth a finales de 1970 (Juhan, 2003; Marie, 2004).

El eje principal de la técnica es la combinación artística de la improvisación del baile, orientado a la salud integral del ser humano, por medio de 5 diferentes ritmos musicales: Fluido, Estaccato, Caos, Lirico y Quietud, dichos ritmos estimulan movimientos específicos, debido a la particularidad rítmica de cada uno de ellos (McCormack, D. P. 2002). El objetivo de esta técnica es: Trabajar con la relación cuerpo-respiración, mediante la ayuda de música cuidadosamente seleccionada e información guiada. Se busca hacer conciencia de las percepciones y recuerdos; gestos y formas; sintonizando con la experiencia del individuo. Los 5 Ritmos ayudan a expresar creativamente, las emociones tanto positivas como negativas (Davison 2009). Su estructura se basa en revisar la psicología humana en 5 visiones integrales, lo que Gabrielle le llama Mapas del centro de movimiento (Juhan, 2003; Marie, 2004).

La evidencia científica es escasa, en estudios que se han realizado con esta técnica, llegan a dos investigaciones de corte cualitativo.

El estudio realizado por Davison en 2009, con la metodología de análisis hermenéutica fenomenológica, se realizó la experiencia de 12 mujeres que probaron las siguientes técnicas; yogadance, autentico movimiento de Whitehouse, 5 ritmos e improvisación con música africana. El objetivo de esta investigación radicó en explorar la relación psicológica con estas técnicas, al abordarse de manera conjunta, en una comunidad de grupos de trabajo de danza, enfocándose en las experiencias inherentes y el valor de las experiencias vividas. Los resultados más importantes que surgieron fueron: el entendimiento de la conexión con la conciencia corporal, su dinámica y el rol que juega en sus relaciones interpersonales, además expresaron una mejora en su resiliencia emocional, bienestar y por consecuencia mejora en las estrategias de afrontamiento ante eventos emocionales difíciles.

El segundo estudio, fue dirigido por Cook et al. en 2004, se utilizó la técnica de los 5 ritmos. Se entrevistó a 18 mujeres que vivieron la experiencia de la intervención. Fueron escogidas del público participante del centro de movimiento, nombrado así el lugar en el que se imparten los talleres de 5 ritmos en Nueva York, con la intención de explorar el rol que juegan las dinámicas vistas en la salud. Entre las participantes estaban personas que tenían más de 10 años practicando. Los métodos de recolección de datos se llevaron por medio de entrevistas, diarios y grupos focales, en donde se exploró la experiencia de las mujeres. Se analizaron los siguientes temas: espacio vital, libre expresión, estructura, la influencia de la música y la coerción de los grupos. En el tópico del bienestar en la salud, las participantes describen sus experiencias como transformativas, ayudándolas a “dejar ir” desde un sentimiento de “obstrucción emocional”, relacionando el poder observar las sensaciones. En cuanto a los participantes con más de 10 años de práctica, reportaron que el uso regular de la danza forma parte importante en su vida, ya que han encontrado una herramienta terapéutica valiosa, cuando se presenta una crisis emocional, al mismo tiempo que ésta les da soporte cuando se encuentran bien. Además, expresaron mejoría en las relaciones interpersonales que

tienen fuera y dentro del lugar en cual practicaban, Finalmente, el autor afirma que la técnica de los 5 ritmos no es una terapia formal y que los participantes necesitan crear una verdadera responsabilidad para cuidar su bienestar. Sin embargo, se recomienda promover la accesibilidad de esta técnica a más gente, establecer mejores métodos de evaluación en ambientes clínicos, ya que puede tener el potencial de ser una buena herramienta de soporte terapéutico.

Después de describir la base teórica de la DMT, se revisarán, los conceptos que le dan estructura a la técnica, lo cual ayudará a entender que elementos la componen y como se desarrolla.

1.5. Estructura conceptual de la DMT.

Los conceptos generales que forman a la DMT, se basan en el trabajo teórico que se ha venido desarrollando desde la fundación de la ADTA en 1960, esto divide a la DMT de otras técnicas terapéuticas, estos conceptos son: Grupos terapéuticos, el ritmo musical, el movimiento y la verbalización (Levy, 1992).

El Grupo terapéutico y sus etapas: durante una sesión de DMT, el terapeuta debe llevar al grupo a resolver objetivos específicos que se plantean para cada una de las sesiones. Durante una sesión, los integrantes de un grupo terapéutico pasan por diferentes etapas, las cuales se refieren a los estados dinámicos por lo que pasa cada uno de los individuos dentro de un grupo en DMT. (Schmais, 1998).

Afiliación: Es la etapa de primer contacto, durante el calentamiento a través de ejercicios de estiramiento, aquí se establece el límite externo del sistema grupal, en donde se permite al individuo, conocer tanto al terapeuta como a los compañeros de grupo.

Diferenciación: Se incluye la exploración de los miembros del grupo, sus diferencias y la prueba de límites corporales, esto puede depender de la edad, género, historia de vida, etc. Esto deja ver los diferentes estilos de movimientos, que están influenciados por esos rasgos personales.

Intimidad: Implica la comprensión del espacio para acentuar más las diferencias, se crea un sentimiento de confianza dentro del grupo, lo que da como

resultado que los miembros del grupo se abran más a la experiencia de la danza y prueben más variedades de movimientos.

Separación: Implica cuestiones de trabajo individual y alejamiento del grupo y el terapeuta, para así enfrentar los procesos psicológicos junto con la inercia que obtuvo en las primeras fases y trabajar con una emoción, llevándola a una resolución.

Ritmo musical: Ayuda a estimular y organizar la conducta del individuo, dentro la dinámica en la DMT, llevándolo a armonizar consigo mismo y con los demás, facilitando que explore nuevos repertorios de movimientos. (Berrol, 1992; Stanton-Jones, 1992).

El Ritmo sirve como intermediario para canalizar las emociones y su impresión sensorial, la cual puede tener una influencia psicológica profunda, ya que los ritmos están asociados con eventos del pasado, conectando con su memoria emotiva (Bräuninger, 2014). Los sonidos rítmicos tienden a fortalecer la participación, romper con la timidez, esto funciona como una válvula de escape para los sentimientos. Por lo que los Terapeutas en DMT suelen utilizar con frecuencia la música como un mediador de la estructura, proveer seguridad y como un activador de la imaginación (Levy, 1992).

Movimiento: El movimiento se presenta con distintas formas, ritmos y cualidades, acordes a las motivaciones internas a los contextos en los que se manifiesta. Tanto los estados de ánimo como los rasgos de personalidad emergen en la expresión corporal. Los sentimientos, impulsos y deseos modulan el movimiento, que, a su vez, se constituye en la relación entre estos factores.

Para Rudolf Laban (1987) el movimiento constituye un eje central en la estructura de la DMT. Provee un vocabulario objetivo y un lenguaje que se entiende, que sirve para registrar por medio de la observación del movimiento, además, permite la exploración de un amplio espectro de formas dinámicas del movimiento, esto sucede cuando el individuo se da cuenta del patrón de movimientos y entiende la relación con los elementos internos antes mencionados, abriendo la posibilidad de encontrar nuevas formas y vincularlas con expresiones emocionales, ideas, o

significados, consolidando la totalidad de la experiencia integral y expresiva del movimiento.

El movimiento, en DMT, pasa de ser una manifestación artística a una terapéutica, en donde la experimentación de los movimientos libres y las emociones se conjugan. La diferenciación entre danza estética y movimiento es visible. El movimiento es algo espontáneo, presente en el día a día, controlable y no sólo se incluye en un contexto terapéutico, sino en todo lo que hace el individuo; la forma de caminar, de gesticular, de relacionarse con los demás, de establecer contacto físico o de evitarlo, entre otros. Con el conjunto de estos elementos es posible determinar un perfil de movimiento y como éste se ve afectado quitar por el estado mental (Fischman, 2014).

Verbalización: Es un componente especialmente importante, debido a que la DMT pareciera ser un ejercicio totalmente corporal, este fenómeno está dividido en dos grandes dimensiones, el primero corresponde a la verbalización que ejecuta el terapeuta y la segunda la que provee el paciente. La primera supone para el terapeuta una herramienta en el proceso de la DMT, creando un escenario adecuado en el cual se facilita el trabajo de recursos psicológicos en el paciente. Facilitando el movimiento por medio de guía verbal, expresado a través de frases de movimientos inacabadas las cuales son preguntas abiertas, que buscan un trabajo interior en el paciente y ofrecen nuevas maneras de adaptación y comunicación interpersonal (Levy, 1992).

Por otro lado Stark y Lohn (1993) marcan la importancia de la verbalización por parte de los terapeutas en dos premisas: por un lado, identifican las verbalizaciones como herramienta para estimular la acción corporal, promoviendo la diferenciación de uno mismo, fomentando el reconocimiento y la expresión de emociones, impulsando a reconocer, que las palabras ayudarán proveer el trabajo psicológico, que nace del contenido de cada persona en las sesiones de DMT, favoreciendo la auto-comprensión y las reestructuraciones cognitivas. Estas verbalizaciones se pueden dar de la siguiente manera: sonidos rítmicos, simples frases que describan el tipo de movimiento, el contexto y las diferentes partes del

cuerpo que se mueven, al mismo tiempo el terapeuta debe cuidar el tono de voz, las asociaciones y las imágenes que describe, ya que estas tienen que estar bien adaptadas para contextos específicos, para algunas personas, ya sea en condiciones de enfermedad mental o no, pueden dificultárseles el entendimiento de la interpretación.

En cuanto a la verbalización de los pacientes ayuda a reforzar su confianza, facilitando el uso de su repertorio de movimientos y permite una mejor sincronización con la música y el grupo. Cuestionan hacen observaciones, identifican problemas y contenidos específicos de lo que están viviendo, les ayudan a realizar interpretaciones de lo que está pasando y crea un puente para la reestructuración de la personalidad (Stark, 1993; Siegel, 1995).

A continuación, se presenta el marco teórico de la patología que nos interesa abordar para este estudio.

2. El Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En general los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales con mayor prevalencia, posicionándolas como un problema de salud pública relevante. Se prevé que, en todo el mundo, los trastornos de ansiedad cuentan con una prevalencia del 13.6 a 28.8%, así como una prevalencia en los últimos 12 meses de 5.65 a 19.3%, (Kessler, Rusci, Wittchen, 2010; Comer, 2011).

Según lo reportado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 14.3%. En las áreas metropolitanas de nuestro país se encontró la mayor prevalencia: 3.4%, (Medina-Mora, 2003).

La primera definición del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) Se introdujo en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su tercera versión DSM-III, en 1980, (Jurado, 2008).

La definición del TAG que se decidió utilizar para el presente estudio, está descrita por la versión del DSM-IV-TR en donde el TAG comparte un lugar con diferentes clasificaciones de trastornos de ansiedad como; crisis de pánico, fobias sociales, fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático. Y se define como la preocupación excesiva permanente e incontrolable, con tensión muscular e hiperactividad presente en múltiples aspectos de la vida. Con una duración de al menos 6 meses, asociado con otros tres síntomas como los siguientes: inquietud o impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración y fatiga.

Estos síntomas hacen que pacientes con TAG busquen principalmente tratamiento, pero no precisamente por la preocupación o angustia. Esto dificulta el diagnóstico, ya que, en el DSM-IV, el diagnóstico diferencial del TAG no se puede llevar a cabo en presencia de afecciones médicas (Norton, 2012).

En datos epidemiológicos específicos sobre el TAG, muestran que la prevalencia anual mundial se encuentra entre 3 y 8%. (Blazer, Hughes, y George, 1991). Por otra parte, a nivel nacional, la prevalencia a 12 meses se encuentra entre

el 0 al 4%, según datos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. (García-Campayo, 2012), siendo la depresión el trastorno con mayor comorbilidad en pacientes diagnosticados con TAG. Los pronósticos favorables en respuesta de tratamiento dependen la intervención temprana y de manera conjunta, teniendo como resultado mejoría en la recuperación y la funcionalidad.

Las características sociodemográficas de los pacientes con TAG, se ha visto con mayor frecuencia en adultos jóvenes, con un rango de presentación de inicio entre los 25 y 35 años de edad. Cabe mencionar que la prevalencia de este diagnóstico aumenta con la edad, sin cambios en los mayores de 60 años. Respecto al género, se han visto tasas mayores en las mujeres, en una relación 2:1. El TAG es más frecuente en personas que tuvieron una ruptura sentimental de pareja o el fallecimiento de algún familiar importante, así como en sujetos con niveles socioeconómicos bajos y desempleados (Blazer, 1991).

Tras establecer la descripción general de la ansiedad, a continuación, se revisará el modelo explicativo que nos interesa abordar para este estudio, el cual está basado en la corriente teórica multidimensional de la ansiedad, se mencionan las bases teóricas que sustentan esta teoría: Teoría interactiva de la ansiedad y el enfoque neoconductista.

2.1. Teoría interactiva de la ansiedad.

Se tiene conocimiento del estudio científico de la ansiedad desde mediados del siglo XIX, las cuales sostenían las teorías de rasgo-estado de la ansiedad, esta teoría fue puesta a prueba negando que la conducta ansiosa esté determinada exclusivamente por factores internos y por enfoques situacionales ortodoxos. Autores como Bowers (1972,1973) y Endler (1973) proponen una teoría que estipula que los estímulos ambientales son determinantes para entender el comportamiento, fundamentando las bases de la teoría interaccionista.

La teoría interaccionista propone que el método adecuado para estudiar la personalidad debe ocuparse de cómo las características del individuo y de la situación que influyen entre sí mismo como de su interacción.

Lo anterior se vincula con la ansiedad, según Bermúdez (1983) analizado en el trabajo de Cano-Vindel y Miguel-Tobal en 1999, dado que las condiciones de las características personales, las condiciones de la situación y, sobre todo, de la interacción de la persona, configuran el supuesto básico del que se parte: cualquier manifestación puntual (estado) de ansiedad es producto de la interacción entre cierta predisposición (rasgo) existente en el individuo y características de la situación en que tiene lugar la conducta. Es decir, toda reacción de ansiedad dependerá de la interacción entre el rasgo de ansiedad del sujeto y las características estresantes de la situación.

Endler y Parker (1992) señalan los elementos básicos de la interacción persona-situación:

-) La conducta actual es función del proceso continuo de interacción entre el individuo y la situación en que se encuentra.
-) El individuo es un agente activo e intencional en sus procesos de interacción
-) Respecto a la persona, los factores cognitivos y motivacionales son los principales determinantes de la conducta.
-) Respecto a la situación, el significado psicológico que ésta tiene para el individuo es el factor determinante más importante.

La situación influye en la conducta del individuo dependiendo de la forma en que éste la perciba, es decir, dependiendo de la información que esta situación proporciona y de la forma en que el individuo la interprete. Así, las diferencias individuales en el comportamiento se deberán a la conjunción de dos tipos de información: la procedente de la persona y la procedente de la situación. En cuanto a la controversia de si el comportamiento está determinado en mayor grado por los aspectos personales o por las situaciones, cuanto más clara y definida sea la situación, mayor fuerza tendrá en la determinación del comportamiento individual, pasando las características personales a un segundo plano a medida que la situación se convierte en más ambigua y menos precisa,

la relación expuesta se invierte, siendo la característica personal la que mejor explicaría el comportamiento del sujeto (Cano-Vindel, 1999).

2.2. El enfoque neoconductista.

A partir de las investigaciones provenientes de la corriente neocunductista en los años 70, el concepto de ansiedad dejó de ser considerado como un fenómeno exclusivamente periférico para tomar un significado central, determinado por la cognición y los efectos en el cuerpo. Surgiendo la segunda corriente de estudio desde la perspectiva multidimensional. (Miguel-Tobal 1985)

Desde este punto, se ha cambiado la forma de evaluar y tratar la ansiedad, siendo más aceptada la idea de un triple sistema de respuesta, ligados a situaciones específicas como definidas.

Estos componentes están correlacionados cuando ocurre un evento ansioso. El primer componente, está relacionado con las respuestas psicológicas basadas en los rasgos y estados ansiosos (Arias-Galicia, 1990), el segundo y el tercer componente, está relacionado por las respuestas cognitivas y fisio-motoras fundamentadas por Miguel-Tobal y Cano-Vindel en 1985, estas 3 dimensiones están en constante interacción con el medio que rodea al individuo, y por esa razón pueden potencializar los síntomas ansiosos entre sí. A partir de estas premisas teóricas, se fundamenta el eje teórico de esta investigación, el cual con anterioridad llamamos teoría multidimensional de la ansiedad.

Por consiguiente, consideramos necesario revisar las particularidades del TAG que afectan estas 3 dimensiones, para fundamentar el modo de evaluación, el cual nos permitirá establecer el efecto de la DMT.

2.3. Dimensiones Psicológicas, Cognitivas, Fisiológicas y Motoras en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Procesos psicológicos: En este apartado nos interesa revisar, la vulnerabilidad psicológica a través de la teoría de Spielberger en 1975, el cual considera que, la ansiedad se compone de dos características: La primera define a la ansiedad como un estado el cual puede variar en intensidad y fluctuar a través

del tiempo, lo cual se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Para Spielberger la intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación represente para el individuo. La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación amenazante.

La segunda característica define a la ansiedad como un rasgo relativamente estable, en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad continuos. Los individuos con puntajes altos en rasgos de ansiedad percibirán las situaciones o circunstancias (que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima) como más amenazantes que las personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad (Spielberger, 1975; Arias-Galicia, 1990).

Las elevaciones en estados de ansiedad pueden ser expresadas directamente en conductas, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de la ansiedad. Las situaciones estresantes ocurridas frecuentemente pueden causar en el individuo el desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa psicológicos dirigidos a reducir o minimizar los estados de ansiedad (Spielberger, 1975).

En dos trabajos actuales (Arias-Galicia, 1990; López, 2005) basados en la teoría de Spielberger, se ha visto que la vulnerabilidad psicológica, se presenta ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos, la persona puede responder con preocupación y ansiedad e incluso crisis de angustia; esta respuesta estará moderada por factores como las habilidades de afrontamiento y el apoyo social.

Estos eventos provocan un malestar o estrés psicológico, caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión, preocupación, inseguridad, autovaloraciones negativas, anticipaciones de eventos negativos etc. La ansiedad afecta a la

autoestima, la autoeficacia percibida, el control percibido, la competencia personal. (Fernández-Castro, 1998).

Procesos Cognitivos: Las respuestas cognitivas ante la ansiedad según Cano-Vindel (1999), se refieren a pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, que provocan tensión, falta de concentración, dificultad de decisión, así como ideas en las que otras personas observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas. Estas adversidades dificultan el procesamiento de datos sensoriales y de pensamientos, comprometiendo la atención, la memoria a largo plazo, la eficiencia de ejecutar tareas con múltiples opciones.

Por otra parte, el gasto de recursos cognitivos, de categorización, juicio y evaluación de estímulos son mal empleados o bien según lo mencionado por Bermúdez (1985 p.86) "la ansiedad deteriora el rendimiento porque hace disminuir la capacidad de procesamiento, al tener que ocupar el individuo ansioso parte de los recursos en el procesamiento de las cogniciones irrelevantes para la tarea, asociadas a la ansiedad"

Procesos fisiológicos y motores: La respuesta corporal que se produce cuando se vive un estado de ansiedad se puede entender a modo de un mecanismo de adaptación, estrechamente relacionado con los procesos cerebrales estudiados en el apartado cognitivo, este mecanismo de respuesta se puede dividir en dos, por un lado, como una reacción fisiológica y la otra como una reacción motora. En área fisiológica encontramos una serie de respuestas que son índices de la activación del sistema nervioso central y somático. Algunas de estas respuestas son: palpitaciones, taquicardia, sequedad de boca, dificultad para tragar, escalofríos, tirones, temblores, sudoración, tensión muscular, respiración agitada, apnea, etc., junto con otros síntomas, tales como molestias de estómago, náuseas, mareo, dolor de cabeza, etc. (Miguel-Tobal 1985; Cano-Vindel 1999; Etkin,2010).

Las conductas motoras, son fácilmente observables, estos se caracterizan por, tartamudeo, bloqueo, movimientos torpes, respuestas de huida o evitación, fumar, comer y/o beber en exceso, llanto, movimientos repetitivos con pies y manos, rascarse, hiperactividad, etc. (Miguel-Tobal, 1985).

2.4. Tratamiento usual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Uno de los objetivos principales de esta investigación, es comprobar la efectividad de una intervención que no pertenece a las guías clínicas de tratamiento, que usualmente se realizan en centros de salud o en hospitales psiquiátricos. Por lo que es pertinente exponer en este apartado, las diferentes técnicas que se implementan de manera estándar, así como la eficacia reportada y la revisión de las modalidades grupales.

En un comienzo, en las guías clínicas se establece 5 puntos principales para proveer una guía de acción frente al TAG, estos puntos son: 1) reconocimiento y diagnóstico, 2) tratamiento en atención primaria, 3) revisión y consideración de tratamientos alternativos, 4) revisión y derivación a servicios especializados de salud mental y 5) atención den los servicios especializados en salud mental (NICE, 2004).

Podríamos decir que la intervención propuesta, así como las revisadas en este apartado pertenece al punto 5.

Las dos estrategias que coexisten para el tratamiento y manejo del TAG, son el tratamiento farmacológico y los no farmacológicos, siendo las segundas, intervenciones terapéuticas a través del enfoque cognitivo conductual (TCC). (Lukasz, Vemani, Coonertu-Femiano y Kaszman, 2004)

En el primer caso, el tratamiento farmacológico dependerá de las características de la sintomatología, la gravedad y las características individuales del paciente. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) como duloxetina, escitalopram, imipramina, paroxetina, sertralina y venlafaxina, son los fármacos de primera elección. La ventaja de utilizar estos fármacos radica a que llevan un buen sustento de los síntomas del TAG, se pueden utilizar por un tiempo prolongado con bajo riesgo (Fisher, y Durham, 1999).

Otra opción para el tratamiento del TAG es, fármacos de segunda generación como; los benzodicepinas (bromazepam, alprazolam, lorazepam, diacepam),

también se usan inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (antidepresivos) como las sertralinas o el escitalopram (Lukasz, 2004).

Se debe tener en cuenta antes de empezar un tratamiento farmacológico la edad del paciente, si tiene tratamientos previos, riesgo de suicidio, tolerancia, alergias, adicción a otras sustancias, enfermedades cardiovasculares, embarazo, y el médico debe informar sobre efectos secundario, duración del tratamiento (Gorman, Hirschfeld, Nina, 2002).

La eficacia de los tratamientos farmacológicos aún no es lo suficientemente fuerte para que se la única vía de tratamiento para el TAG, ya que, en términos de eficacia, el fármaco suele tener un periodo de uso limitado a 6 meses, y presentar dificultades de aceptación al mismo, lo que conlleva al incremento de efectos secundarios como: mareos, náuseas, agitación, aumento de peso, insomnio, si bien los fármacos suelen ser utilizados como la primera puerta al tratamiento, ya que en casos agudos y en condiciones bien controladas, el efecto positivos de estos suele aparecer en las primeras 2 semanas, con efectividad del 40% de reducción de síntomas del ansioso (Dhurham, 2006; Jurado, 2008).

Llevar a cabo intervenciones psicológicas conlleva ventajas positivas ante el TAG. La intervención estándar que facilitan en hospitales y clínicas se basa en la corriente de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la cual se puede impartir en modalidades diferentes; terapias de auto ayuda, intervenciones individuales y programas grupales psicoeducativos. (Lukasz, 2004)

Los componentes de esta intervención giran en torno a la exposición gradual del problema, potencializar el desarrollo de asertividad, la resolución de problemas a través de crecimiento de confianza y la capacidad de hacer frente a la adversidad. En contraste también se reportan dificultades, los pacientes con TAG pueden carecer de motivación para participar en terapia, debido a creencias arraigadas que complejicen esa decisión, en ocasiones los estados de preocupación y de angustia son más fuertes que la motivación de tomar una terapia, lo que fomenta una sensación de ambivalencia en los pacientes, dichos comportamientos son importantes revisarlos en la terapia (Dhuram, 2006).

En cuanto al tratamiento psicológico basado en TCC se recomienda cuando existe la evidencia de la sintomatología y vulnerabilidad psicológica del paciente, entre este tipo de estrategias se encuentran las técnicas de relajación, entrenamiento en manejo de ansiedad, tratamiento cognitivo conductual de Beck, tratamiento cognitivo conductual de Brown, O'Leary y Barlow como también el tratamiento cognitivo conductual de Dugas y Laoucerur. Se recomienda que estos tratamientos sean tanto a nivel individual como grupales, con una duración de 4 meses con sesiones de dos horas, una vez a la semana (Gorman, 2002).

En estudios dedicados evaluar la efectividad de los tratamientos basados en TCC para abordar el TAG (Gorman, 2002; Lukasz, 2004; Vetere, 2008; Dhuram, 2006), se encontró que en los tratamientos en donde solo se establecía este tipo de procedimientos, se obtuvo una tasa de recuperación entre el 30-38%, en métodos establecidos para un tiempo entre 4 a 6 meses, constituyendo a la teoría que el TAG es un padecimiento difícil de tratar. En cuanto a la eficacia a largo plazo, la evidencia es limitada ya que son pocos los tratamientos mayores a 6 meses. Sin embargo, los pronósticos más favorables se dan cuando se cumplen ciertas condiciones, como atención temprana, combinación con otros diferentes tratamientos y diagnósticos oportunos que identifican comorbilidades, incrementa la tasa de recuperación entre 50-60%.

En resumen, la evidencia de los estudios que se revisaron establece que los tratamientos farmacológicos y los tratamientos TCC puede llegar reducir con mayor efectividad los síntomas del TAG a corto plazo. En la farmacoterapia no se puede asegurar que sea el tratamiento para obtener efectos positivos a largo plazo y libres de riesgos. La terapia cognitivo conductual es considerada el tratamiento de elección para el TAG, pero esta puede ser abandonada o no tener el efecto deseado si no se controlan los estados de crisis y los episodios ansiosos agudos.

Durham en 2006 establece factores que cualquier tratamiento debe tener en cuenta para el tratamiento del TAG, estos factores a considerar son: ansiedad comórbida con trastornos depresivos agudos, severidad de los síntomas, niveles

elevados de neurosis, poca adaptación social, bajo nivel socioeconómico y desempleo.

Por lo tanto, la estrategia con mejor respuesta es, cuando las terapias farmacológicas y las estrategias en TCC son llevadas a cabo al mismo tiempo, a manera de terapias coadyuvantes considerando los factores antes mencionados.

3. Investigaciones previas sobre el uso de la DMT para abordar la sintomatología ansiosa.

Los primeros indicios de investigación sobre la relación del movimiento y su efecto en la ansiedad se dieron en los principios de los 90's con un primer acercamiento en el estudio realizado por Fiasca (1993): "Una investigación sobre Aseidad y Movimiento", en este estudio el objetivo fue comprender el rol del lenguaje no verbal, que está implicado en los procesos ansiosos y como el movimiento podría funcionar como una herramienta de expresión terapéutica. La situación problemática se establece en 2 premisas, el autor se plantea la pregunta si la ansiedad es un fenómeno ¿Qué se experimenta, interpreta y expresa de manera diferente entre los bailarines que fueron entrenados para realizar movimiento, en contraste con las personas que no son bailarines? la segunda va dirigida a ¿Cómo los bailarines y los no bailarines difieren en su movimiento a la hora de expresar la ansiedad?

Este estudio de corte cualitativo, participaron un total de 20 sujetos entre 17 a 40 años de edad. La muestra total de sujetos se conformó con cinco mujeres y cinco hombres por grupo, de los cuales son 10 bailarines y las otras 10 personas ajenas a la actividad dancística, la mitad de la muestra total estaba compuesto por bailarines profesionales que tenían al menos cinco años de experiencia; la otra mitad de la muestra fue compuesta por no bailarines. Los no bailarines fueron definidos como individuos que nunca han bailado profesionalmente, ni han participado en ninguna forma de baile con constancia. Los veinte sujetos fueron entrevistados individualmente. Se pidió a cada sujeto que describiera verbalmente dos situaciones en donde experimentaron ansiedad; se solicitó a cada sujeto que demostraran físicamente la experiencia de la ansiedad en cada situación que acababa de referir verbalmente.

Los resultados y conclusiones más importantes de este estudio fueron, que los bailarines profesionales al ser sometidos a un entrenamiento sobre una técnica de movimiento, canalizaron mejor la ansiedad en áreas específicas del cuerpo, cuando estos se someten a eventos estresantes como en una presentación, pueden

poner atención en áreas que suelen canalizar la ansiedad (Manos, cabeza, abdomen y pelvis). Por otra parte, los no bailarines presentan mayor dificultad para expresar su ansiedad y para realizar movimientos en sus articulaciones corporales, se plantea la hipótesis de que, al no tener ningún acercamiento entre la interacción del cuerpo, movimiento y la mente, esta condición obstaculiza y entorpece la ejecución motora, la percepción de los no bailarines muestra que existe la dificultad para poder canalizar sus emociones en su cuerpo.

Este trabajo se relaciona con la investigación en curso, ya que establece la base teórica de la interacción entre el movimiento del cuerpo y la mente, además el movimiento puede ser una vía por la cual se puede establecer la expresión de emociones y la regulación de las mismas.

En un segundo trabajo desarrollado por Erwin-Grabner, W. Goodil, Schelly Hill & Von Neida (1999), titulado “Eficacia de la Danza/Movimiento y Terapia en la reducción de ansiedad”, se establece como objetivo del estudio, determinar si la DMT es un tratamiento efectivo para reducir los síntomas de ansiedad medidos por un test. Se diseñó un estudio piloto, con un grupo tratamiento y uno control, con mediciones cuantitativas para buscar diferencias entre los resultados del pre-test post-test, el instrumento que se utilizó fue; la prueba de inventario de ansiedad (TAI, por sus siglas en inglés) desarrollado por Spielberger, en 1980. Los participantes de este estudio fueron 22 estudiantes voluntarios entre 19 a 44 años de edad, distribuidos por género; 14 mujeres y 8 hombres, de una Universidad Urbana en Estados Unidos, los participantes fueron asignados al grupo de tratamiento y al grupo control de manera aleatoria, por medio de tómbola.

Se diseñó un programa de intervención basado en DMT, compuesto de 5 sesiones una vez por semana, con una duración de 35 minutos.

Los resultados más importantes fueron los cambios significativos en el puntaje del grupo experimental, en la escala global (TAI-T) paso de 50.1 a 36.6 con una $p = .030$, para la sub preocupación (TAI-W) paso de 16.7 a 12.4 con una $p = 0.14$ y para la sub escala emoción (TAI-E) se obtuvo un puntaje de 21.5 en el pre-test y se redujo a 15.5 en la medición post-test con una $p = 0.080$. En el grupo control no

se encontraron cambios estadísticamente significativos, tanto en la escala global como en las subescalas.

Los supuestos que se manejan en este estudio radican que la DMT es una técnica con un alcance terapéutico, la cual al atender el cuerpo y la mente simultáneamente, tiene un efecto positivo en la cognición y la conducta de los individuos. Otra evidencia importante sucede cuando los participantes al pasar de las sesiones de la 1 a la 5, progresivamente se sentían mejor y tenían un mayor control de su experiencia corporal ante la ansiedad, como también, se encontró que el grupo se sentía cohesionado, ya que el bailar parecía ser un medio adecuado para la interacción y la comunicación entre ellos. Si bien este estudio es fundamental para la investigación, establece una base metodológica, como un estudio piloto, aunque, los mismos investigadores establecen que el número de sesiones fue muy limitado, además, al solo evaluar la ansiedad, quedaron dudas que no se resolvieron debido a que no cuantificaron en el estudio, el efecto de la intervención en las conductas motoras y fisiológicas, y como estas variables se relaciona con las ansiedad y la DMT, ya que solo fueron observadas de manera subjetiva, por los participantes. La muestra objetivo de este estudio fueron, estudiantes de una Universidad Urbana, que cursaban el periodo de exámenes, esto con el fin de simular un periodo en el cual se sentían estresados.

Como un tercer estudio se encuentra el desarrollado por la doctora Dibbel-Hope (2000) titulado “El uso de la Danza/Movimiento Terapia como una adaptación psicológica al cáncer de mama”. El objetivo del estudio se basó en el indicio de si la DMT puede ser un tratamiento efectivo en mujeres con cáncer de mama para aumentar su nivel de adaptación a la enfermedad, su tratamiento y si esta condición se sostiene al pasar el tiempo.

En este estudio Dibbel-Hope, establece el supuesto, en el cual, siendo una paciente con cáncer de mama, se experimenta diferentes malestares de los cuales hablaremos más adelante y que con el tiempo puede llegar a transformarse en síntomas clínicos importantes que afecten la salud mental de las personas, al mismo tiempo los tratamientos estandarizados como los quirúrgico y los de tipo radiológico,

aumentan el malestar en los pacientes. El malestar está descrito en tres principales directrices: 1) la muerte y la discapacidad, 2) la desfiguración corporal y 3) el cambio en las interacciones de las relaciones interpersonales (pareja, amigos, familia etc.). La respuesta conductual a lo antes mencionado se manifiesta en las personas en estadios medios y agudos de ansiedad y depresión, como también una visión poco favorable sobre la imagen corporal. Dibbel-Hope define al cáncer como un trauma multinivel (física, psicológica, cognitiva y espiritual), que afecta principalmente a las mujeres, con altas secuelas post-tratamiento, de manera paralela, se postula en este estudio el alcance que puede llegar a tener la DMT, ya que se considera como una terapia que trabaja la conciencia del cuerpo, expresión emocional, facilitando la aceptación e Integración física y cognitiva.

La metodología establecida en este estudio se caracterizó, por una n=33 mujeres con cáncer divididas en etapas I y II, provenientes de una región del sur y del norte de Estados Unidos, con algún tipo de tratamiento completado entre los 6 a 60 meses, sin re-diagnóstico del cáncer de mama antes de empezar el tratamiento por DMT, sin historial de hospitalización psiquiátrica previa. Se estructuró un programa de DMT, de 6 semanas, con una frecuencia de una vez por semana, con una duración de 3 horas por sesión. Se realizaron entrevistas previas y finales, como la aplicación de 3 instrumentos de medición: Perfil de estados de ánimo (POMS), inventario de síntomas (SCL-90R) y la escala de imagen-cuerpo Borscheid, Walster, Bohrnstedt (BWB). Los datos fueron analizados a través de la prueba de análisis de variancia ANOVA. Finalmente se realizaron entrevistas vía telefónicas 6 semanas después del tratamiento para la información de seguimiento.

Entre los resultados más destacados en el grupo intervenido, se encuentra una mejora general mínima en el estado de ánimo (POMS) Angustia (SCL-90R) y en la imagen corporal (BWB) después del tratamiento, en cuanto al grupo control, no se encontraron diferencias significativas. Caso contrario cuando se compararon los grupos intervenidos contra los grupos controles, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas corporales como el vigor, disminución de fatiga, somatización, disminución de angustia y aumento en la aceptación corporal, principalmente. En cuanto a las entrevistas de seguimiento

después de las 6 semanas del tratamiento, se notó un cambio de actitud positiva de los participantes, se mantuvo un estado de ánimo positivo, alegre y esperanzador.

Este estudio apoya a la actual investigación, aportando un modelo metodológico más concreto, estableciendo la caracterización de grupos, la dirección de análisis estadísticos y el sustento en la teoría de que la DMT puede ser útil como un tratamiento integral, aunque, no se equipara el padecer cáncer de mama que tener solo TAG, pero, comparten las dinámicas de respuestas conductuales, que si bien son complejas también se comportan de manera multidimensional, es decir, tanto el cáncer como TAG, tienen un efecto negativo en el cuerpo, mente y vida de las personas, que de manera interaccionista afectan varias áreas de su vida. Finalmente, los autores proponen futuras investigaciones de ensayos clínicos más formales, en donde se comparen con otras intervenciones y se agreguen placebos.

3.1. La DMT como terapia multidimensional.

A continuación, se realizará una revisión de los efectos de la DMT, en las dimensiones; psicológicas, cognitivas y corporales. Al igual que se dividió en bloques temáticos, los efectos del TAG. La intención de esta búsqueda fue establecer como punto de referencia, el potencial de la DMT como una terapia multidimensional.

La búsqueda bibliografía se estructuro en bloques temáticos, en donde se hayan utilizado técnicas de DMT, se descartaron quitar estudios de bailes tipo artísticos en los cuales estuvieran implicados artistas profesionales de danza como población objetivo.

DMT y su relación con los efectos psicológicos: Se encontró un número reducido de estudios (Cuadro 1), se utilizó como palabra clave: "Dance movement and therapy, psychological Effects", el buscador seleccionado para las tres dimensiones que se proponen, fue a través del portal web de la US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Cuadro 1: Resumen de estudio enfocados a efectos psicológicos.

Autor(Año)	Titulo	Diseño de estudio	Otros tratamientos	Población objetivo
Brooks. D, et al. (1989)	The effects of dance/movement therapy on affect: A pilot study	Experimental con grupos controles	si	clínico
Hanna. J, et al. (1992)	Dancing for health. Conquering and preventing stress.	Experimental con grupos controles	si	clínico
Rainbow, T. et al. (2005)	Effects of DMT on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong.	Experimental con grupos controles	si	clínico
Salas-Calderón, et al. (2007)	Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. Actualidades en psicología	Experimental con grupos controles	si	clínico
Tillotson. K, et al. (2007)	An examination of dance/movement therapists' approaches to the treatment of substance abuse/alcoholic population: an interview study.	Experimental con grupos controles	si	clínico

Dentro de los estudios designados para esta dimensión, se utilizó la intervención basada en TCC como punto de comparación. En resumen, los resultados más destacados en DMT son:

Al ejecutar movimientos dancísticos podemos comunicarnos, tenemos la capacidad de revelar emociones y pensamientos directamente e instintivamente de forma no verbal. Esto se conceptualiza como “lenguaje corporal”, caracterizándose

por la espontaneidad y libre de la interferencia intelectual, mandando así un mensaje puro y significativo desde la psique humana (Salas-Calderón, 2007; Hanna, 1992).

El lenguaje corporal producto de la danza se convierte en un puente físico y simbólico del pensamiento y de las emociones, siendo así un medio eficaz en el que se revelan las necesidades y deseos (Rainbow, et al., 2005).

El movimiento crea un terreno en el cual la expresión, la observación y el análisis del ser humano permiten aclarar las necesidades, motivaciones y metas con mayor conciencia (Brooks, et al. 1989).

La DMT mostro mejoría en la capacidad del paciente al interesarse en una actividad lúdica, ya que no suelen establecer con facilidad la iniciativa de realizar alguna actividad, como también ayudó a que identificaran las sensaciones en el cuerpo, facilitando la expresión de las emociones, esto muestra el desarrollo de la capacidad de autoconocimiento (Tillotson, 2007).

DMT y su relación con los efectos neurológicos y cognitivos: En este caso fue en donde se encontró un mayor número de estudios (Cuadro 2), pero, estos en su mayoría fueron estudios de diseño descriptivo, se utilizó como palabra clave: "Dance movement and therapy, Neurological and cognitive Effects".

Cuadro 2: Resumen de estudio enfocados a efectos neurológicos y cognitivos				
Autor(Año)	Título	Diseño de estudio	Otros tratamientos	Población objetivo
Berrol CF. (1992)	The neurophysiologic basis of the mind-body connection in dance/movement therapy	Descriptivo	no	No clínico
Bojner Horwitz. E, et al. (2003)	Dance/movement therapy and changes in stress-related hormones: A study of fibromyalgia patients with video-interpretation	Experimental con grupos controles	si	clínico
Brown, S. (2006)	The Neural basis of human dance	Revisión bibliográfica	no	sin población

Continuación de Cuadro 2: Resumen de estudio enfocados a efectos neurológicos y cognitivos				
Autor(Año)	Título	Diseño de estudio	Otros tratamientos	Población objetivo
Bläsing B, et al. (2010)	The Neurocognition of Dance: Mind, movement and motor skills	Descriptivo	no	No clínico
Bläsing B, et al. (2012)	Neurocognitive control in dance perception and performance	Descriptivo	no	No clínico
Cameron IG, et al. (2013)	Changes to saccade behaviors in Parkinson's disease following dancing and observation of dancing	Experimental con grupos controles	si	clínico

Los resultados observados más importantes fueron: La capacidad de bailar proviene de una continua comunicación y coordinación del sistema nervioso central, orquestando así movimientos especializados como el balance del cuerpo en su propio eje, la intención de ejecutar movimientos en el espacio a cierto ritmo, calcular fuerza muscular y su contracción requerida para el desplazamiento, estas evidencias requieren poner principal atención en el sistema sensoriomotor del cerebro (Brown, 2006).

Se encontró estimulación en la región de la corteza parietal posterior involucrada en el cálculo del espacio y al estar junto al lóbulo occipital traslada comunicación de información visual en comandos motores, mandando señales

motoras y de planeación a las áreas de la corteza premotora, estas instrucciones se proyectan en la corteza motora primaria y en el área motora suplementaria (Cameron, et al., 2013).

El área motora suplementaria también es estimulada desde las partes frontales del cerebro, el lóbulo temporal manda una señal al lóbulo frontal. Estas dos estimulaciones del área motora suplementaria finalizan en la generación de impulsos neuronales que van hacia la médula espinal, los músculos reciben estos impulsos y crean el movimiento (Brown, 2006; Cameron, et al., 2013).

Otro elemento importante además del movimiento es la música que será ejecutada, ya sea grabada de modo digital o con instrumentos en vivo, el cerebro se sincroniza a esta música y prepara al cuerpo para responder al ritmo, activando las áreas correspondientes al sistema límbico; la amígdala, el giro cíngulo y la corteza motora. A nivel medial se activan las estructuras primarias del hemisferio derecho; la circunvolución frontal inferior, la ínsula anterior y superior, el cuerpo estriado ventral y la circunvolución de Heschl (Bläsing, 2010, 2012).

Los efectos del bailar y escuchar musical para el mismo fin ayudan activar varias áreas cerebrales implicadas en tareas motoras, activa la ejecución motora gruesa. Por otro lado, genera la evocación de pensamientos de manera que, pueden surgir espacios para trabajar con la recodificación de las emociones, las cuales, al ser estimuladas, promueven la concentración de los recursos de atención corporal, la memoria corporal es estimulada, el procesamiento de la información cognitiva mejora al tener plena conciencia del cuerpo (Berrol, et al., 1992; Bojner, et al. 2003). También se observó el impacto de la DMT en la regulación de neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina, al pasar en un principio de un estado de relajación, a un estado vigorizante dentro del desarrollo del movimiento, para finalmente regresar a un estado de relajación, en el cierre del movimiento, (Bojner, 2003)

DMT y su relación con los efectos fisio-motores: para este último apartado, se encontró un menor número de estudios (Cuadro 3), al parecer es el área en que menos se han realizado investigación, fue difícil encontrar estudios que pusieran énfasis en los eventos fisiológicos o motores, se utilizó como palabra clave: “Dance movement and therapy, Physiological and Motor Effects”.

Cuadro 3: Resumen de estudio enfocados a efectos fisio-motores				
Autor(Año)	Título	Diseño de estudio	Otros tratamientos	Población objetivo
Siegel, E. V. (1995)	Psychoanalytic Dance Therapy: The bridge between psyche and soma	Estudio teórico	no	Sin población
Keogh, W.L (2009)	Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review	Estudio teórico	no	sin población
Janyacharoen, T (2013)	Physical performance in recently aged adults after 6 weeks traditional Thai dance: a randomized controlled trial	Experimental sin grupo control	no	No clínico
Merom, D. et al. (2013)	Can social dancing prevent falls in older adults? A protocol of the Dance, Aging, Cognition, and Economics (DAnCE) fall prevention randomized controlled trial	Ensayo clínico aleatorizado	no	No clínico

Diversos estudios reportan que la DMT es una técnica que beneficia la actividad física, ya que genera un ambiente de entrenamiento en el cual cada persona avanza al ritmo de sus capacidades, prevé beneficios en el control motor, equilibrio, reduce riesgos de caídas, aumenta la flexibilidad, la capacidad aeróbica, fortalece los músculos e incrementa la habilidad de coordinación y control de la respiración. Si bien cuando se baila, el cuerpo requiere asumir posturas naturales, para ejercer la acción de movimiento, lo cual ayudará a crear un centro de gravedad con mayor soporte (Keogh, 2009; Janyacharone, 2013; Merom, 2013; Judge, 2003).

La danza puede aumentar la flexibilidad del tronco, se ha demostrado que la rigidez de esta área se asocia con la rigidez arterial y puede aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular y enfermedades coronarias (Janyacharone, 2013).

El bailar puede ser menos amenazante para las personas sobre otras formas de ejercicio, ya que previene lesiones, distensiones musculares y fisuras de huesos durante su ejecución, muchas personas han tenido experiencias positivas de la danza cuando eran más jóvenes, experimentado control de sus movimientos, conciencia sus capacidades y limitaciones para ejercer los movimientos (Merom, 2013). propone

Lo que se puede concluir de la revisión bibliográfica, es que, el uso terapéutico de la DMT puede establecer beneficios psicológicos relacionados con bienestar de la salud. Se plantea que la DMT es una intervención eficaz en diferentes contextos clínicos, con beneficios en aumento de la calidad de vida, sensación de bienestar, mejora el estado de ánimo y el afecto, como la reestructura pensamiento y la conciencia de la imagen corporal. Anqué se requiere ampliar el conocimiento del modelo DMT en el ámbito clínico, la evidencia que se ha revisado para la construcción teórica de este estudio, sugiere que la DMT, puede fungir con un buen rendimiento terapéutico, bajando la remisión de síntomas en las tres áreas propuestas, esto nos lleva a pensar que puede reducir la sintomatología ansiosa, aunque, es importante considerar la combinación con los tratamientos farmacológicos porque solo se encontró un estudio que consideraba esta combinación de variables, en cuanto las intervenciones con la corriente psicológica

TCC, se observó que puede funcionar como un complemento, mejorando la probabilidad de reducir síntomas patológicos.

4. Proyecto de investigación.

4.1. Planteamiento del problema.

El TAG es una enfermedad mental que aqueja a gran parte de la población a nivel mundial, ocasionando malestares y alteraciones cognitivas a nivel sistémico del individuo, lo que provoca una discapacidad en la persona a realizar sus actividades cotidianas, es común, las frecuentes recaídas, abandono o poca adherencia a los tratamientos individualizados, otro obstáculo importante en los tratamientos, son los tiempos largos de adaptación a los fármacos que puede llegar prolongar de 3 a los 7 años (Etchebarne I, Santiago, Balbin, 2012), debido a estas dificultades se requiere nuevas estrategias que respondan a la necesidad de atención y demanda.

Por otra parte, se requiere ampliar el conocimiento para responder, si las intervenciones basadas en DMT son efectivas y posibles de realizar en ambientes clínicos, la evidencia de otras investigaciones muestra que, en trastornos limítrofes y depresivos la DMT, funcionan como coadyuvante de otras intervenciones como las farmacológicas y psicoterapias de corte cognitivo conductual (Bräuninger, 2014).

4.2. Justificación.

La presente investigación pretende responder y aportar información a la comunidad clínica enfocada a la salud mental, esta información se basa en la premisa, de que la DMT puede ser una herramienta terapéutica eficaz para la reducción de la sintomatología del TAG. La literatura que se revisó en este escrito, muestra que pueden existir beneficios al establecer grupos terapéuticos DMT. A manera de resumen se prevé que ayuda a: 1) Reducir los niveles de estrés y ansiedad, 2) Proveer estimulación, cerebral y cognitiva y 3) Fortalecer el cuerpo, mejorar el manejo del control motor y de la regularización de la respiración.

4.3. Objetivo.

El Objetivo general de este estudio piloto aleatorizado es. Evaluar la efectividad de una intervención de Danza Movimiento y Terapia, como complemento

al tratamiento psiquiátrico, en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada tratados en un instituto de salud mental.

Objetivos específicos:

-) Seleccionar dinámicas basadas en DMT para adaptar un programa de intervención para pacientes con TAG.
-) Evaluar el impacto de la intervención en función de las variables multidimensionales de la sintomatología del TAG (Psicológica, Cognitiva y Corporal) a través de instrumentos de medición enfocados a la evaluación del TAG adecuados a la teoría multidimensional, antes y después de la intervención.

4.4. Pregunta de investigación.

La pregunta de investigación que nos interesa responder en este estudio es: ¿Es efectivo un modelo de intervención basado en Danza Movimiento y Terapia, como complementario al tratamiento farmacológico y psiquiátrico, en un formato grupal, para reducir la sintomatología ansiosa multidimensional (Psicológica, Cognitiva y Corporal) en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, que son tratados en un instituto de salud mental?

4.5. Hipótesis.

Hipótesis: La intervención de Danza Movimiento y Terapia, será efectiva, para reducir la sintomatología ansiosa, en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, como complemento al tratamiento psiquiátrico, en un instituto de salud mental.

5. Metodología.

Se realizó un estudio piloto exploratorio, con un diseño pre-experimental pretest-posttest, sólo con grupo experimental. Se siguen los lineamientos del CONSORT (2010), para estudios pilotos aleatorizados.

5.1. Población.

Características de la población:

Se estableció una muestra no probabilística de tipo intencional. 15 participantes, Hombres y Mujeres mayores de edad entre 20 a 60 años, diagnosticados con TAG, este diagnóstico fue previamente realizado por los psiquiatras del departamento de consulta externa de un instituto de salud mental.

Tamaño de la muestra:

Se considera este tamaño de muestra por aproximación a los estudios históricos previos en Ginsburgs, H, & Goodill, W, (2009), Dibbell-Hope (2000), Bräuninger, I, (2014). Según los lineamientos del CONSORT (2010), se tomará el 10% de la muestra de los estudios previos revisados de acuerdo a los lineamientos para estudios pilotos aleatorizados y de factibilidad escritos por Thabane, L., et al. (2010).

Criterios de inclusión:

Pacientes provenientes del departamento de psicología, diagnosticados con TAG, que no presenten comorbilidad de otro trastorno mental, y que estén en tratamiento farmacológico.

Criterios de exclusión:

El trastorno de ansiedad sea provocado por el consumo de sustancias o enfermedades metabólicas. Que presenten una discapacidad motora, auditiva o visual. Que las pacientes presenten embarazo en curso.

5.2. Instrumentos

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) J.J. de Muguel Tobal y A.R. cano Vindel (1986).

Este instrumento aborda a la ansiedad a través de la visión multidimensional, la ansiedad es una respuesta emocional compleja, fruto de la interacción entre factores individuales y situaciones específicas (Endler, 1992), que tiene su expresión a través de un patrón variable de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras (Lang, 1968), de esta manera Muguel y colaboradores (1985) definen conceptualmente la variable ansiedad.

La definición operacional se basa en un inventario en formato Situación-Respuesta, destinado a evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas cognitivas (pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc.), fisiológicas (activaciones del sistema nervioso central y periférico) y motoras (varios índices de agitación motora) de ansiedad ante distintas situaciones (de evaluación, interpersonales, fóbicas y de la vida cotidiana).

Las propiedades psicométricas con la que el instrumento cuenta son, validez y confiabilidad aceptable, probadas en tres adaptaciones, así como a su capacidad de discriminación, tanto entre grupos con diversos trastornos de ansiedad, como entre ansiedad y depresión.

Finalmente, la escala está adaptada para la población mexicana por González-Ramírez, M.T., Quezada-Berumen, L.C., Díaz-Rodríguez, C.L. y Cano-Vindel, A. desde el 2014, el estudio muestra que los resultados confirman la estructura factorial del ISRA-B, una excelente consistencia interna total (Alfa=.90), buenos valores de consistencia interna para cada una de sus subescalas total (Alfa=.93)

Inventario de ansiedad: Rasgos-Estado (IDARE) Spielberger, Charles D. (1975).

La ansiedad-estado, es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por aumento de

la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. En cuanto la ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

La definición operacional está compuesta por: 1) Para la escala ansiedad-rasgo a través de la evaluación de 20 afirmaciones que describen como se sienten generalmente, 2) para la escala ansiedad-estado también consiste en 20 afirmaciones, pero se evalúa cómo se siente el paciente en un momento dado.

Las propiedades psicométricas de este instrumento constan de confiabilidad en la escala ansiedad-rasgo con un Alfa=.86, y escala ansiedad estado un Alfa=.92, muestran ser un instrumento sensible a los cambios por medio de terapias o intervenciones, útil en la investigación educativa y clínica.

Actualmente el inventario está validado en México y es utilizado en diferentes investigaciones como la de Arias-Galicia (1990) y Sánchez-Román (2006), las cuales reportan la utilidad de la escala para evaluar clínicamente, la presencia de diferentes niveles de ansiedad y los cambios que ésta tiene frente a programas de intervención cognitivo conductual, por otra parte en el ámbito internacional, las investigaciones de White(2002) y Ward(2002), muestran que la prueba es útil para evaluar cambios de estado del ánimo ansioso en pacientes adultos en ambientes hospitalarios con enfermedades crónicas.

Escala de satisfacción con el tratamiento Recibido (CRES-4).

La escala CRES-4 fue elaborada por la asociación estadounidense Consumer Reports en (1995), consta de 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de resolución del problema principal, una pregunta acerca del estado emocional antes de empezar el tratamiento y, por último, una pregunta del estado emocional en el momento de responder. A partir de estas 4 preguntas se puede extraer tres componentes que corresponden a la percepción del cambio del estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas. La

escala fue adaptada al español por Nielsen et al. (2004) a continuación se presenta la corrección de la prueba.

El factor satisfacción y solución de problema, se basa en la primera pregunta y la respuesta puede variar entre 0 a 5. Se multiplica el valor de la respuesta por la constante 20 para poder obtener puntuaciones de 0 a 100. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el grado de satisfacción y mayor percepción de que se ha resuelto el problema por el que se ha consultado. Para la percepción del cambio emocional, se requiere hacer una resta entre la puntuación de la respuesta obtenida en la pregunta del estado emocional pre-tratamiento y la puntuación post-tratamiento. Para evitar puntuaciones negativas, se suma 4 puntos al resultado de esta resta, y se multiplica por 12.5, así se obtiene una puntuación final entre 0 a 100, siendo el 50 un indicador de empeoramiento.

Para la puntuación final se requiere hacer una suma entre los 3 factores anteriores dando una puntuación total entre 0 a 300 puntos, posteriormente se realiza una categorización a través de los siguientes rangos; 0-60 nulo, 61-120 muy pobre, 121-180 regular, 181-240 tranquilo y 241-300 bastante bien.

5.3. Características generales de la intervención.

El programa está constituido por un manual de intervención: tiempos, objetivos de cada sesión, materiales, dinámicas y 5 actividades complementarias. Con un total de 8 sesiones, programadas 1 vez por semana, con una duración de 2 horas.

Para reconocer el impacto del programa de Danza Movimiento Terapia se definieron cinco fases de intervención que permitieron guiar el proceso de investigación y se describen a continuación:

Fase 1: Encuentro. - Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional, la participación e inclusión con el resto de los participantes. Esta etapa también incluye la formación inicial de un círculo (círculo comunal), momento

en que se establecen los primeros movimientos formales de la sesión (verbales y corporales).

Esta etapa engloba como puntos clave para la observación todo lo referido a: el saludo, la inclusión en el círculo comunal y la participación grupal.

Fase 2: De calentamiento. - Se trabajan aspectos de reconocimiento corporal a partir del movimiento y el contacto, como una preparación para el ejercicio, a través de la observación del movimiento propio, atendiendo la posibilidad de moverse con uno mismo o con los otros. En todos los encuentros se realiza un calentamiento. El objetivo es preparar al cuerpo para la experiencia de exploración de movimiento. Esto consiste en observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; estirar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes. Este momento permite evaluar la disposición física, emocional y las tendencias al movimiento.

Fase 3: El desarrollo. - Después de la fase de calentamiento en la que se contacta directamente con el propio cuerpo, se continúa con las propuestas indicadas por el terapeuta. Variarán en función de los objetivos establecidos y el propio estado del grupo. Durante esta parte de la sesión puede darse únicamente un trabajo en el propio espacio (individual, sin interacción con otros, construyendo y manteniendo su propia kinesfera) o compartir espacios (comunicación con los otros).

Es la parte central de la intervención, se ejecutarán los ritmos musicales como parte del objetivo de la sesión a trabajar, usando las diferentes técnicas planteadas en el manual de intervención.

Fase 4: Relajación. - Es un espacio en donde se disminuye el ritmo de la sesión y se manejan técnicas de relajación y respiración. El propósito es centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.

Fase 5: Cierre. - Es el periodo para explorar y procesar la expresión verbal, guiando las emociones, sensaciones e ideas generadas durante la sesión, lo cual da cuenta de un proceso individual y grupal para cerrar la experiencia. En esta etapa las valoraciones se centran en todo lo referido al uso del espacio, a las interacciones interpersonales y a la permanencia en el espacio terapéutico; incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica. Se procede al cierre mediante una rueda de intervención y feedback (corporal y/o verbal). En esta etapa es importante la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.

5.4. Procedimientos.

El investigador principal, invitó a los participantes que cumplieran con los criterios de selección para esta investigación, a través del folleto informativo (Anexo 7) y el cartel de invitación (Anexo 6), los interesados fueron canalizados con el investigador principal quien les realizó una entrevista, se leyó el consentimiento informado y se aclararon todas sus dudas. Si el interesado estaba de acuerdo y aceptaba participar, se le pidió que firmara la carta de consentimiento informado y dándole las instrucciones para su participación. Posteriormente se realizó una primera entrevista para aplicar los instrumentos de medición (IDARE-Rasgo y test ISRA).

Después de reclutar la muestra, se impartir las sesiones de intervención y estuvieron supervisadas por un psicólogo del instituto.

Al inicio y término de cada sesión se aplicó a los participantes la escala IDARE-Estado. Tras haber terminado el programa que consta de las 8 sesiones, se programó una entrevista final para la aplicación de instrumentos (IDARE-Rasgo y test ISRA). Se le indicó que era importante que, durante el periodo entre la entrevista inicial y final, continuaran con su tratamiento farmacológico prescrito en el instituto.

5.5. Análisis estadístico.

Se realizaron estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos de la muestra.

Después se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (Variables relacionadas), para evaluar las diferencias que existan antes y después de la intervención.

El tamaño del efecto (d de Cohen,1988) se calculó con las puntuaciones (medias y desviaciones estándares) pre y post-tratamiento obtenidos del IDARE y el ISRA se determinó con siguiente formula; $d = (M_1 - M_2) / S_{ponderada}$. Siendo M1 y M2 las medidas del grupo experimental antes y después de tratamiento, S-ponderada se obtuvo con fórmula: $S_{ponderada} = \sqrt{[(n_1 - 1) S^2 + (n_2 - 1) S^2] / (n_1 + n_2 - 2)}$. El autor (Cohen, 1988) propone las siguientes puntuaciones para categorizar; el tamaño del efecto bajo, que corresponde a puntuaciones inferiores de 0.20, 0.50 son medios y arriba de 0.80 son altos.

El porcentaje de cambio se realizó por medio de la fórmula: $(M_{post} - M_{pre}) / M_{pre}$ en donde M-post y M-pre son respectivamente las medias obtenidas después de la intervención y antes de la intervención.

Se consideraron para el análisis de resultados los participantes que completaron el 80% del programa de intervención.

5.6. Consideraciones éticas.

Estas consideraciones se apegan al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

El estudio se consideró, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, con Riesgo Mayor que el Mínimo [art. 17, frac. III], lo cual tiene implicaciones específicas sobre la proporción de los riesgos a los que serán sometidos los participantes -en este caso "sanos"- y los beneficios que éstos obtendrán de su participación.

El protocolo se evaluó por el Comité de Ética de El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y se siguieron las recomendaciones que éste dictaminó, es un comité totalmente independiente a la investigación propuesta,

como lo dicta la Pauta 2, de las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucra Seres Humanos (Pautas CIOMS 2002).

El presente estudio es una investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título II, Capítulo I, artículo 17) debido a que se aplicará una intervención no farmacológica, se informó a los participantes el riesgo mínimo que existía en la aplicación del instrumento de medición psicológica, y el manejo profesional de los datos obtenidos en esta investigación.

La participación en esta investigación fue totalmente voluntaria, como lo dicta la Pauta 5, de las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucre Seres Humanos (Pautas CIOMS 2002).

Antes de iniciar la investigación, el investigador solicitó la firma de un consentimiento informado a los posibles participantes, como lo dicta la Pauta 5, de las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucre a Seres Humanos (Pautas CIOMS 2002).

En el caso de los cuestionarios se asignó un folio a cada participante con el fin de garantizar la confidencialidad de la información y se guardaron bajo resguardo y protección del investigador principal en un archivo seguro, como lo dicta la Pauta 8, de las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucre a Seres Humanos (Pautas CIOMS 2002).

Se cuidó en todo momento la confidencialidad de la información y anonimato de los participantes, como lo dictamina la declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, revisado en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2008, y la Pauta 5, de las Guías Éticas Internacionales para Investigación Biomédica que involucre a Seres Humanos (Pautas CIOMS 2002).

Los posibles participantes podían declinar su participación en cualquier momento que lo deseen o decidir no participar sin recibir ningún tipo de sanción, esto está determinado en la declaración de Helsinki de la AMM principios éticos

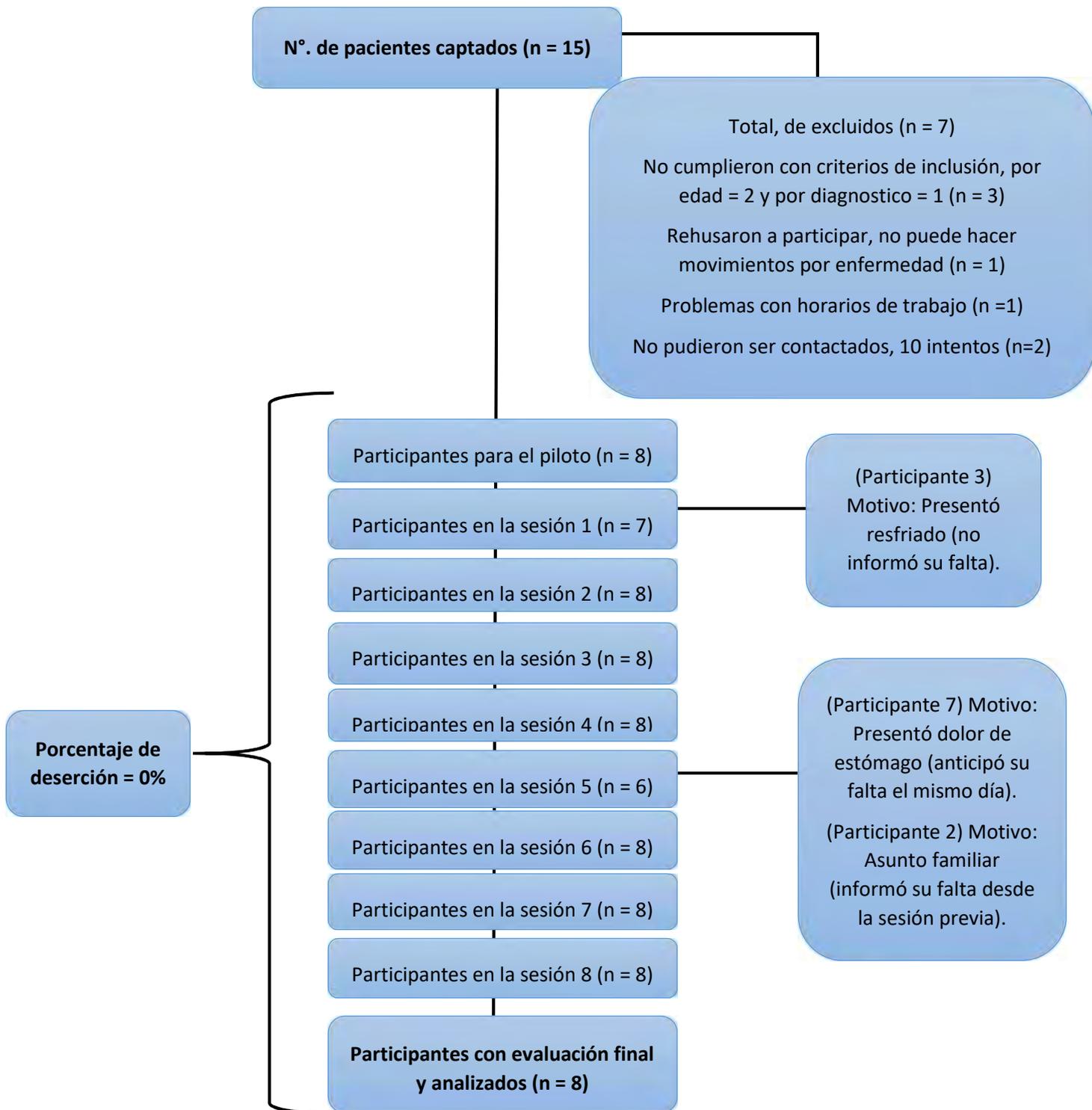
para las investigaciones médicas en seres humanos, revisado en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2008.

6. Resultados.

Durante la recolección de datos piloto llegaron 15 participante por medio de la difusión que se realizó (anexo1 cartel) para la colaboración en este estudio. De los cuales, 3 no cumplieron con los criterios de selección por edad como por diagnóstico, 1 presentaba dificultades de movimiento importantes, uno tuvo problemas con de horarios de trabajo y finalmente otro no pudo ser contactado después de la entrevista inicial. Durante el tiempo de recolección se incluyó a 8 participantes que aceptaron y firmaron el consentimiento informado. Los 8 participantes terminaron el programa que perduró 8 sesiones (Ver Figura 1, para más detalles).

Figura 1

Diagrama de flujo del progreso de los individuos a través de todo el estudio.



6.1. Características sociodemográficas de la muestra.

Diagnóstico: Fueron realizados por psiquiatras de la Institución de salud mental en el cual se realizó el estudio, de los cuales 5 participantes que representan el 62.5% de la muestra presentan TAG con depresión, siendo el TAG eje central patológico, según reporte por los mismos participantes y por sus registros de seguimiento. Los 3 restantes que representan el 37.5% de la muestra, solo se reportó TAG como diagnóstico (Cuadro 1).

Edad: La edad promedio de los individuos fue de 45.87 (± 12.43) años, de los cuales la edad máxima fue 60 años y la mínima de 20, lo cual no presentó ningún problema para los participantes adaptándose a la dinámica e intensidad del programa (Cuadro 1).

Tratamiento farmacológico: Los resultados permiten apreciar que todos los participantes estaban siendo tratados farmacológicamente, antes y durante el programa de intervención. El tiempo que tenían con este tipo de tratamiento en promedio es alrededor de 78.37 (± 115.03) meses, con un mínimo de tiempo de tratamiento 42 meses hasta 360 meses (Cuadro 4).

Tratamiento psicológico: De igual manera que en el tratamiento farmacológico, todos los participantes reportan que asistieron al menos una vez a tratamiento psicológico previo al programa, ya sea grupal o individual, en contraste con el tratamiento farmacológico, es menor el tiempo de tratamiento, con un promedio de 12.87 (± 12.31) meses, con un mínimo de 2 meses hasta un máximo de 36 meses (Cuadro 4).

Cuadro 4

Variables Sociodemográficas de los participantes (N=8)

Variables	f(%)		
Diagnóstico			
Ansiedad generalizada	3(37.5%)		
Ansiedad generalizada/Depresión	5(62.5%)		
Sexo			
Mujeres	6(75%)		
Hombres	2(25%)		
Estado Civil			
Solter@	3(37.5%)		
Casad@	2(25%)		
Diovorciad@	3(37.5)		
Ocupación			
Desemplad@	1(12.5%)		
Emplead@	4(50%)		
Ama de casa	2(25%)		
Jubilad@	1(12%)		
NIES			
Bajo	4(50%)		
Medio	4(50%)		
Tratamiento farmacológico			
Si	8(100%)		
Tratamiento psicológico previo al programa			
Si	8(100%)		
	Media±DE	Mediana(Min-Max)	
Edad (años)	45.87±12.43	45.5(20-60)	
Escolaridad (años)	17±2.82	17(13-21)	
Tiempo de tratamiento farmacológico (meses)	78.37±115.03	42(15-360)	
Tiempo de tratamiento psicológico previo al programa (meses)	12.87±12.31	8.5(2-36)	

Nota: f: Frecuencia. DE: Desviación estándar. Min: Valor mínimo. Max: Valor máximo. NIES: Nivel socioeconómico percibido por los participantes.

6.2. Análisis de la sintomatología psicológica de la ansiedad (IDARE).

Los resultados arrojaron una disminución de las puntuaciones de las variables de ansiedad rasgo y estado. Para rasgo se encontró una media de 55 (± 9.02) con una mediana de 58 antes del tratamiento, posterior, se encontró una media de 43.25 (± 7.06) con una mediana de 41 después del tratamiento, lo que resultó una diferencia de $p=0.035$. Para la variable estado, resultó de manera similar, se observan puntuaciones de 45.5 (± 2.56) con una mediana de 45.5 para el pre-tratamiento, en contraste del 35.75 (± 2.31) con una mediana de 37, siendo significativa la diferencia con un $p=0.011$ (Cuadro 5).

Cuadro 5

Análisis de las variables de ansiedad rasgo y estado antes y después del tratamiento por medio de la prueba de suma de rangos con signo de Wilcoxon, a través de la puntuación normalizada para población clínica.

Ansiedad	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		p
	Media \pm DE	Mediana (Min-Max)	Media \pm DE	Mediana (Min-Max)	
Rasgo	55 \pm 9.02	58(42-65)	43.25 \pm 7.06	41(37-57)	0.035*
Estado	45.5 \pm 2.56	45.5(42-50)	35.75 \pm 2.31	37(33-38)	0.011*

Nota: **DE**: Desviación estándar. **Min**: Valor mínimo. **Max**: Valor máximo. **p**: valor de la prueba Wilcoxon, nivel de significativo <0.05 .

En cuanto el análisis del tamaño del efecto, se observa en el cuadro 6, que el porcentaje de cambio fue de 21.33% para rasgo y de 21.43% para estados, con una d de Cohen por arriba de .8 (1.4, IC 95% 0.314, 2.545 y de 3.9, IC 95% 2.209, 5.731 respectivamente) demostrando cambios importantes sobre todo en la variable ansiedad estado.

Cuadro 6

Porcentaje de cambio y d de Cohen pareado en sintomatología ansiosa rasgo y estado.

Aseidad	% de cambio	d	IC 95%	
Rasgo	21.33%	1.4	0.314	2.545
Estado	21.43%	3.9	2.209	5.731

Nota: d : Valor d de Cohen. **IC 95%**: Intervalo de confianza del 95%.

Las distribuciones más importantes del cuadro 7, permiten ver que en la variable rasgo antes del tratamiento arroja una frecuencia de 5 (65%) con ansiedad alta, y esta se nota disminuida hasta una frecuencia de 1 (12%) siendo ansiedad baja la de mayor frecuencia con 5 (62.5%) después del tratamiento. Para la variable estado, la ansiedad media predomina con una frecuencia de 6 (75%), la frecuencia después del tratamiento se estableció con una frecuencia de 8 (100%) en ansiedad baja.

Cuadro 7

Descripción de la sintomatología ansiosa rasgo y estado, por medio de las categorías de calificación para el IDARE a través de la puntuación normalizada para población clínica.

Ansiedad	Pre-tratamiento f(%)	Post-tratamiento f(%)
Rasgo		
Ansiedad baja	2(25%)	5(62.5%)
Ansiedad media	1(12.5%)	2(25%)
Ansiedad alta	5(65.5%)	1(12.5%)
Estado		
Ansiedad baja	2(25%)	8(100%)
Ansiedad media	6(75%)	0(0%)

Nota: f: Frecuencia.

Los resultados arrojados en el análisis de la variable ansiedad estado antes y después de cada una de las 8 sesiones demostraron que, en la mayoría de las sesiones, con excepción de la sesión 3 y 6 se encontraron diferencias significativas, en todos los casos se observa una reducción de los niveles de la ansiedad como se puede apreciar en el Cuadro 8.

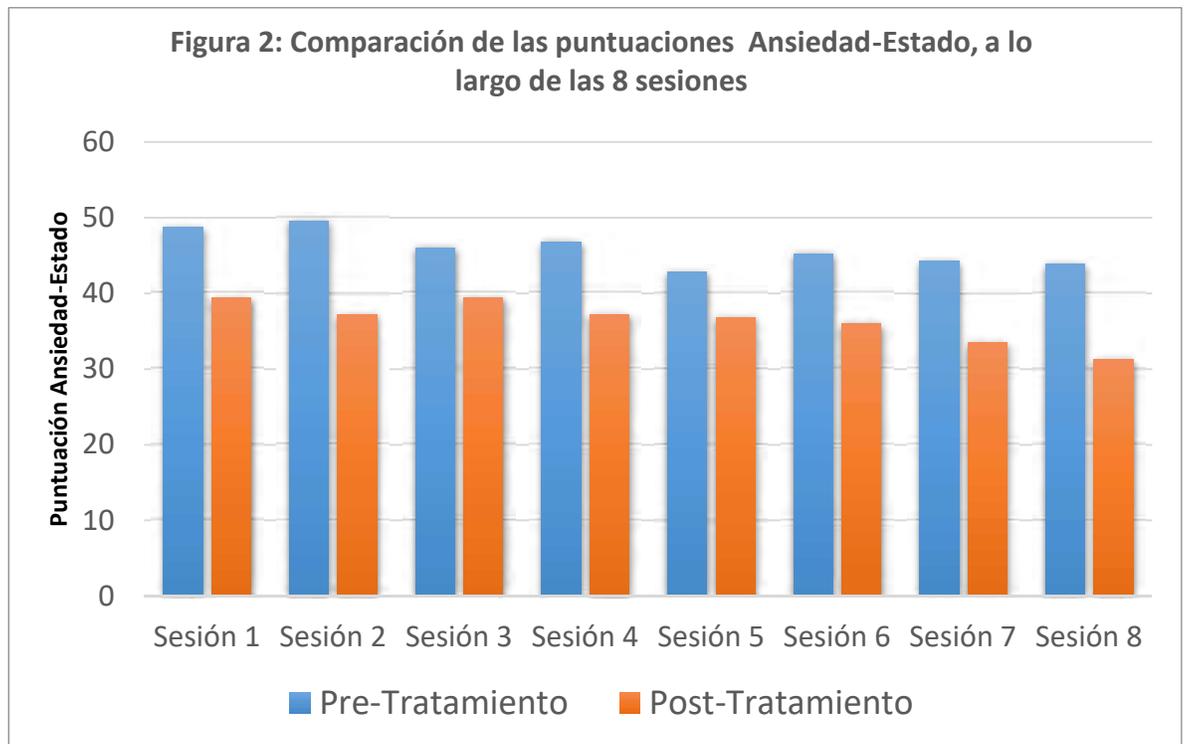
Cuadro 8

Análisis de las variables ansiedad-estado del total de las 8 sesiones, antes y después de cada sesión por medio de la prueba p de suma de rangos con signo de Wilcoxon y valor de p de Friedman para medidas repetidas.

Numero de sesión	Pre-sesión		Post-sesión		p de Wilcoxon
	Media±DE	Mediana (min-max)	Media±DE	Mediana (min-max)	
1	48.75±8.18	48(37-60)	39.37±3.02	39(36-43)	0.02*
2	49.57±8.12	49(39-61)	37.14±5.45	37(27-44))	0.028*
3	46±8.12	45(35-59)	39.37±6.52	38(31-52)	0.092
4	46.75±8.79	47.5(31-57)	37.12±6.95	35.5(27-48)	0.049*
5	42.83±4.40	41.5(38-50)	36.83±5.26	37.5(29-44)	0.035*
6	45.25±8.41	43.5(37-61)	36±3.79	37(29-40)	0.091
7	44.25±6.77	44(36-58)	33.5±4.40	33.5(27-39)	0.017*
8	43.87±8.40	43.5(31-60)	31.25±4.16	31.5(25-37)	0.011*
p de Friedman	0.4		0.64		

Nota: **DE:** Desviación estándar. **Min:** Valor mínimo. **Max:** Valor máximo. El valor significativo para ambas pruebas es de <0.05.

Por otra parte, al analizar las medidas tanto de la pre-sesión como de la post-sesión (intra-grupales) no se encortaron diferencias significativas, aunque se pueda ver que conforme transcurren las sesiones sus puntuaciones disminuyen de forma continua como lo muestra la Figura 2.



En cuanto al tamaño del efecto del tratamiento, se puede apreciar que la sesión con mayor porcentaje fue la numero 8 con un 28.77% de cambio, y la sesión 5 con fue la de menor porcentaje con un 14.01%. Si bien, todas las sesiones obtuvieron un d de Cohen mayor a 0.8, se destaca las sesiones 3 y 5 que obtuvieron 0.89 con un IC 95% -0.149, 1.918 y 1.23 con un IC 95% -.040, 2.462 (Cuadro 9).

Cuadro 9

Porcentaje de cambio y d de Cohen pareado en
sintomatología ansiosa estado, para todas las sesiones.

Sesión	% de cambio	d	IC 95%	
1	19.23%	1.51	0.371	2.625
2	25.07%	1.79	0.504	3.036
3	14.40%	0.89	-0.149	1.918
4	20.59%	1.21	0.119	2.272
5	14.01%	1.23	-0.040	2.462
6	20.44%	1.34	0.138	2.507
7	24.29%	1.88	0.659	3.056
8	28.77%	1.90	0.677	3.083

Nota: d : Valor d de Cohen. **IC 95%**: Intervalo de confianza del 95%.

Las distribuciones de las categorías de ansiedad permitieron evidenciar que, durante las mediciones previas a las sesiones, en especial de la 1 a la 4 las distribuciones se muestran arriba del 50% en las categorías de ansiedad media, de la sesión 5 a la 7 predominaron las frecuencias de ansiedad baja. Se destaca que, en ninguna de las 8 sesiones se encontraron frecuencias dentro del rango de ansiedad alta y solo en las sesiones 2 ,3 ,4 y 5 se presentó ansiedad media con una frecuencia de uno después de que los participantes finalizaran las sesiones (Cuadro 10).

Cuadro 10

Descripción de la sintomatología ansiosa-estado por medio de las categorías de calificación para el IDARE a través de la puntuación normalizada para población clínica.

Numero de sesión	Pre-sesión f(%)	Post-sesión f(%)
1		
Ansiedad baja	2(25%)	8(100%)
Ansiedad media	4(50%)	0(0%)
Ansiedad alta	2(25%)	0(0%)
2		
Ansiedad muy baja	0(0%)	1(14.29%)
Ansiedad baja	2(28.57%)	5(71.43%)
Ansiedad media	4(57.14%)	1(14.29%)
Ansiedad alta	1(14.29%)	0(0%)
3		
Ansiedad muy baja	0(0%)	1(12.5%)
Ansiedad baja	3(37.5%)	6(75%)
Ansiedad media	4(50%)	1(12.5%)
Ansiedad alta	1(12.5%)	0(0%)
4		
Ansiedad muy baja	1(12.5%)	1(12.5%)
Ansiedad baja	1(12.5%)	6(75%)
Ansiedad media	5(62.5%)	1(12.5%)
Ansiedad alta	1(12.5%)	0(0%)
5		
Ansiedad muy baja	0(0%)	1(16.67%)
Ansiedad baja	4(66.67%)	4(66.67%)
Ansiedad media	2(33.33%)	1(16.67%)
6		
Ansiedad muy baja	0(0%)	1(16.67%)
Ansiedad baja	4(50%)	5(83.33%)
Ansiedad media	3(37.5%)	0(0%)
Ansiedad alta	1(12.5%)	0(0%)
7		
Ansiedad muy baja	0(0%)	3(37.5%)
Ansiedad baja	4(50%)	5(62.5%)
Ansiedad media	3(37.5%)	0(0%)
Ansiedad alta	1(12.5%)	0(0%)
8		
Ansiedad muy baja	1(12.5%)	4(50%)
Ansiedad baja	3(37.5%)	4(50%)
Ansiedad media	3(37.5%)	0(0%)
Ansiedad alta	1(12.5%)	0(0%)

Nota: f: Frecuencia.

6.3. Análisis de las sintomatología cognitiva, fisiológica y motora de la Ansiedad (ISRA).

De los datos obtenidos por medio del ISRA, los resultados que destacan son las reacciones cognitivas con una media de 87.37 (± 27.66) con una mediana de 99 pre-tratamiento y post-tratamiento de 32.37 (± 29.55) con una mediana de 27.5 con una $p=0.035$, sintomatología fisiológica de la ansiedad, se obtuvo una media de 86.12(± 26.7) con mediana de 99, en contraste con el post-tratamiento, se obtuvo una media de 50.5(± 30.52) con una mediana de 55 y una $p=0.049$, la calificación global de ansiedad antes del tratamiento presenta una media de 86.75(± 25.07) con una mediana de 99, después del tratamiento los participantes obtuvieron una media de 33.31(± 31.54) con una mediana de 22.5 y una $p=0.035$, para el factor 1 la puntuación antes del tratamiento fue en promedio de 75.87(± 35.95) con una mediana de 95, post-tratamiento el promedio fue de 16.25(± 29.85) con una media de 5, finalmente en el factor 4 la media de los participantes antes del tratamiento fue de 75.25(± 34.8) y después del tratamiento la puntuación promedio se estableció en 15.62(± 21.11) con una mediana de 5 y una $p=0.024$.

Finalmente, para cerrar este apartado, las puntuaciones que reportaron diferencias significativas, se observan que disminuyen los promedios de los participantes después del tratamiento (Cuadro 11).

Cuadro 11

Análisis de la sintomatología ansiosa obtenida del Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA) antes y después del tratamiento por medio de la prueba p de suma de rangos con signo de Wilcoxon.

Variables	Pre-tratamiento		Post-tratamiento		p
	Media±DE	Mediana (Min-Max)	Media±DE	Mediana (Min-Max)	
Cognitivo	87.37±27.66	99(20-99)	32.37±29.55	27.5(5-99)	0.035*
Fisiológico	86.12±26.7	99(25-99)	50.5±30.52	55(10-99)	0.049*
Motor	82.37±31.04	99(25-99)	32.37±38.75	7.5(5-99)	0.065
Total	86.75±25.07	99(30-99)	33±31.54	22.5(5-99)	0.035*
Factor 1	75.87±35.95	95(5-99)	16.25±29.85	5(5-90)	0.034*
Factor 2	72.62±42.06	94.5(5-99)	26.87±29.63	12.5(5-85)	0.122
Factor 3	71.62±28.99	80(20-99)	30.62±32.56	12.5(5-85)	0.068
Factor 4	75.25±34.8	92.5(5-99)	15.62±21.11	5(5-65)	0.024*

Nota: **DE**: Desviación estándar. **Min**: Valor mínimo. **Max**: Valor máximo. **p**: valor de la prueba Wilcoxon, nivel de significativo <0.05.

Los resultados que se muestran en el cuadro 12 con referencia al tamaño del efecto, se puede leer que en todas las variables el porcentaje de cambio superan el 40%, de la misma manera la d de Cohen supera 0.80, con reserva en los IC del 95% que se muestran estables, ninguno de los intervalos pasa por el 0 estableciéndose la mayor puntuación entre 0.808 a 3.288 para el factor 4.

Cuadro 12

Porcentaje de cambio y *d* de Cohen pareado en sintomatología ansiosa obtenida del Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad (ISRA).

Variable	% de cambio	d	IC 95%	
Cognitivo	62.95%	1.921	0.691	3.106
Fisiológico	41.36%	1.242	0.143	2.304
Motor	60.70%	1.423	0.293	2.514
Total	61.96%	1.886	0.664	3.063
Factor 1	78.58%	1.804	0.599	2.965
Factor 2	62.90%	1.257	0.156	2.322
Factor 3	57.24%	1.329	0.216	2.405
Factor 4	79.24%	2.071	0.808	3.288

Nota: **d**: Valor *d* de Cohen. **IC 95%**: Intervalo de confianza del 95%.

En cuanto al análisis por frecuencias, los resultados muestran que antes del tratamiento la ansiedad extrema presenta con continuidad una frecuencia de 6, representando el 75% de la muestra, para las variables cognitiva, fisiológica, motora y puntuación global, en contraste con estas mismas variables, después del tratamiento se puede notar que la mayoría de las frecuencias pasa de ansiedad extrema a ansiedad mínima, con una frecuencia continua de 5, lo que representa el 62% de la muestra, en específico para el caso de la variable cognitiva, fisiológica y motora, en el caso de la puntuación global la mayor frecuencia es de 4 que representa el 50% de la muestra para ansiedad mínima (Cuadro 13 parte 1).

Cuadro13 parte 1

Descripción de la sintomatología ansiosa obtenida del Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad (ISRA) por medio de las categorías de calificación.

Variables	Pre-tratamiento f(%)	Post-tratamiento f(%)
Cognitivo		
Ansiedad Mínima	1(12.5%)	2(25%)
Ansiedad Moderada	0(0%)	5(62%)
Ansiedad Severa	1(12.5%)	0(0%)
Ansiedad Extrema	6(75%)	1(12.5%)
Fisiológico		
Ansiedad Mínima	0(0%)	2(25%)
Ansiedad Moderada	2(25%)	5(62.5%)
Ansiedad Extrema	6(75%)	1(13.5%)
Motor		
Ansiedad Mínima	0(0%)	5(62.5%)
Ansiedad Moderada	2(25%)	1(12.5%)
Ansiedad Severa	0(0%)	1(12.5%)
Ansiedad Extrema	6(75%)	1(12.5%)
Total		
Ansiedad Mínima	0(0%)	4(50%)
Ansiedad Moderada	2(25%)	3(37.5%)
Ansiedad Extrema	6(75%)	1(12.5%)

Nota: f: Frecuencia.

Finalmente, para terminar de comentar los resultados del cuadro 13, las frecuencias de los factores antes del tratamiento resultaron variantes, sin embargo, se puede notar que la mayoría de las frecuencias y en consecuencia la mayoría de los porcentajes se inclina entre ansiedad extrema y severa, con excepción del factor 3 en donde la mayor carga de frecuencia se presenta en ansiedad moderada con 3 (37.5%). De modo similar a lo antes descrito en la primera parte del cuadro 13,

después del tratamiento, la mayoría de las frecuencias y porcentajes, se obtiene en ansiedad mínima.

Cuadro 13 parte 2

Descripción de la sintomatología ansiosa obtenida del Inventario de situaciones y respuesta de ansiedad (ISRA) por medio de las categorías de calificación.

Variab les	Pre-tratamiento f(%)	Post-tratamiento f(%)
Factor 1		
Ansiedad Mínima	1(12.5%)	7(87.5%)
Ansiedad Moderada	1(12.5%)	0(0%)
Ansiedad Severa	3(37.5%)	1(12.5%)
Ansiedad Extrema	3(37.5%)	0(0%)
Factor 2		
Ansiedad Mínima	2(25%)	5(62.5%)
Ansiedad Moderada	0(0%)	2(25%)
Ansiedad Severa	2(25%)	1(12.5%)
Ansiedad Extrema	4(50%)	0(0%)
Factor 3		
Ansiedad Mínima	1(12.5%)	5(62.5)
Ansiedad Moderada	3(37.5%)	2(25%)
Ansiedad Severa	2(25%)	1(12.5%)
Ansiedad Extrema	2(25%)	0(0%)
Factor 4		
Ansiedad Mínima	1(12.5%)	6(75%)
Ansiedad Moderada	2(25%)	2(25%)
Ansiedad Severa	2(25%)	0(0%)
Ansiedad Extrema	3(37.58%)	0(0%)

Nota: f: Frecuencia.

6.4. Análisis de la variable satisfacción terapéutica.

Como se indica en el apartado de metodología, la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4) se divide en 4 factores. Los resultados obtenidos de los primeros tres factores, satisfacción, solución del problema y percepción del cambio, en promedio, superan puntuaciones por arriba de 50, rebasando el corte de puntuación que significa deterioro, recordemos que entre más se acerquen a 100, mejor será la reacción del participante ante el tratamiento. Dentro de las descripciones de las frecuencias para la calificación global, los participantes se presentaron en su mayoría tranquilos y bastante bien con el tratamiento, entre las sesiones 1 y 4.

Para la sesión 5 el comportamiento de las frecuencias se reporta homogéneo dentro de las tres categorías, cabe destacar que a partir de la sesión 6 hasta la 8 los participantes expresan sentirse bastante bien con la intervención, lo que se refleja a través de las frecuencias, sentirse bastante bien con la intervención. Lo anterior se sustenta con las frecuencias totales, se logra observar que la categoría bastante bien llega tener una frecuencia de 39 que representa el 65% del total de las evaluaciones a lo largo de las 8 sesiones (Cuadro 14). afirmar

Cuadro 14

Descripción de los resultados obtenidos de la escala de satisfacción con el tratamiento recibido(CRES-4).

Sesiones	Satisfacción	Solución del problema	Percepción del cambio	Global f(%)	
1	72.5±31.95	85±9.25	56.25±6.68	Regular	1(12.5%)
				Tranquilo	5(65.5%)
				Bastante bien	2(25%)
				Total	8(100%)
2	97.14±7.55	91.42±10.69	58.92±9.44	Regular	0(0%)
				Tranquilo	1(14.29%)
				Bastante bien	6(85.71%)
				Total	7(100%)
3	82.5±27.12	87.5±10.35	53.12±12.93	Regular	1(12.5%)
				Tranquilo	4(50%)
				Bastante bien	3(37.5%)
				Total	8(100%)
4	82.5±34.53	95±9.25	60.93±8.01	Regular	1(12.5%)
				Tranquilo	2(25%)
				Bastante bien	5(65.5%)
				Total	8(100%)
5	70±46.90	90±10.95	56.25±10.45	Regular	2(33.33%)
				Tranquilo	2(33.33%)
				Bastante bien	2(33.33%)
				Total	6(100%)
6	100±0	91.42±10.69	57.14±12.19	Regular	0(0%)
				Tranquilo	2(28.57%)
				Bastante bien	5(71.43%)
				Total	7(100%)
7	97.5±7.07	97.5±7.07	62.5±0	Regular	0(0%)
				Tranquilo	0(0%)
				Bastante bien	8(100%)
				Total	8(100%)
8	100±0	97.5±7.07	60.93±8.01	Regular	0(0%)
				Tranquilo	0(0%)
				Bastante bien	8(100%)
				Total	8(100%)
Total	88±26.08	92±9.88	58.33±9.10	Regular	5(8.33)
				Tranquilo	16(26.67%)
				Bastante bien	39(65%)
				Total	60(100%)

Nota: f: Frecuencia.

6.5. Descripción de actividades complementarias al programa.

Como se describió en la metodología y en el manual de intervención, se establecieron actividades complementarias las cuales se proporcionaban al término de cada sesión, con objetivos específicos y con la finalidad de reforzar lo visto durante la sesión.

Dentro del apartado de anexos (Anexo 3) se muestran los resultados más destacados de cada una de las actividades que se realizaron, así como las conclusiones de estas (Anexo 4).

7. Discusión.

El estudio realizado tuvo como finalidad evaluar la efectividad de una intervención basada en DMT, como complemento al tratamiento psiquiátrico, en usuarios con Trastorno de Ansiedad Generalizada tratados en un instituto de salud mental, así como adaptar la intervención para usuarios con TAG y comprobar el efecto de la misma en las variables psicológicas, cognitivas, fisiológicas y motoras evaluadas, así como la satisfacción del tratamiento recibido.

Como parte del primer objetivo, ahora concierne discutir con estudios previos las diferencias entre los resultados obtenidos en el pre-tratamiento y post-tratamiento, para las 3 variables mencionadas en el marco teórico. Antes de iniciar, es preciso mencionar que los estudios con los que se comparan estos resultados, se han realizado con poblaciones con características variadas entre ellas ansiedad, depresión, adultos mayores, neurosis y estudios exploratorios. Sería ideal que fuera en su totalidad con ansiedad, esto fue así porque no se han encontrado el suficiente número de trabajos previos que aborden el TAG a través de una intervención basada en DMT.

Los resultados cuantitativos sobre las variables medidas y la satisfacción al tratamiento recibido, son alentadores, especialmente en la reducción de síntomas psicológicos, cognitivos y fisiológicos. A continuación, se discuten estos resultados en sus diferentes apartados.

Variable psicológica:

La evaluación de esta variable se divide en dos, por una parte, se obtuvieron las medidas para establecer diferencias pre y post tratamiento, la segunda, tiene un alcance de evaluación para establecer diferencias entre las 8 sesiones a través de un análisis de medidas repetidas (intragrupales).

En la medición pre y post tratamiento se pudo observar la reducción de la sintomatología ansiosa tanto para rasgo y estado, siendo esto significativo, datos que apoyan la evidencia previa (Salas-Calderón, 2007; Tillotson, 2007; Brooks, 1989) los cuales demuestran los efectos favorables de la DMT, esto también concuerda con lo descrito por los participantes al sentirse interesados por una actividad lúdica diferente y al poder expresar sus pensamientos, emociones y lenguaje corporal a través de su propia danza.

En congruencia con el argumento anterior, el tamaño del efecto para esta variable, fue favorable ya que tanto para el rasgo y el estado el porcentaje de cambio que se obtuvo fue alrededor de 21%, siendo el estado el que más se benefició, esto se puede ver en el incremento de frecuencias aparecidas en la categoría de ansiedad baja después del tratamiento.

Para las mediciones repetidas en donde se cuantificaron cada una de las sesiones sucedió algo similar, aunque cabe destacar dos direcciones por las cuales se puede ver este efecto:

Por un lado, no se encontraron diferencias significativas al comparar de manera intergrupar todas las sesiones, tanto en el pretratamiento como en post, si bien se puede apreciar que los participantes llegaban a las sesiones con un nivel de ansiedad casi similar reduciéndose gradualmente tras cada sesión y terminaban cada una de las sesiones sintiéndose menos ansiosos, la reducción de la ansiedad también fue gradual, cabe la suposición, que en un programa de intervención más largo, se podría encontrar mejoras que fueran significativas, como lo reportado por un estudio realizado por Bläsing en 2010 y en 2012.

La otra dirección en la que se analizó cada una de las sesiones fue a nivel individual, es decir se midió el estado de la ansiedad pre-sesión versus post-sesión, lo que resultó como favorable para los participantes, al verse reducida, siendo

significativas en casi todas las sesiones, con excepción de la sesión 3 y 6 las cuales, a pesar de no presentar diferencias, se puede observar que es menor la ansiedad post-sesión para los dos casos.

Siguiendo esta misma línea, el tamaño del efecto de tratamiento para esta variable se muestra favorable para la mayoría de las sesiones. Vale la pena subrayar que en las sesiones 3 y 5 el IC 95%, se muestran valores negativos (-0.149 y -0.40 respectivamente) lo que supone que algunos participantes pudieron salir con un poco más de ansiedad de la sesión, esto es probable ya que a medida que las sesiones pasan los contenidos suelen ser más profundos y densos, siendo abrumador en un principio para algunos o por el hecho de resistencia emocional. Vinculado con lo antes descrito, Bräuningner (2014) describe de esta primera resistencia a una actividad meramente corporal, y que si bien, las personas no suelen estar conectadas con el tipo de actividades que demanda la DMT, y que a lo largo de las sesiones y con un buen trabajo por parte del terapeuta, estas resistencias se van aminorando.

Variable Cognitiva

Para la variable cognitiva, se encontraron diferencias significativas, siendo la variable que mostro gran mejoría, llegando a tener un tamaño del efecto del 62.95%, transitando de un porcentaje de frecuencia del 75% en ansiedad extrema antes del tratamiento a un porcentaje de 62% después del tratamiento, lo cual es consistente con los hallazgos de dos diferentes investigaciones (Berrol, 1992; Bojner, 2003) en el que se demostró que la DMT supone beneficios al facilitar el manejo de pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, falta de concentración, dificultad de decisión, como sentirse preocupados al pensar que son juzgados constantemente al ser observados.

Esta última hipótesis estaría apoyada por el hecho de que tanto la música como la danza, facilitan un escenario óptimo para tratar experiencias difíciles (Bläsing, 2010, 2012), los participantes no reportaron sentirse agobiados al evocar recuerdos dolorosos o incómodos, uno de los motivos es que, al no poder expresarlos verbalmente ante los demás, utilizaron su propio movimiento en forma

de danza improvisada, cambiando el lenguaje verbal a uno meramente corporal, al sentirse estimulados de esta forma se permitieron explorar sin ser sobrepasados por la agonía de los recuerdos y sin miedo a ser juzgados.

Otro rasgo de interés que surgió durante el estudio, tiene que ver con el estado de relajación que llegaban a tener después de cada una de las sesiones, los participantes comentaron que se sentían tan relajados como cuando haces una actividad física de alto rendimiento, que no se sentían fatigados o con alguna molestia muscular, este supuesto abre la brecha a nuevas investigaciones, en el que se pudiera explorar los niveles de dopamina y cortisol, como lo reporta Bojner en 2003, estos neurotransmisores sumados con noradrenalina, crean un estado de sube y baja neuroquímico.

Variable Físio-Motora

Al respecto de esta variable, consideramos dos mediciones, por un lado, la sintomatología fisiológica y por otra la motora, en seguida, revisaremos cada una de ellas. Las puntuaciones fisiológicas resultaron con diferencias significativas, a la vista de estos resultados tras la intervención y de acuerdo con dos investigaciones (Janyacharone, 2013; Merom, 2013), es de suponer que el tratamiento ayudó a los participantes a manejar algunas reacciones ansiosas como: palpitaciones, taquicardia, temblores, tensión muscular, respiración agitada, apnea, dolor de cabeza. Otra evidencia que tomamos en cuenta fueron los comentarios de los participantes, los cuales al principio o al final de las sesiones, comentaban mejorías en los aspectos antes descritos. Más allá de este análisis faltaría en próximas investigaciones indagar más a fondo sobre la correlación entre la restructuración cognitiva, ya que fue en muchos de los casos lo que ayudo a mejorar la regulación de la sintomatología fisiológica.

En cuanto a la respuesta motora se tiene en cuenta que no existieron en los resultados diferencias significativas, esto fue algo esperado y en algunos casos surgió que la ansiedad fue ligeramente mayor después de la intervención, en retrospectiva, desde el inicio de las sesiones los participantes reportaban que no solían poner atención a estos aspectos, debido a que para algunos de ellos los

movimientos repetitivos de pies y manos, el rascarse, comer, beber, fumar en exceso no tenían tanta importancia o que éstos se veían aminorados por las reacciones psicológicas cognitivas y fisiológicas de la ansiedad. Por consiguiente, al terminar el tratamiento, los participantes fueron más conscientes de las sensaciones que surgían de las reacciones motoras. Siguiendo este hilo teórico, en el estudio de doctorado realizado por Juhan en 2003, la atención plena de las sensaciones corporales pudo establecerse gracias a la constancia en la intervención, debido a que es una técnica que no solo beneficia la actividad física, si no que genera un ambiente de constante entrenamiento en el cual cada persona avanza al ritmo de sus capacidades, los usuarios de estas técnicas se van acostumbrando a identificar las sensaciones surgidas en su cuerpo, sobre todo cuando un evento genera un cambio emocional.

Otros Factores

El primer objetivo de la presente investigación está enfocado a revisar la eficacia de la intervención ante los resultados obtenidos de las tres variables antes descritas, pero, no podemos ser caso omiso de los resultados obtenidos en las sub escalas que ofrece el ISRA, ya que nos permite sobrepasar el entendimiento unidimensional de la ansiedad.

Entre los factores que destacan con diferencias significativas después de la intervención, encontramos el factor 1 el cual corresponde a la respuesta ansiosa ante la evaluación, este factor se caracteriza por definir el grado de estrés que tiene un sujeto al ser evaluado y a situaciones en donde debe tomar decisiones o responsabilidades. En este punto podemos suponer que la intervención mejoró este aspecto ya que los participantes, a un ritmo gradual fueron permitiéndose ser más amables con sí mismos, estimulados por rebasar la barrera de sentirse cohibidos por bailar en grupo, este punto concuerda con el trabajo realizado por Fisher en 1999, ella expone que usuarios que se introducen en las técnicas de DMT, pueden llegar tener cierta resistencia al principio de la intervención por miedo a ser evaluados, de cómo se mueven, algún error que pueda cometer, caída o tropezón, sin embargo, cuando se da cuenta de que es un espacio libre de prejuicios y nadie

establece un juicio sobre su forma de bailar, los usuarios toman mayor confianza y se sienten menos atacadas por su exterior.

El factor 4 que se refiere a la ansiedad ante situaciones habituales o de la vida cotidiana, es el segundo factor que muestra diferencias significativas, este factor se destaca por evaluar cómo se siente ante el contexto, las actividades diarias y habituales del individuo. Para Levy (1992) la DMT, no sólo genera confianza en lugar en donde se lleva a cabo la sesión, si no en todos espacios de interacción, los usuarios adquieren las herramientas aprendidas y las aplica en todos sus contextos.

El factor 2 que evalúa la ansiedad interpersonal, y el factor 3 que mide la ansiedad fóbica, no mostraron diferencias significativas, pero cabe mencionar que el comportamiento de estas 2 variables es favorable, debido a que se observa una reducción de los niveles de ansiedad después de la intervención. En un estudio llevado a cabo por Erwin-Grabner en 1999, muestra que transcurrir las sesiones los participantes progresivamente se sentían mejor en especial después de la quinta sesión y tenían un mayor control de su experiencia corporal ante elementos fóbicos, como también, se percató que el grupo se sentían más unido, se presupone que la intervención propicia un ambiente adecuado para la socialización.

Satisfacción terapéutica.

En lo que concierne con el segundo objetivo de este trabajo, que fue conocer la satisfacción al tratamiento recibido en los usuarios ante la intervención, se discuten los siguientes resultados:

El componente satisfacción se midió con la siguiente pregunta: En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó? Los resultados fueron favorables debido a que no se obtuvieron puntuaciones por debajo de 50. Probablemente los resultados de este apartado como los de Tilloston en 2007 y Levy en 1995, concuerdan que este tipo de intervenciones que abordan problemáticas de una manera novedosa y que los participantes antes de externarlas al terapeuta, las trabajan durante la sesión, lo que permite aclarar dudas concretas, estas dudas y experiencias son escuchadas hasta el final de la intervención y el tiempo dedicado a ésta es suficiente para explorarlas

de manera significativa, si bien, no es el único momento en el que se escucha a los participantes, como lo establece el diseño de la intervención en DTM, fue muy útil establecer un fórum antes de empezar la sesión, en donde los participantes expresaran sus vivencias y como ellos trataron de abordarlas con los conocimientos adquiridos en sesiones pasadas. Si bien la calidad de escucha del terapeuta es algo que facilita el manejo de las experiencias que pudieran generar incomodidad emocional, como también, el no generar la sensación de apuro para cerrar la sesión crear confianza dentro del grupo, esto es tan importante como el desarrollo de una intervención, así como establecer horarios y días específicos para el desarrollo de las sesiones, proporcionando una sensación de seguridad, calidez y atención para atender su problemática.

Para evaluar el nivel de solución del problema se utilizó la pregunta ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar? Los análisis demostraron que el nivel de solución al problema fue positivo, ya que al igual que la variable satisfacción, no se obtuvieron puntuaciones menores a 50. El resultado de este estudio apoya la teoría que surge del trabajo de Bräuninger, (2014), en el cual una de las preguntas principales del estudio fue, ¿Si las intervenciones basadas en DMT son exitosas? Esta pregunta se contesta con cierta cautela tras los hallazgos que demuestran un buen manejo de la problemática que presenta los usuarios a lo largo de una sesión, gracias a que la direccionalidad es psicodinámica y una combinación armoniosa entre liderazgo directivo y no directivo, así como un cierre de sesión interpersonal. Estos supuestos tienen mejor ganancia dentro de las ventanas terapéuticas, el participante se permite danzar libremente sin prejuicios personales sintiéndose libre en una danza improvisada, generando sincronía espacial de su cuerpo con el de los demás, generando naturalmente que se puedan concentrar en el aquí y el ahora.

Para la percepción del cambio se utilizó la resta de las puntuaciones de dos preguntas; ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento? Y ¿Cuál es su estado emocional general en este momento?, comprensiblemente este resultado no fue tan alto como los dos factores anteriores, sin embargo, tampoco se obtuvieron valores menores a 50. Esta percepción favorable podría

explicarse con las evidencias mostradas en dos estudios, uno realizado por Cook en 2004 y otro por Vergeer en 2018, reportan que la intervención después de llevar 4 meses genera una experiencia como transformativa, los participantes lo describen como “dejar ir” ya que dentro de las primeras sesiones mencionaba que se sentían una “obstrucción emocional”. Por otro lado, los usuarios más veteranos con al menos de 10 años de experiencia, reportaron que en la práctica continua de la DMT paso a formar parte crucial en su vida cotidiana, ya que han encontrado una herramienta terapéutica que les ayuda a metaforizarlo en sus contextos y sobre todo cuando se presentan una crisis emocional, dando una sensación de bienestar y resiliencia cuando se encuentran ecuanímenes, cabe aclarar que el programa que se implementó solo duró 8 sesiones, sin embargo los participantes durante la entrevista final, reportaron algo similar a lo referenciado.

7.1. Alcances y Limitaciones.

Cuando se finalizó este estudio y hasta donde se pudo realizar revisión bibliográfica, se consideró que fue uno de los primeros estudios pilotos que se realiza en México, en el cual se ha tratado de evaluar el impacto y alcance de una intervención basada en DMT en personas que padece de un TAG en un ambiente clínico dentro de un instituto de salud mental y, además, es el primero en proponer una evaluación de alcance multidimensional para dicha intervención, por lo que usualmente se ha abordado de manera unidimensional sin ninguna relación de interacción.

El 0% de deserción fue un factor que no se esperaba, al parecer los participantes percibieron la intervención como novedosa, fuera de lo que estaban acostumbrados a tomar como intervención psicológica y es de nuestro interés continuar con intervenciones de mayor duración esperando que esto pueda replicarse.

La utilidad de este estudio no sólo aborda en contestar las preguntas de esta investigación, sino también abre las posibilidades de explorar nuevas preguntas y cubrir necesidades en el futuro, sin embargo, los resultados e interpretaciones realizados deben tomarse con cautela debido a las siguientes razones.

Como se puede notar, se trató de buscar el efecto de una intervención en una pequeña muestra de participantes, por lo cual los resultados no se pueden generalizar, un segundo tema dentro de la muestra, es que no se contó con un grupo control, debido a las características del pilotaje establecidas por el CONSORT (Thabane, 2010), también contamos con diferentes dificultades para recabar la muestra ya que fue limitado el espacio para publicitar el cartel y solo se contó con un par de semanas para promoverlo, aunado, que en medio de captación de la muestra, ocurriera el sismo que azotó a la ciudad de México el 19 de septiembre del 2017 lo que llevo decidir que se arrancara el programa, debido a que se perdería contacto con los participantes ya evaluados, cabe mencionar que ninguno de los participantes mencionó haberse sentido afectado significativamente por este suceso, y es recomendable buscar otros medio de captación con mayor duración.

Otra área de oportunidad que pudimos detectar en esta investigación, deriva del uso de la escala ISRA utilizada para la evaluación de la ansiedad multidimensional, a manera práctica se requerirá de una escala con un sistema más amigable de respuesta, ya que llegaba a ser un poco confuso para los participantes llenar sus repuestas, y sobre todo en aplicación grupal puede causar retrasos importantes.

Una de la limitantes y necesidades que surgieron al finalizar la intervención fue no contar con un instrumento fiable que evaluara el cambio en los movimientos corporales de los participantes, ya que nos percatamos del gran cambio en su forma de danzar a partir de la sesión 1 en contraste con la última sesión, autores como Fischman (2014) presupone que existe una unidad análisis interesante de este fenómeno, el poder evaluar esta variable queda como nota importante para próximas investigaciones.

Para futuras investigaciones buscaremos otros instrumentos que midan satisfacción terapéutica, en este sentido, la CRES-4 se establece como un instrumento recién establecido (Universitat De Barcelona 2014) para responder las necesidades de las personas en habla hispana para cuantificar la utilidad de una psicoterapia. Otro punto sería fortalecer su validez y fiabilidad psicométrica. En

cualquier caso, hay que tener reserva y considerar su alcance solamente a satisfacción, puesto al evaluar de forma retrospectiva existen limitaciones que nublarían la valoración de la eficacia y/o efectividad.

7.2. Conclusiones.

Las intenciones de este estudio se basan en abrir una ventana de oportunidad para nuevas intervenciones que complementen los tratamientos ya existentes en nuestro sistema de salud, enfocados a la atención y manejo del trastorno de ansiedad, así como otros centros dedicados a la atención de salud mental.

Los resultados en si muestran que un grupo pequeño de usuarios con TAG que tomaron una intervención basada en DMT fueron positivos para establecer la intervención como exitosa. En cuanto al tamaño del efecto, podemos decir que las expectativas fueron alcanzadas y sobresalientes, la evidencia demuestra que en la mayoría de las variables se superó con creces los valores de corte (0.8) que establecen un cambio de tamaño importante causado por la intervención.

Podemos agregar en el éxito de la intervención, que durante las 8 sesiones ninguno de los participantes desertó o dejó incompleto el tratamiento, por lo que eventualmente genera la posibilidad a abrir más grupos terapéuticos no solo para TAG, sino para otros trastornos emocionales como la depresión y la fibromialgia.

Es crucial seguir realizando investigaciones y escalar a ensayos clínicos, con mayores poblaciones y duración de intervenciones diferentes ya sea a 6 meses o a 1 año, para poder acercarnos a afirmar con seguridad que este tipo de intervenciones funcionan para el tratamiento del TAG y que puedan convivir en ecosistema existente al tratamiento en México, así mismo, expandir horizontes a investigaciones de corte neurocomportamental a través de pruebas de neurotransmisores en saliva e imagenología cerebral, y dar espacio a investigaciones cualitativas que pidieran indagar como la narrativa, percepciones y movimientos van cambiando desde que empiezan la intervención hasta terminan.

Para finalizar esta tesis es preciso mencionar que, es importante generar recursos humanos para futuras implementaciones en DMT, esto conlleva no solo manuales de intervención sino manuales de capacitación que permitan adaptaciones en DMT para el tratamiento de personas con algún trastorno emocional. Aunado a esto, también será crucial abrir el panorama a otras intervenciones que forman parte de las artes creativas en psicoterapia y conjugar programas que tengan la suficiente fuerza para integrarse a los diagramas y guías clínicas para la atención de trastornos emocionales.

Por ahora, esta investigación contribuye como un fragmento de evidencia, que nos lleva a decir que la Danza Movimiento y Terapia es uno tipo de psicoterapia que impulsa a tener una mejor calidad de vida y que impactó en esas valiosas personas que contribuyeron con este estudio las cuales viven con un Trastorno de Ansiedad.

8. Bibliografía.

ADTA. (1966). *How is Dance/Movement Therapist?* Accessed: http://www.adta.org/Find_a_DMT.

ADTA. (2013). *"Find a Dance/Movement Therapist"*. Accessed: http://www.adta.org/Find_a_DMT.

Allgulander, C. (2012). Generalized anxiety disorder: A review of recent findings. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 4(2), 88–91.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV TR*. Washington DC.

Arias-Galicia LF. (1990) Investigaciones sobre el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 3, 49-85.

Bartenieff, A. (1980); "Body Movement, Coping with the Environment". *New York: Gordon and Breach Science Publishers*.

Bermúdez, J. (1985). Investigación en personalidad 1: Método. En J. Bermúdez:(Ed.), *Psicología de la personalidad*. Madrid

Bernúdez, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: IMplicaciones y contrastación empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 1003-1030.

Berrol CF. (1992). The neurophysiologic basis of the mind-body connection in dance/movement therapy. *American J of Dance Therapy*, 14, 19-30.

Bläsing, B., Calvo-Merino, B., Cross, ES., Jola, C., Honisch, J., y Stevens, C.J. (2012). Neurocognitive control in dance perception and performance. *Acta Psychology (Amst)*, 139(2); 300-8.

- Bläsing, B., Puttke, M., y Schack, T. (2010). *The Neurocognition of Dance: Mind, movement and motor skills. New York: Psychology Press.*
- Blazer, D.G., Hughes, D., y George, L.K. (1991). *Generalize anxiety disorder. New York: The Free Press.*
- Bojner-Horwitz, E., Theorell, T., & Anderberg, U. M. (2003). Dance/movement therapy and changes in stress-related hormones: A study of fibromyalgia patients with video-interpretation. *Arts in Psychotherapy*, 30(5), 255–264.
- Bowers, K.S. (1972). Situationism in psychology: on making reality disappear. Research Report, 3. *Department of Psychology, University of Waterloo, Ontario, C nada.*
- Bowers, K.S. (1973). Situationism in psychology: an anlysis and critique. *Psychological Review*, 80, 307-336.
- Br uning, I. (2014).  Dance movement therapy interventions which are successful? An intervention and correlation study, *The Arts in Psychotherapy*, 41 (5), 445-457.
- Brooks, D., y Stark, A. (1989). The effect of dance/movement therapy on affect: A pilot study. *American Journal of Dance Therapy*, 11(2), 101-112.
- Brown, S., Michael J. y Lawrence, M. (2006). The Neural basis of human dance. *Oxford Journals: Cerebral Cortex*, 16, 1157-1167.
- Cameron, IG., Brien, D.C., Links, K., Robichaud, S., Ryan, J.D., Munoz, D.P., y Chow, T.W. (2013). Changes to saccade behaviors in Parkinson’s disease following dancing and observation of dancing. *Front Neurol.* 4, 22.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1994). *Psicología, Medicina y Salud. (Monografía de ‘Ansiedad y Estrés’). Murcia: Compobell.*

- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral scie* (second ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S.-M., Grant, B. F., Turner, J. B., y Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 43–50.
- Cook, S., Ledger, K., y Scott, N. (2004). A service user-led study promoting mental well-being for the general public using 5 rhythms dance. *The International Journal of Mental Health Promotion*, 6 (4), 41-51.
- Davison, M. (2009). Returning to the well: An inquiry into women's experiences in community-based expressive movement sessions (Master's thesis). *University of Saskatchewan, Saskatoon*.
- Díaz-Guerrero, R., y Spielberger, C.D. (1975). IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado. *México: El Manual Moderno*
- Dibbell-Hope, S. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27 (1), 51–68.
- Durham, R. C. (2006). Predictors of Treatment Outcome. In *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. (pp. 379–397).
- Durham, R. C., Chambers, J. a, MacDonald, R. R., Power, K. G., y Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine*, 33(3).

- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., & Lancaster, G. A. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(1), 64.
- Endler, N.S. y Parker, J.D.A. (1992). Interaction is revisited: reflections on the continuing crisis in the personality area. *European Journal of Personality*, 6, 177-189.
- Erwin-Grabner, T., Goodill, S. W., Schelly Hill, E., y Von Neida, K. (1999). Effectiveness of dance/movement therapy on reducing test anxiety. *American Journal of Dance Therapy*, 21(1), 19–34. doi: 10.1023/A:1022882327573
- Etchebarne, I., Santiago, J., Balbin, P.R., et al. (2012). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en usuarios con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuarios de investigaciones*, 19, 215-223.
- Etkin, A. (2010). Functional Neuroanatomy of Anxiety: A Neural Circuit Perspective. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2, 77-251.
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal de Wallston: implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4, 31-41.
- Fiasca, P. M. (1993). A research study on anxiety and movement. *American Journal of Dance Therapy*, 15(2), 89–105.
- Fischman, D. (2014). Danzaterapia: Orígenes y Fundamentos, ADTR. En línea. [10 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.brecha.com.ar/danzaterapia_origenes_fundamentos.pdf.
- Fisher, P. L., y Durham, R. C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29(6), 1425–34.

- Fux, M. (1982). Primer encuentro con la Danzaterapia. *ed. Paidós, Argentina*
- García-Campayo, J., Caballero, F., Perez, M., et al. (2012). Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (3), 105-113
- Goddard, A., y Charney, D. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (2), 4-11.
- Gorman, J.M., Hirschfeld, R.M., y Ninan P.T. (2002). New developments in the neurobiological basis of anxiety disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 36 (2), 49-67.
- Hanna JL. (1995). The Power of Dance: Health and Healing. *J of Alternative and Complementary Medicine*; 1: 323-331
- Heinze, G., y Camacho, P.V. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. (Ed). S. Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: *Instituto Nacional de Psiquiatría. (Series: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales)*.
- Ho, R. T. H. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*. 32(5):337-345.
- Janyachoen, T., Laophosri, M., Kanpittaya, J., et al. (2013). Physical performance in recently aged adults after 6 weeks traditional Thai dance: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Interventions in Aging*, 8, 855-9.
- Judge, J.O. (2003). Balance training to maintain mobility and prevent disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (2-30), 150-156.
- Juhan, A. (2003). Open floor: Dance, therapy, and transformation through the 5Rhythms (Doctoral dissertation). *Union Institute and University, Ohio*.

Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses Full Text database. (UMI No. 3104676)

Jurado, S., Quintana C., Vargas M., Lizarraga, P., et al. (2008). Ansiedad generalizada: componentes de preocupación en mexicanos. *Revista Científica de Psicología*, 4, 123-134.

Keogh, W.L.; Kilding, A.; Pidgeon, P., et al. (2009). Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 17, 1-23.

Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., y Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 2, 21–35.

Laban, R. (1987): “El Dominio del Movimiento”, *Ed. Fundamentos, Madrid*.

Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J.H. Shilen (De.) *Research in psychotherapy*, Vol. III, Washington: American Psychological Association

Levy, F. (1992). *Dance Movement Therapy- A Healing Art*. American Alliance for Health. Physical Education, Recreation, and Dance. Reston Virginia 1988.

Levy, F., Fried, J., y Leventhal, F. (1995). *Dance and other expressive art therapies: When words are not enough*. New York, NY: Routledge.

López-Bardo, A. (2005). Trastorno de Ansiedad Generalizada. En Vallejo Pareja M.A. & Comeche Moreno M.I. *Lecciones de Terapia de Conducta* pp.145-214. España: Madrid: Dykinson Editorial.

Lukasz, S., Vermani, M., Coonerty-Femiano, A., y Katzman, M. A. (2004) Treatments for generalized anxiety disorder, *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4:2, 285-294

- Marie-Hogya, A. (2004). 5 Rhythms in the workplace: Exploring movement as a corporate training approach [Master Thesis]. *British Columbia: Arts in Leadership and Training, Royal Roads University.*
- Marjan-López de La Parra, M. del P., Mendieta Cabrera, D., Muñoz Suarez, M. A., Diaz Anzaldúa, A., Cortés Sotres, J. F., y Sotres, C. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental, 37(6)*, 509–516.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental, 26(4)*, 1–16.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 35(12)*, 1773.
- Menon, V. y Levitin, D.J. (2005). The rewards of music listening: response and physiological connectivity of the mesolimbic system. *Neuroimage, 28*, 175-184.
- Merom, D., Cumming, R., Mathieu, E., et al. (2013). ¿Can social dancing prevent falls in older adults? A protocol of the Dance, Aging, Cognition, and Economics (DAnCE) fall prevention randomized controlled trial. *BMC Public Health, 5 (13)*, 1-9.
- Miguel-Tobal, J.J. (1985). Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad. *Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.*
- McCormack, D. P. (2002). A paper with an interest in rhythm. *Geoforum, 33(4)*, 469–485. [https://doi.org/10.1016/S0016-7185\(02\)00031-3](https://doi.org/10.1016/S0016-7185(02)00031-3).

- NICE. (2004). Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. in: *Clinical guideline 22*. London.
- Nielsen, S.L., Smart, D., Isakson, R., Worthen, V., GRegersen, A. y Lambert, M. (2004). The Consumer Reports Effectiveness Score: ¿What did Consumers report? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 25-37.
- Ninan, P.T. (1999). The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (22), 7-12.
- Norton, J., Ancelin, M. L., Stewart, R., Berr, C., Ritchie, K., y Carriere, I. (2012). Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 141(2–3), 276–285.
- Panhofer, H. (Coord.) (2005) El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia. *Barcelona: Ed. Gedisa*.
- Payne, H. (2006). Dance movement therapy: Theory and practice (2nd ed.). *New York, NY: Routledge*.
- Peretz, I. (2001). Listen to the brain: a biological perspective on musical emotions. En: Music and Emotion: *Theory and Research*, (pp. 105-134) New York. Oxford University Press.
- Rodríguez, C.S. (2009). Danza Movimiento y Terapia: Cuerpo, Psique y Terapia. *Avances en Salud Mental Relacional*. 8 (2), 1-20.
- Rolland, Y., Abellan, van., Kan, G., y Vellas, B. (2008). Physical activity and Alzheimer's disease: from prevention to therapeutic perspectives. *Journal of the American Medical Directors Association*. 9(6):390-405.
- Roth, G. (1998). Maps to ecstasy: A healing journey for the untamed spirit. (rev. edition). *Novato, CA: Nataraj*.

- S. Dibbell-Hope. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *Art Psychother*, 27 (7), 51–68.
- Salas-Calderón, S. (2007). Psicoterapia del movimiento: herramienta terapéutica con usuarios esquizofrénicos. *Actualidades en psicología*, 21(108), 97-115.
- Schmais, C. (1985). Healing processes in group dance/movement therapy. *American J of Dance Therapy*, 8: 17-36.
- Schmais, S. (1998). Understanding the Dance Movement Therapy Group. *American Journal of Dance Therapy*, 20 (1), 23-35.
- Schuit, A.J, Feskens, E.J., Launer, L.J., y Kromhout D. (2001). Physical activity and cognitive decline, the role of the apolipoprotein allele. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 33:772–777.
- Siegel, E. V. (1995). Psychoanalytic Dance Therapy: The bridge between psyche and soma. *American Journal of Dance Therapy*, (17), 2, 115-127.
- Stanton-Jones K. (1992). An introduction to dance movement therapy in psychiatry. *Ta Vistock/Routledge New York*.
- Stark, A., y Lohn, A. F. (1993) The use of verbalization in Dance/Movement Therapy. En Sandel, S.; Chaiklin, S.; Lohn, A. (Ed.), Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace. *Columbia, Maryland: The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association*.
- Swedish National Institute of Public Health. (2010) Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease. Professional Associations for Physical Activity, Sweden, <http://www.fyss.se>
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., ... Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>

- Theorell, T., Konarski, K., Engström, R., Lagercrantz, A.M., Teszary, J., y Thulin, K. (1998). Theorell T (ed). When the words are not enough. Healing of psychosomatic disease through therapeutic work with music, dance, image and psychodrama. *Nature and Culture*.
- Tillotson, K. (2007). An examination of dance/movement therapists' approaches to the treatment of substance abuse/alcoholic population: an interview study. [Master Thesis]. Philadelphia: The Faculty of the college of Nursing and Health Professions, Drexel University.
- Universitat De Barcelona. (2014). Escala De Satisfacción Con El Tratamiento Recibido (Cres-4): La Versión En español. *Revista de Psicoterapia*, 89, 51–58.
- Vella, G., y Torres, E. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 3-13.
- Vergeer, I. (2018). Participation motives for a holistic dance-movement practice. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16(2), 95–111. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2016.1167759>
- Vetere, Giselle. (2008). Nivel de funcionamiento y calidad de vida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Anuario de investigaciones*, 15, 00. Recuperado en 26 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100004&lng=es&tlng=es.
- Virgen, R., Lara, A. C., Morales, G., & Villaseñor, S. J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1–8.
- Whitehouse, M. J. Adler and J. Chodorow (1999): Authentic Movement. *J.K.P London*.

9. Anexos.



Guía de Intervención

**Psicoterapia en
Movimiento: propuestas
para el tratamiento del
Trastorno de Ansiedad
Generalizada.**

Objetivo de la Guía

El objetivo de la presente guía es proporcionar pautas y dinámicas orientativas, para la implementación de un programa llamado “Psicoterapia en Movimiento”, el cual está basado en la corriente teórica de la *Danza Movimiento y Terapia (DMT)*, y pensado como un modelo coadyuvante en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), en instituciones de salud mental. A la par, se pretende explicar en qué consiste esta intervención no farmacológica y como se lleva a cabo.

Definición de la Intervención:

Este programa está basado en las teorías de la corriente de la Danza Movimiento y Terapia (DMT), la cual está definida por la asociación americana y española de DMT, como; “una especialidad en psicoterapia que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales en un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo”

Esta técnica proporciona un canal de comunicación empleando la forma de lenguaje más básico a través del movimiento libre.

La DMT, Pertenece al grupo de las Artes Creativas en Psicoterapia, y nace de la unión de dos campos de la Danza y la Psicología. Ésta, propone conectar la emoción, el movimiento y el pensamiento. Su objetivo no es una estética en el movimiento ni una coreografía, si no el proceso psicoterapéutico que se da gracias al movimiento, a través del puente simbólico que conecta la vida de cada individuo. La DMT se forja a través de 3 concepciones. La primera conceptualiza al cuerpo como elementos únicos en el ser humano. La segunda, el movimiento en la danza crea un potencial ambiente terapéutico en donde se pueden trabajar procesos psicológicos. La tercera, se basa en que debe de existir un marco terapéutico, con el fin de tener objetivos específicos de trabajo.

Contexto y objetivos a seguir en personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta versión (DSM IV) establece diferentes clasificaciones de trastornos de ansiedad como: Crisis de pánico, fobias sociales, fobias específicas, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Los criterios específicos para el TAG descritos por el DSM-IV-TR incluyen; preocupación excesiva con una duración de al menos 6 meses, asociado con al menos otros tres síntomas entre los siguientes: inquietud o impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración y fatiga.

El modelo explicativo que nos interesa tomar para este estudio este fundamentado por la corriente teórica multidimensional de la ansiedad, por una parte, que las respuestas psicológicas fundamentadas por Spielberger 1975, y las cognitivas y corporales fundamentadas por Miguel-Tobal en 1985, estas 3 esferas están en constante interacción con el medio que rodea al individuo, y por esa razón pueden potencializar los síntomas ansiosos entre sí.

En contraste, la técnica propuesta en este estudio a través de la DMT, trata explorar lo beneficios a nivel de esa interacción entre el sujeto y su medio. Por consiguiente, los objetivos de esta manual es establecer beneficios en:

-) Procesos psicológicos.
-) Procesos cognitivos.
-) Procesos fisiológicos.

Elementos básicos para la realización de la intervención

El lugar en el que se realicen las sesiones debe proporcionar a los participantes ante todo seguridad y privacidad. Deben sentir que existe un espacio protegido para ellos. No sólo se consigue de una manera física, el propio terapeuta de proveer, dando continuidad a las sesiones, establecer el lugar de trabajo y no

cambiarlo, establecer horarios fijos, y se recomienda que no exista rotación de terapeutas.

A continuación, se describirá los cinco elementos básicos que se debe cumplir en un programa basado en DMT:

1. Lugar físico.

El espacio idóneo para la realización óptima debe tener las siguientes características:

Demarcado: ya se con paredes o con mobiliario u otros materiales que se encuentren disponibles en el propio lugar. Es importante ofrecer un espacio de contención de manera que la persona se sienta segura.

Despejado: sin obstáculos para facilitar el movimiento libre.

Amplio: La dimensión tiene que ser aquellas que permitan a los participantes tener su propio espacio de expresión y de extensión. Pero no debe ser demasiado grande para no provocar una sensación incómoda o de inseguridad.

Luminoso: El espacio sombrío no estimula la seguridad, si la iluminación es natural es lo más idóneo, si es artificial que no se demasiado brillante.

Temperatura: La temperatura cálida alrededor de los 22°C, ya que se tiene que trabajar con ropa ligera tipo sport, lo que permitirá mejor el movimiento, también al no ser demasiado caliente, no incomodara a los participantes y preveremos la sensación de sofocarse.

Ventilado: Esto ayudara al flujo de aire y a que el ambiente se sienta sofocante.

Sin espejos: El espejo, aunque en ocasiones pueda ser de ayuda para un trabajo de reconocimiento corporal, suele ser más un elemento de distracción. Además, puede favorecer a crear más un ambiente de inseguridad, además de cohibir al participante.

Piso: El piso en lo ideal sería de duela de madera, ya que, en lo ideal, los participantes podrían estar descalzos para la ejecución del movimiento libre. En

caso de que no se tenga duela, lo ideal sería piso no muy liso para evitar resbalones ni muy ásperos para tener mejor movilidad.

2. Materiales

La utilización de objetos y materiales no es estrictamente necesario, se puede trabajar sin ellos, pero pueden ayudar en las dinámicas de grupo. Además, las diferentes texturas de los materiales y los colores vivos enriquecen y estimulan sensorialmente.

Dentro los materiales que se pueden utilizar están, telas, listones, telas elásticas, pelotas, pañuelos. Estos materiales pueden ayudar a fomentar la comunicación no verbal y actuar como un vínculo físico.

Por otro lado, si el nivel de coacción y concentración es bueno se puede utilizar para impulsar la sinergia del grupo al principio y luego ya no usar más los materiales.

Por último, decir que los materiales deben ser introducidos poco a poco, en sesiones ya avanzadas, dar tiempo para que los participantes se acostumbren y saquen todas sus cualidades. De manera que los materiales pasen a ser su herramienta.

3. Música

La música es uno de los pilares de la intervención, pero, esta no debe abarcar el 100% de una sesión, el terapeuta debe saber en qué momento y con qué ritmo o cadencia debe de tener la pieza musical, ya que si el ritmo no es el adecuado romperá con la propia cadencia de movimiento de las personas, bloqueando su flujo natural.

El estilo de la música puede variar, se sugiere música denominada “Música de mundo”, la cual se caracteriza por englobar un amplio elenco de géneros musicales contemporáneos, creados a fin de integrar en un concepto amplio toda la música tradicional o folclórica, música popular, música étnica y otros géneros locales o característicos de algunas zonas o culturas del mundo. Es recomendable

que sean en su totalidad instrumentales, y que se tenga un buen equipo de sonido para la modulación de estas.

El terapeuta debe imprentarlas de manera gradual, debe de tener las pistas que va a utilizar para cada sesión ya programadas y en secuencia, con el fin de evitar cambios bruscos que rompan con la armonía de la sesión.

El ritmo de ir de cadencias largas, profundas y suaves a ritmos más vigorizantes, para terminar en ritmos más apacibles, en donde al final solo exista movimiento sin música.

Para fines de esta guía de intervención, nos basaremos en la base rítmica de la técnica llamada 5 ritmos de Gabrielle Roth, la cual está dividida en:

-) Fluido: Ritmo caracterizado por instrumentos de viento, con notas continuas y profundas.
-) Estaccato: Base rítmica fundamentada en las percusiones, por lo regular estos simulan el palpitar del corazón.
-) Caos: Se caracteriza por ser un ritmo altamente vigoroso en la ejecución de tambores, cuerdas e instrumentos de vientos.
-) Lírico: Un ritmo que utiliza arreglos de metales musicales, coros y cantos suaves.
-) Quietud: Ritmo definido por la profundidad acústica, se vale de sonidos largos y profundos, similares a los usados para música para meditación.

4. Recursos Humanos

Formación y competencias del personal.

Los profesionales calificados deberán tener formación suficientemente profunda en el campo de la salud mental y conocimiento en técnicas en DMT, conocimientos básicos del encuadre psicoterapéutico y psicoanalítico, experiencia en trabajo grupal, experiencia de calibración y observación del movimiento, como también poderse expresar de manera verbal como no verbal. Por lo que las capacidades mínimas que debe cumplir el terapeuta son:

-) Poder transmitir corporalmente la actitud mental y el tono afectivo del grupo.
-) Trabajar la información por varios canales: corporal, mental y verbal.
-) Observar, recoger, contener el grupo y devolver tanto de manera verbal como corporal.
-) Improvisar y adecuarse a las necesidades del grupo y la institución.

Voz

Al igual que la música constituye un pilar para las sesiones, pero no se debe abusar de este elemento, ya que cortara la armonía de la sesión.

La manera más adecuada de llevar acabo el trabajo de voz, es atreves de su uso pausado, con entonaciones profundas cuando se quieran dar énfasis, y clara y directas cuando se quiera dar una instrucción, además el terapeuta debe calibrar el modo de voz en diferentes tonos, al igual que la música tiene su propio tono, por ejemplo, si se está ejecutando en un ritmo lento y profundo, la voz del terapeuta deberá acoplarse a este estilo, permitiendo al participante a profundizar más en lo que está haciendo.

Tiempo de la sesión

La duración de la intervención depende del número de participantes, de sus características y de si se hace en grupo o de manera individual.

En un grupo de unas ocho a quince personas que se encuentran en una fase leve y con una buena movilidad es recomendable de una hora a dos horas. A medida que el grupo se reduce y las condiciones físicas y capacidades cognitivas empeoran la duración va disminuyendo en proporción.

Individualmente las sesiones duran aproximadamente entre dos horas, siendo este tiempo flexible y adecuado a las características de la persona, durante estas dos horas se considera, parte del tiempo se tomará para preguntas y respuestas y la aplicación de instrumentos de medición.

Tiempo del tratamiento

Los programas más comunes están diseñados para una duración de 2 meses, 6 meses hasta 1 año, esto se debe a que tardan unos dos o tres meses en aprender el esquema de las sesiones, de aquí se puede ir practicando durante 6 meses para establecerse como un programa de intervención a nivel medio, seguido de un año de seguimiento, para establecerse como un programa formal de intervención.

Personas a los que va dirigido intervenciones basadas en DMT

Cualquier persona, independientemente de su condición física o mental puede beneficiarse de esta técnica. Es el programa o el propio profesional quién irá adecuándose al usuario. No se recomienda este tipo de intervenciones en personas que sean disruptivas en grupos terapéuticos o que llegue a genera demasiada angustia en estar en grupos de personas.

De esta forma, no habrá un perfil idóneo para participar en este tipo de intervenciones.

Características generales de la intervención:

Antes de empezar cualquier sesión hay que plantear los objetivos que se van a trabajar en las mismas. Estos de manera general deben de estar enfocados a las necesidades terapéuticas de la persona y del grupo.

El programa está constituido por un total de 8 sesiones, programadas 1 vez por semana, con una duración de 2 horas.

Para reconocer el impacto del programa de Danza Movimiento Terapia se definieron cinco fases de intervención que permitieron guiar el proceso de desarrollo de una sesión y se describen a continuación:

Fase 1: Encuentro. - Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se favorecerá el reconocimiento del grupo a través de estrategias corporales

preparando a los participantes para la interacción y construcción grupal, además de informar los objetivos de la sesión.

Fase 2: Fase de calentamiento. - Se trabajan aspectos de reconocimiento corporal a partir del movimiento y el contacto, como una predisposición para el ejercicio, a través de la observación del movimiento propio, atendiendo la posibilidad de moverse con uno mismo o con los otros.

Fase 3: El desarrollo. - Es la parte central de la intervención en el que se pondrán los ritmos musicales como parte del objetivo de la sesión a trabajar, usando las diferentes técnicas planteadas en el manual de intervención.

Fase 4: Relajación. - Es un espacio en donde se disminuye el ritmo de la sesión y se manejan técnicas de relajación y respiración. El propósito es centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.

Fase 5: Cierre. - Es para explorar y procesar la expresión verbal guiando las emociones, sensaciones, ideas generadas durante la sesión, lo cual da cuenta de un proceso individual y grupal para cerrar la experiencia. El tiempo para los comentarios de cada paciente será flexible dentro de los tiempos de la sesión.

En una sesión todo lo mencionado se incorpora con las siguientes técnicas específicas:

-) Calentamiento progresivo del cuerpo, activando piernas, tronco, brazos y cabeza, y una articulación corporal trabajada a partir de la conciencia de la respiración, que estará presente a lo largo de toda la sesión.
-) Objetos para ayudar a centrar a la persona. También estimulan y facilitan la interacción del grupo.
-) Actividades que permiten incorporar el movimiento individual al grupal, de manera que lo expresado por cada uno sea recogido corporalmente por los demás.

-) Utilización de la voz para refirmar la posición, verbalizar el movimiento y ampliar la expresión verbal. Hay ocasiones en que primero es el movimiento y después el sonido, en otras el sonido produce el movimiento.
-) Trabajar en círculo favorece la comunicación y la idea de grupo. Permite que todos se vean y crea un espacio cerrado el cual genera un ambiente de seguridad.

Importancia de la evaluación y reflexión sobre el trabajo

Es importante para la continua mejora, obtener evaluaciones completas de los participantes del grupo. Se debe hacer una primera valoración individual de la persona, observando en varias sesiones, su movimiento y su actitud ante él, sus conductas posturales y sus cadencias en la danza, así como el lugar que ocupa en el espacio, la expresión y el tono de voz.

Su estado emocional también debe ser anotado. Es importante conocer los aspectos más relevantes de su vida, así como el ámbito social y familiar que le rodea (historia personal del usuario).

Es importante el seguimiento continuo de la evolución tanto personal como del grupo, así sería importante rellenar una ficha que contenga información de los objetivos planteados y/o no alcanzados (individuales y grupales).

Además, la transcripción de las sesiones es fundamental (escribir un diario) ya que ayuda a pensar en lo ocurrido a replantearse intervenciones y a reflexionar y deducir el porqué de las reacciones tanto de los participantes como las propias

Recomendaciones para el terapeuta

Como profesional que implementa un programa basado en DMT tendrá que:

-) Dar instrucciones concretas, sencillas, claras, eliminando las opciones múltiples.
-) Mantener un contacto visual cuando se habla, acompañando con gestos la palabra, si fuera necesario, para una mejor comprensión.
-) Realizar la actividad con calma, al ritmo del grupo. El proceso de la actividad que la conclusión de la misma. Así podemos evitar

reacciones como la frustración, agitación o depresión de la persona.

-) Tener en cuenta las características e intereses de la persona.
-) Dirigirse a cada uno de los integrantes del taller por su nombre y con respeto.
-) Hacer notar de manera clara los éxitos para reforzar la seguridad del individuo.
-) Acompañar su ritmo.
-) Ampliar su repertorio de movimientos cuando sea posible.
-) Introducir los materiales poco a poco según la demanda del grupo.
-) No encasillarse, probar diferentes actividades y materiales. Cada grupo e individuo es un universo.
-) Tener mucha paciencia y saber esperar.
Se debe evitar
-) Tratarlos como niños solucionando todos los problemas. Frente a un paso con dificultad ayudar, no resolver.
-) Presentar el taller como una clase de gimnasia, más como trabajo creativo y estimulante.
-) Realizar los ejercicios que provoquen ansiedad o rechazo, teniendo en cuenta que lo que funciona para unos para otros no.
-) Dirigirlos de forma imperativa, ellos tienen su propia cadencia y esa es la que manda.

Sesión 1: “Conociendo El movimiento y la Ansiedad”

Objetivos de la sesión: Sensibilizar acerca de TAG y los beneficios de DMT

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa: TAG y Cuerpo. (Fase 1)	Revisar como nuestro cuerpo es afectado por la ansiedad.	Teórica.	Presentación por diapositivas.	Entendimiento del fenómeno de la ansiedad en el cuerpo.	Cognitivo.	10 minutos.
				Mejorar el empleo del juicio y evaluación de estímulos.	Fisiológico.	
Exposición de la técnica. (Fase 1)	Conocer los conceptos básicos de la Danza movimiento y Terapia.	Teórica/Práctica.	Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.	Mejorar el repertorio de movimiento y disminuir el trastorno de movimientos estereotípicos.	Fisiológico.	15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Explorar el movimiento del cuerpo a través de la técnica de los 5 Ritmos	Práctica	Practica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos	Autoeficacia percibida. El control percibido.	Psicológico.	60 Minutos.
				Atención. Eficiencia de ejecutar tareas con múltiples opciones.	Cognitivo.	
				Disminuir tensión muscular. Modulación de la respiración.	Fisiológico.	
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Identificar las partes de nuestro cuerpo en donde usualmente sentimos ansiedad	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Procesamiento de datos sensoriales. Atención.	Cognitivo.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pedirá que contesten el instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna, el terapeuta pedirá a cada uno de los participantes su nombre. Posteriormente. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión (Anexo 1) y explicará cada uno de los ritmos a través de movimiento.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Recorrido de las articulaciones corporales principales, invitando a ponerlas en funcionamiento, a la vez que se van nombrando las distintas partes del cuerpo que los participantes comienzan a mover espontáneamente.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugeridas.	Materiales.	Tiempo.
5 Ritmos.	Explorar movimientos a través del ritmo fluido. Poco a poco se pedirá que aumenten el movimiento de su cuerpo, explorando a través de movimientos dinámico, continuo, sin ángulos, movimientos que marcan la silueta de lo infinito	Entramos en Fluido... tu cuerpo crea movimientos dinámicos... continuos... sin ángulos... muévete de donde estas, explora todo el lugar... tus movimientos marcan la silueta de lo infinito... los cuales permiten empezar en un punto y terminar en el mismo... acentúa tus pasos... estira tu cuerpo como si no hubiera límites en el espacio... hazte presente en cada movimiento... pon atención a esa parte de tu cuerpo en donde sientes la ansiedad... y con tu movimiento empieza a darle fluidez...	Pista musical (Fluido).	10 minutos.
	Explorar movimientos a través del ritmo estacato. Exploramos al cuerpo a través de un ritmo pulsante, marcado, que empieza y que termina, simulando el palpitar del corazón.	Es el turno del estacato... enérgico y preciso... en un solo movimiento... el cual tiene un una pausa y un comienzo inmediato... se acumula más energía con cada movimiento... resuena en donde estas parado... como si tocaras un tambor con tus pies... has que tu cuerpo experimente con cada vez más intensidad este movimiento lleno de energía... recuerda el baile es contigo... de igual manera que en fluido... lleva tu estacato a esa parte del cuerpo en donde se hace presente la ansiedad... dale ese movimiento estacato...	Pista musical (Estacato).	10 minutos.
	Explorar movimientos a través del ritmo caos. Poco a poco aumentamos movimiento, y los ejecutamos de formas libres, probamos distintas poses espontaneas.	Dejamos que el caos se apodere de nuestro cuerpo... nuestros movimientos son libres... intuitivo... lleno de emoción... tu cuerpo es fugaz tus movimientos no tiene guía de nadie solo la que tus pasos decidan... deja que las tempestad de tus movimientos te guíen... movimiento... suéltate... dale caos a esa parte de cuerpo que contiene a tu ansiedad... dale movimiento libre...	Pista musical (Caos).	10 minutos.
	Explorar movimientos a través del ritmo lirico. Bajamos un poco la velocidad del movimiento. El tono de la música se hace ligero, alegre, estimulante. Los movimientos son etéreos, lúdicos, los pies apenas tocan el suelo, deslizándose, balanceándose, girando sin esfuerzo.	Desacelera tu cuerpo... disfruta de la música... es tiempo del Lirico... conéctate con tú respiración... tus movimientos son similares a las danzas, pasos ligeros como si flotaras... danza y siéntete libre, desplázate por todo el lugar... exprésate y comunícate desde tu cuerpo en movimiento... deja que esa parte de tu cuerpo en donde se alberga la ansiedad se mueva...	Pista musical (Lirico).	10 minutos.

	Explorar movimientos a través del ritmo quietud. Poco a poco bajamos la cadencia de movimiento. Se pide disminuir el movimiento de una escala de 10 al 0. También se pide poner atención en la forma de la respiración.	Empezamos a experimentar la Quietud... no dejes de moverte... sincroniza tu respiración con el movimiento de tu cuerpo... tus movimientos son desacelerados... llenos de conciencia de tu interior... del entorno... tu cuerpo puede estar totalmente quieto, pero nunca dejas de moverte... tienes una nueva visión de tu entorno... disfruta de tu cuerpo y del impacto del movimiento... observa esa parte de tu cuerpo que las puesto atención durante toda la sesión... ¿Cómo se siente? Dale un movimiento profundo y lento...	Pista musical (Quietud).	10 minutos.
--	---	--	--------------------------	-------------

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el rose de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	5 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente, se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitantes contestar el instrumento de medición Inventario de ansiedad: Estado y el cuestionario de aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	Instrumento de medición: IDARE- Estado	15 minutos

Se agradecerá por su partición y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sesión 2: “El Cuerpo a través de la ansiedad.”

Cuadro Resumen de la sesión.

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa parte 2: TAG y Cuerpo. (Fase 1).	Revisar y aprender sobre la importancia del cuerpo en el movimiento, y como a través de la danza se forma un puente simbólico con la vida.	Teórica.	Presentación por dialéctica.	Crear recursos personales para el manejo de las situaciones estresantes.	Cognitivo.	10 minutos.
Exposición de la técnica. (Fase 1).	A través de la revisión de las diferentes partes del cuerpo (pies, cintura, columna, brazos-manos y cabeza).	Teórica/Práctica.	Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.	Mejorar la regulación de la respiración y de la sensación corporal.	Fisiológico.	15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Explorar el movimiento del cuerpo a través de la técnica de los 5 Ritmos.	Práctica.	Práctica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos.	Autoeficacia percibida. El control percibido.	Psicológico.	60 Minutos.
				Atención. Eficiencia de ejecutar tareas con múltiples opciones.	Cognitivo.	
				Disminuir tensión muscular. Modulación de la respiración.	Fisiológico.	
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Identificar las partes de nuestro cuerpo en donde se perciben sensaciones débiles.	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Reorganización del pensamiento, estimulación de respiración reguladora.	Cognitivo.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pedirá que contesten le instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna, el terapeuta pedirá a cada uno de los participantes su nombre. Posterior mente. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión. Explicará cada bloque corporal.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Elongación de sectores musculares, invitando a ponerlos en funcionamiento, a la vez que se van nombrando las distintas partes del cuerpo que los participantes comienzan a mover espontáneamente.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugeridas.	Materiales.	Tiempo.
Las 5 partes del cuerpo.	Explorar los movimientos y la conexión que tiene los pies, con nuestra vida cotidiana, invitaremos al movimiento continuo y poner atención al detalle de sensación que podemos encontrar en esta área del cuerpo.	Pon toda tu atención en tus pies... siente a detalle cómo se conecta con el suelo... mueve tu cuerpo a través de tus pies... practica las diferentes formas en las que te puedes mover... utiliza la música como un medio para mover tus pies... deja que tus pies te lleven de un lugar a otro... ¿A dónde te llevan tus pies?... ¿Cómo te ayudan tus pies en tu vida?... siente y observa...	Pista musical (Fluido).	10 minutos.
	Explorar los movimientos y la conexión que tiene el área de la cintura, con nuestra vida cotidiana, a través del movimiento palpitante, pulsante, marcado, siempre espontaneo y libre.	Es el momento de poner todo lo que eres capaz en tu cintura, muévete a través del ritmo... siente a todo detalle esta parte de tu cuerpo... deja que el estacato te mueva... disfruta del movimiento... disfruta de tu cuerpo... siente la conexión de tu cintura con la parte baja y alta de tu cuerpo... muévete y explora... siente como tu cintura te empuja hacia delante ¿Cómo entras en los diferentes escenarios de tu vida? ¿Cómo entras... cómo sales? ¿Cómo dices "sí" e través de tu cintura?	Pista musical (Estacato).	10 minutos.
	Explorar los movimientos y la conexión que tiene la columna, con nuestra vida cotidiana, practicamos	Es momento de poner atención a tu columna vertebral... ondula tu cuerpo... gira... serpentea en tus	Pista musical (Caos).	10 minutos.

<p>un ritmo de movimiento más rápido, sin restricciones, estimulamos el movimiento de la columna vertebral.</p>	<p>movimientos... deja que el ritmo te lleve a explorar todos los distintos movimientos... recuerda que el movimiento es contigo... siente la conexión de tu columna en con todo tu cuerpo... siente tu centro... si esta tenso muévete poco a poco para destensarlo... si sientes peso, muévete poco a poco para sentirte más ligero.</p>		
<p>Explorar los movimientos y la conexión que tienen las manos y los brazos, con nuestra vida cotidiana, con movimientos más suaves e imaginativos.</p>	<p>Poco a poco baja el ritmo... permítete sentir tus brazos y manos... siente la conexión con tu torso... deja que la música te guíe... muévete de formas creativas y libres... es tu momento... explora nuevos modos de moverte... ¿con que te conectan tus brazos?... ¿Qué creas con tus manos?...</p>	<p>Pista musical (Lirico).</p>	<p>10 minutos.</p>
<p>Explorar los movimientos y la conexión de la cabeza, con nuestra vida cotidiana, en un ritmo más lento y quieto.</p>	<p>El ritmo es más tranquilo... pon tu atención en tu cabeza y tu cuello, relájalos ... muévete poco a poco... disfruta de la sensación del movimiento... respira... poco a poco ve disminuyendo el movimiento... ¿Cómo cabeza se conecta con tu cuerpo?... ¿Cómo te ayuda en tu vida?...</p>	<p>Pista musical (Quietud).</p>	<p>10 minutos.</p>

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el rose de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	5 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente, se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitanes contestar el instrumento de medición Inventario de ansiedad: Estado y el cuestionario de aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	Instrumento de medición: IDARE- Estado	15 minutos

Se agradecerá por su partición y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sesión 3: “Meditación en Movimiento”

Cuadro Resumen de la sesión.

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa parte: Meditación y movimiento. (Fase 1)	Exponer como poner atención en el movimiento, la respiración y poner atención en el cuerpo.	Teórica.	Presentación por dialéctica.	Cambio de perspectiva sobre las sensaciones, no evitar sino observar.	Cognitivo.	10 minutos.
Exposición de la técnica. (Fase 1)	Practicar el estar atentos a los cambios en el cuerpo cuando nos empezamos a sentir ansiosos y contenerlo.	Teórica/Práctica.	Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.	Autorregulación de la respiración y de la sensación corporal.	Fisiológico.	15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Meditación en movimiento desarrollo.	Práctica	Práctica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos	Resiliencia emocional.	Psicológico.	60 Minutos.
				Auto control de pensamientos negativos.	Cognitivo.	
				Auto regulación de las sensaciones corporales antes situaciones estresantes.	Fisiológico.	
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Meditación en movimiento cierre.	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Reorganización del pensamiento, estimulación de respiración reguladora.	Cognitivo.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pedirá que contesten le instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión y recordará lo visto en la sesión pasada, haciendo hincapié a retomarlo para esta sesión.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Conciencia de la respiración. Observar qué partes del cuerpo se mueven al respirar. Profundización de la respiración a partir de ampliar el movimiento en el eje vertical (anterior y retroversión de la columna), en el eje horizontal (caja torácica en expansión). Respiración alta y baja. Evolución del movimiento básico de apertura y cierre.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugeridas.	Materiales.	Tiempo.
Meditación en movimiento.	Se practica el movimiento y la atención en la sensación del cuerpo, se pide a los participantes mientras se mueven, ir poniendo atención a cada parte de su cuerpo, desde los pies hasta la cabeza, recorriendo bloque por bloque corporal.	Comienza a moverte al ritmo de la música... improvisando... siempre libre... mientras te mueves recorre la cada parte de tu cuerpo... de los pies a la cabeza... como un escáner... de los pies a la cabeza... de la cabeza a los pies... tomate tu tiempo...	2 Pistas musical (Fluido).	20 minutos.
Caminata en movimiento.	Se les pide a los participantes que tomen un lugar en el espacio suficiente para dar 4 pasos sin chocar con nadie, se pedirá que den 4 pasos de la manera más lenta posibles. Observando en todo momento la respiración.	Observa en todo momento tu respiración... darás 4 pasos hacia delante y 4 hacia atrás para regresar al punto de salida... si en algún momento pierdes la sensación de tu cuerpo no te preocupes, regresa a tu respiración...	2 pistas musicales (Quietud).	15 minutos.

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el rose de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	15 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente, se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitanes contestar el instrumento de medición Inventario de ansiedad: Estado y el cuestionario de aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	Instrumento de medición: IDARE- Estado	15 minutos

Se agradecerá por su partición y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sesión 4: “Pensamiento”

Cuadro Resumen de la sesión.

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa parte 2: TAG y Cuerpo. (Fase 1)	Reflexionar sobre los estilos de pensamiento que podemos encontrar durante nuestro propio análisis de movimiento.	Teórica.	Presentación por diapositivas.	Refuerza la habilidad de observación del pensamiento, evita la sobre estimulación por pensamientos negativos.	Cognitivo.	10 minutos.
Exposición de la técnica. (Fase 1)	Aprender a observar el pensamiento, la sensación y el movimiento.	Teórica/P ráctica.	Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.	Permite discernir entre pensamientos generalizados y los cuales requieren atención.	Cognitivo..	15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Reflexionar sobre los pensamientos, sensaciones y movimientos.	Práctica	Practica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos	Regulación emocional.	Psicológico.	60 Minutos.
				Economizar pensamientos y atención.	Cognitivo.	
				Disminuir tensión muscular. Modulación de la respiración.	Fisiológico.	
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Reflexionar sobre los pensamientos, sensaciones y movimientos, cierre.	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Economizar pensamientos y atención.	Cognitivo.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pedirá que contesten le instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión. Explicará, que después de cada ritmo habrá un pequeña pausa de 5 minutos, en donde cada participante escribirá que piensa de cada ritmo, poniendo atención a su propio movimiento.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Estiramientos generales, movimientos de expansión y contracción con todo el cuerpo.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugeridas.	Tiempo.	Técnica.
5 Ritmos	Practicar el movimiento de fluido.	Entramos en Fluido... tu cuerpo crea movimientos dinámicos... continuos... sin ángulos... muévete de donde estas exploran todo el lugar... tus movimientos marcan la silueta de lo infinito... los cuales permiten empezar en un punto y terminar en el mismo... acentúa tus pasos... estira tu cuerpo como si no hubiera limites en el espacio... hazte presente en cada movimiento... ¿Cómo pienso estando en fluido?... detente poco a poco...	Pista musical (Fluido).	10 minutos.
	Los participantes paren, se toman el tiempo en una respiración y van a escribir lluvia de ideas, sobre el ritmo de fluido.	Toma una hoja en blanco, escribe en lluvia de ideas, para ti que es pensar en fluido...	1 hoja de papel, lápiz.	5 minutos.
	Practicar el movimiento de estacato.	Es el turno del estacato enérgico y preciso... en un solo movimiento... el cual tiene un una pausa y un comienzo inmediato... se acumula más energía con cada movimiento... resuena en donde estas parado... como si tocaras un tambor con tus pies... has que tu cuerpo experimente con cada vez más intensidad este movimiento lleno de	Pista musical (Estacato).	10 minutos.

		energía... recuerda el baile es contigo... ¿Cómo pienso estando en estacato?... detente poco a poco...		
	Los participantes paren, se toman el tiempo en una respiración y van a escribir lluvia de ideas, sobre el ritmo de estacato.	Toma tu hoja en blanco, escribe en lluvia de ideas, para ti que es pensar en estacato...	1 hoja de papel, lápiz.	5 minutos.
	Practicar el movimiento de caos.	Dejamos que el caos se apodere de nuestro cuerpo... nuestros movimientos son libres... intuitivo... lleno de emoción... tu cuerpo es fugaz tus movimientos no tiene guía de nadie solo la que tus pasos decidan... filtra lo que no necesitas... da paso a la creación de nuevas ideas... herramientas... sentimientos... deja que la tempestad de tus movimientos te guíe... ¿Cómo pienso estando en caos?... detente poco a poco...	Pista musical (Caos).	10 minutos.
	Los participantes paren, se toman el tiempo en una respiración y van a escribir lluvia de ideas, sobre el ritmo de estacato.	Toma tu hoja en blanco, escribe en lluvia de ideas, para ti que es pensar en caos...	1 hoja de papel, lápiz.	5 minutos.
	Practicar el movimiento de lirico.	Desacelera tu cuerpo... disfruta de la música... es tiempo del Lirico... conéctate con tú respiración... tus movimientos son similares a las danzas tribales... pasos ligeros como si flotaras... eres un instrumento creador de movimientos... danza y siéntete libre, desplázate por todo el lugar... ¿Cómo pienso estando en lirico?... detente poco a poco...	Pista musical (Lirico).	10 minutos.
	Los participantes paren, se toman el tiempo en una respiración y van a escribir lluvia de ideas, sobre el ritmo de estacato.	Toma tu hoja en blanco, escribe en lluvia de ideas, para ti que es pensar en lirico...	1 hoja de papel, lápiz.	5 minutos.
	Practicar el movimiento de quietud.	Empezamos a experimentar la Quietud... no dejes de moverte... sincroniza tu respiración con el movimiento de tu cuerpo... tus movimientos son desacelerados... llenos de conciencia de tu interior... del entorno... experimentas solo el presente... tu cuerpo puede estar totalmente quieto, pero nunca dejas de moverte... tienes una nueva visión de tu entorno... disfruta de tu cuerpo y del impacto del movimiento... ¿Cómo pienso estando en quietud?... detente poco a poco...	Pista musical (Quietud).	10 minutos.
	Los participantes paren, se toman el tiempo en una respiración y van a	Toma tu hoja en blanco, escribe en lluvia de ideas, para ti que es pensar en quietud...	1 hoja de papel, lápiz.	5 minutos.

	escribir lluvia de ideas, sobre el ritmo de estacato.		
--	---	--	--

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el rose de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	5 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente, se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitanes contestar el instrumento de medición Inventario de ansiedad: Estado y el cuestionario de aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	Instrumento de medición: IDARE- Estado	15 minutos

Se agradecerá por su participación y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sesión 5: “Las emociones”

Cuadro Resumen de la sesión.

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa parte 2: TAG y Cuerpo. (Fase 1)	Aprender la utilidad positiva de las 5 emociones primarias de Gabrielle Roth.	Teórica.	Presentación por dialéctica.	Entender la utilidad de las 5 emociones y romperé el paradigma de las emociones negativas.	Cognitivo	10 minutos.
Exposición de la técnica. (Fase 1)	Practicar a través de la sensación corporal y el movimiento la canalización de las emociones.	Teórica/Práctica.	Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.	Identificar cada tipo de sensación corporal para cada una de las emociones.	Fisiológico.	15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Repasar cada una de las emociones a través de la técnica 5 ritmos.	Práctica	Practica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos	Mejor identificación y uso asertivo e las emociones.	Psicológico.	60 Minutos.
				Recodificación del pensamiento ante las emociones.	Cognitivo.	
				Observar las sensaciones y fisiología de cada una de las emociones.	Fisiológico.	
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Reflexionar sobre lo visto en la sesión.	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Integrar todo lo visto en la sesión.	Cognitivo.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pedirá que contesten le instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión. Nombrará cada una de las emociones y su utilidad.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Recorrido de las articulaciones corporales principales, invitando a ponerlas en funcionamiento, a la vez que se van nombrando las distintas partes del cuerpo que los participantes comienzan a mover espontáneamente.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugeridas.	Materiales.	Tiempo.
El Miedo.	Atreves del fluido se pedirá a los participantes que evoquen un pensamiento que les genere ligeramente miedo. Posterior mente se les pedirá que ubiquen en que parte de su cuerpo sienten esa sensación de miedo. A continuación, que ponga atención en esta parte del cuerpo, y que atreves del movimiento empiecen a observar las sensaciones. Finalmente se invitará a tomar formas de movimiento, que simbolizen como esa emoción les ayuda en su vida cotidiana.	Siente el ritmo... poco a poco empieza a moverte... trae a tu mente un momento que te genere ligeramente miedo... obsérvalo... en que parte de tu cuerpo se manifiesta más esta emoción... obsérvala... muévete con esta emoción... permítete que sea tu acompañante en tu movimiento... recuerda, lo positivo de esta emoción... el miedo nos protege... nos protege del peligro real... ¿Cómo le das forma al miedo a través de tu movimiento?... ¿Cómo te ayuda en la vida?... dale forma a través de tu movimiento...	Pista musical (Fluido).	10 minutos.
La Ira	Atreves del estacato se pedirá a los participantes que evoquen un pensamiento que les genere ligeramente ira. Posterior mente se les pedirá que ubiquen en que parte de su cuerpo sienten esa sensación de ira. A continuación, que ponga atención en esta parte del cuerpo, y que atreves del movimiento empiecen a observar las sensaciones. Finalmente se invitará a tomar formas de movimiento, que	Siente el ritmo... poco a poco empieza a moverte... trae a tu mente un momento que te genere ligeramente ira... obsérvalo... en que parte de tu cuerpo se manifiesta más esta emoción... obsérvala... muévete con esta emoción... permítete que sea tu acompañante en tu movimiento... recuerda, lo positivo de esta emoción... con la ira nos defendemos... ponemos límites... es válido de sír no... basta... ¿Cómo le das forma a la ira a través de tu	Pista musical (Estacato).	10 minutos.

	simbolicen como esa emoción les ayuda en su vida cotidiana.	movimiento?... ¿Cómo te ayuda en la vida?...dale forma a través de tu movimiento...		
La Tristeza	<p>Atraves del caos se pedirá a los participantes que evoquen un pensamiento que les genere ligeramente tristeza. Posteriormente se les pedirá que ubiquen en que parte de su cuerpo sienten esa sensación de tristeza. A continuación, que ponga atención en esta parte del cuerpo, y que atraves del movimiento empiecen a observar las sensaciones.</p> <p>Finalmente se invitará a tomar formas de movimiento, que simbolicen como esa emoción les ayuda en su vida cotidiana.</p>	<p>Siente el ritmo... poco a poco empieza a moverte... trae a tu mente un momento que te genere ligeramente tristeza... obsérvalo... en que parte de tu cuerpo se manifiesta más esta emoción... obsérvala... muévete con esta emoción... permítete que sea tu acompañante en tu movimiento... recuerda, lo positivo de esta emoción... la tristeza nos ayuda a soltar... a soltar lo que ya no es para nosotros... lo que ya no está... ¿Qué requieres soltar? ¿Cómo le das forma a la tristeza a través de tu movimiento?... ¿Cómo te ayuda en la vida?...dale forma a través de tu movimiento...</p>	Pista musical (Caos).	10 minutos.
La Felicidad	<p>Atraves del lirico se pedirá a los participantes que evoquen un pensamiento que les genere ligeramente alegría. Posteriormente se les pedirá que ubiquen en que parte de su cuerpo sienten esa sensación de alegría. A continuación, que ponga atención en esta parte del cuerpo, y que atraves del movimiento empiecen a observar las sensaciones.</p> <p>Finalmente se invitará a tomar formas de movimiento, que simbolicen como esa emoción les ayuda en su vida cotidiana.</p>	<p>Siente el ritmo... poco a poco empieza a moverte... trae a tu mente un momento que te genere ligeramente alegría... obsérvalo... en que parte de tu cuerpo se manifiesta más esta emoción... obsérvala... muévete con esta emoción... permítete que sea tu acompañante en tu movimiento... recuerda, lo positivo de esta emoción... con la alegría nos anima... nos impulsa crear cosas positivas... contagia de felicidad a nosotros y a quienes nos rodean... ¿Cómo le das forma a la alegría a través de tu movimiento?... ¿Cómo te ayuda en la vida?...dale forma a través de tu movimiento...</p>	Pista musical (Lirico).	10 minutos.
El amor	<p>Atraves de la quietud se pedirá a los participantes que evoquen un pensamiento que les genere ligeramente miedo. Posteriormente se les pedirá que ubiquen en que parte de su cuerpo sienten esa sensación de compasión y amor. A continuación, que ponga atención en esta parte del cuerpo, y que atraves del movimiento empiecen a observar las sensaciones.</p> <p>Finalmente se invitará a tomar formas de movimiento, que simbolicen como esa emoción les ayuda en su vida cotidiana.</p>	<p>Siente el ritmo... poco a poco empieza a moverte... trae a tu mente un momento que te genere ligeramente compasión... obsérvalo... en que parte de tu cuerpo se manifiesta más esta emoción... obsérvala... muévete con esta emoción... permítete que sea tu acompañante en tu movimiento... recuerda, lo positivo de esta emoción... la compasión nos une... somos empáticos con nosotros mismos y con los demás... la compasión conecta con nuestras emociones y con los demás... ¿Cómo le das forma a la compasión a través de tu movimiento?... ¿Cómo</p>	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

		te ayuda en la vida?...dale forma a través de tu movimiento...		
--	--	--	--	--

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el rose de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	5 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente, se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitanes contestar el instrumento de medición Inventario de ansiedad: Estado y el cuestionario de aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	Instrumento de medición: IDARE- Estado	15 minutos

Se agradecerá por su participación y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sesión 6: “Yo y los otros”

Cuadro Resumen de la sesión.

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa parte 2: TAG y Cuerpo. (Fase 1)	Revisar como a través de la danza se simboliza el y los otros.	Teórica.	Presentación por diapositivas.	Permite mejora las interacciones con las demás personas.	Cognitivo.	10 minutos.
Exposición de la técnica. (Fase 1)	Practicar a través de la danza como puente simbólico, las interacciones que tenemos con nosotros mismos y con los demás, y reflexionar sobre las relaciones interpersonales a través de pasar de un trabajo individual a parejas y grupal	Teórica/Práctica.	Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.		Fisiológico.	15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Practicar el movimiento individual a grupal.	Práctica	Practica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos	Fomenta la empatía.	Psicológico.	60 Minutos.
				Evita el pensamientos de prejuicio por parte de los demás.	Cognitivo.	
				Ser más conscientes de nuestras sensaciones cuando estamos con otras personas.	Fisiológico.	
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Revisar lo visto en la sesión.	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Permite la auto observación de pensamiento ante el otro.	Cognitivo.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pedirá que contesten le instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión. Explicará, como pasar del movimiento individual a un movimiento con pareja.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Conciencia del peso. Visualizar huellas imaginarias que dejan los pies al desplazarse en el espacio. Caminar con distintas sensaciones de peso. Paso del peso corporal de una pierna a otra. Dejar que el peso de la cabeza ceda en el eje vertical.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugeridas.	Materiales.	Tiempo.
De solo a pareja.	Durante los ritmos fluido y estacato, se realizará tanto trabajo individual como en diadas, el terapeuta indicará los momentos adecuados cuando se formen las parejas o se trabaje individual.	Empieza a moverte al ritmo de la música... date cuenta sutilmente de los que te rodean... puede hacer un roce con la mirada... no dejes de poner atención a tu movimiento... busca una pareja... no importa quién sea... fluye con esa persona... no importa quién sea... regresa a tu movimiento individual... busca a otra persona... no importa quién sea... fluye con ella... regresa a tu movimiento individual... no dejes de poner atención a tu movimiento... de nuevo, busca con quien fluir en movimiento... no importa quién sea... regresa a tu movimiento individual...	Pista musical (Fluido).	10 minutos.
		Empieza a moverte a este nuevo ritmo... no dejes de poner atención a tu movimiento... busca una pareja... no importa quién sea... bailen en estacato... palpiten en un movimiento juntos... no importa quién sea... regresa a tu movimiento individual... busca a otra persona... no importa quién sea... disfruten del movimiento...	Pista musical (Estacato).	10 minutos.

		regresa a tu movimiento individual... no dejes de poner atención a tu movimiento... de nuevo, busca con quien hacer una pareja... no importa quién sea... regresa a tu movimiento individual...		
Descanso.	Se parará la música, se darán instrucciones de como pasar de un movimiento individual a uno grupal.	Todos formaremos un círculo en momento determinado, dando soporte a la persona que pase en medio del grupo, siempre con respeto.	Ninguno.	5 minutos.
Movimiento en grupo.	La persona que esté en medio estará un danzando unos segundos, incorporándose de nuevo al círculo para que otra persona pase en medio del grupo. El terapeuta guiará las entradas y las salidas de cada participante.	Empieza poco a poco a moverte al ritmo de la música... forma con tus compañeros un círculo... sin dejarte de mover... un por uno vamos entrando y saliendo del círculo...	Pista musical (Caos).	10 minutos.
Guio y me dejo guiar.	Se trabajará de forma individual y en pareja, el terapeuta indicará cuando se trabaja de manera individual y en pareja, cuando 2 personas estén en parejas, decidirán quién será el guía, el cual pondrá las pautas de movimiento, posteriormente la otra persona tomará el papel de guía.	El ritmo de la música te invita a moverte... busca una pareja... decidan quién será el guía... guía suavemente... se claro en tus movimientos... cuida de ti y del otro... si te estas dejando guiar, pon atención al movimiento del otro... déjate guiar... observa su movimiento... ¡cambien!, ahora tus guías... se claro en tus movimientos... cuida de ti y del otro... si te estas dejando guiar... déjate guiar... observa el movimiento de tu guía... permítete ser guiado... pasa a tu movimiento individual...	Pista musical (Lirico).	10 minutos.
		Poco a poco la cadencia del ritmo baja... busca un nueva pareja... (se repite las instrucciones de guía y seguidor)	Pista musical (Quietud).	10 minutos

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el roce de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	5 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente,	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.

	se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.		
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitanes contestar el instrumento de medición Inventario de ansiedad: Estado y el cuestionario de aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	Instrumento de medición: IDARE- Estado	15 minutos

Se agradecerá por su participación y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sesión 7: “Etapas de vida”

Cuadro Resumen de la sesión.

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa parte 2: TAG y Cuerpo. (Fase 1)	Explicar los diferentes roles de vida: Madre, padre, adolescente, adulto y la senectud y practicar el simbolismo a través del movimiento.	Teórica/Práctica.	Presentación por diapositivas.	La reflexión de creencias y acciones que el individuo toma para su desarrollo de vida.	Cognitivo.	10 minutos.
Exposición de la técnica. (Fase 1)			Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.			15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Revisar a través de los 5 ritmos cada una de las 5 etapas de la vida.	Práctica	Práctica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos	Implantar un sentimiento de plenitud y aforamiento asertivo.	Psicológico.	60 Minutos.
				Establecer hábitos y estilos de vida que pudieran generar autocuidado para mejorar su salud mental.	Cognitivo.	
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Revisar las experiencias vividas en de cada uno de los roles.	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Generar bienestar emocional al aceptar lo que no pudo ser en nuestras propias historias personales.	Psicológico.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pediría que contesten le instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión y recordará lo visto en la sesión pasada, haciendo hincapié a retomarlo para esta sesión.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Conciencia de la respiración. Observar qué partes del cuerpo se mueven al respirar. Profundización de la respiración a partir de ampliar el movimiento en el eje vertical (anterior y retroversión de la columna), en el eje horizontal (caja torácica en expansión). Respiración alta y baja. Evolución del movimiento básico de apertura y cierre.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugeridas.	Materiales.	Tiempo.
.Nacimiento.	El instinto materno nos ayuda a protegernos, cuidarnos y estar atentos a lo que nos rodea, nutriendo siempre nuestra singularidad y autoestima El movimiento y el contacto maternos, es algo indispensable para nuestra naturaleza social, aprender a tener contacto con nuestro cuerpo no permite poner atención a lo que realmente necesitamos Saber reconocernos y lo que necesitamos es la tarea ya cumplida del instinto maternal.	piensa en lo bien que se siente ser tu... alimentarte y cuidarte a ti mismo vale pena... como una madre cuida de su hijo. disfrutas de ti como nadie podría hacerlo... te conectas con tu instinto maternal... sin importar tu género. dejamos que nuestros instintos maternos e intuiciones nos guíen... improvisamos en nuestros pasos... y vamos seguros de nosotros mismos. pensamos en lo que nos hace especiales y amorosos... recordamos nuestros logros... como estos nos nutren para crear más y más. y nos preguntamos ¿Qué es lo que necesito?... seguimos conectado con nuestra respiración... dejemos que la quietud nos abrace. en este movimiento nos dejamos ir... imagina frente a ti a tu yo maternal... fluye y baila con el... siente el tacto protector en tus movimientos.	Pista musical (Fluido).	10 minutos.

		<p>comienzas algo por amor propio y lo terminas por amor propio. con tu yo materno... son una pareja que solo piensa en su cuerpo... en lo que pasa en el aquí y en el ahora. piensa en 3 cosas básicas que necesitas para empezar y terminar tu día... repítelas en tu interior... comunicalas a tu yo maternal por medio de tu baile.</p>		
Infancia.	<p>Analícemos nuestras relaciones en el momento presente, incluida la relación con nuestro padre. Borremos el pasado y las expectativas futuras. Dejémonos sorprender. Practiquemos el "amar a la persona con quien se está". Hagamos un alto y prestemos atención a nuestras relaciones, dejemos que cada una de ellas nos enseñe lo que necesitamos saber. Cuantos más demos, más recibiremos a cambio. Cuantas más atenciones brindemos, más natural nos resultará relacionarnos.</p>	<p>Tus movimiento y pensamientos te permiten conectarte con el arte de relacionarse con el otro... inspira lealtad... siente el compañerismo en tus movimientos artísticos y propios... que tus pasos marquen la generosidad que te muestras a ti mismo y a los demás... impregna la justicia en cada paso que des... eres un artista en tus amistades. intuitivo y paterno... momento de preguntarnos ¿Qué necesita de mí esa persona? y ¿Qué necesito yo de ella?... preguntas que nutren nuestro ser... que nos dan paz y resiliencia... sentimos la vitalidad de ser un amigo... como se sentía una amistad al tener 7 o 10 años ... nuestra amistad nutre a los demás... compartimos ideas, sueños objetivos... y los demás nos acompañan en esos viajes somos seres sociales por naturaleza... y nos preguntamos, ¿Qué se siente ser un amigo?... ¿Qué aprendo de mis amistades?... ¿Cuáles necesito dejar?... ¿Cuáles necesito acercarme deja que el fluido se exprese en tus movimientos como tú te expresas fluidamente en tus relaciones personales... el instinto paterno nos deja fluir de manera armoniosa con nuestros pares Los movimientos nos sacan y nos meten similar al arte de dar y tomar en la amistad... nos empuja y nos jala simulando el dar y recibir el intercambio de la amistad... nuestro movimiento staccato nos permite expresar el dinamismo con el otro... ¿qué tanto disfrutamos de esta danza? como vives una buena compañía</p>	Pista musical (Estacato).	10 minutos.

		tocar el corazón del otro... dejamos de seducir, de competir, de actuar y de exigir... solo vivimos el momento.		
Adolescencia.	Debemos ser nuestros propios maestros: la vivencia de las propias intuiciones, la exploración de estilos y caminos, resulta esencial para llegar a ser uno mismo por el camino de la vida. Lo ideal sería una unión interior de lo materno y lo paterno, de lo femenino y lo masculino, que combine la sabiduría de conocer quiénes somos y qué necesitamos, con la fuerza para defendernos y mantenemos firmes, y así relacionamos con las verdaderas necesidades de los demás.	nos conecta con tu ser joven y los demás... fluye en tus pasos como lo haces en tus relaciones personales... vas con tus instintos paternos y maternos hay certeza en el comienzo y en final... tienes fuerza para defender un ideal... tu corazón es juvenil no importa la edad ... te mantienes firme en tus pasos al igual que tus decisiones Todo colapsa... tu caos te mete al remolino de la juventud... te mueves tienes fuerza... eres un huracán energético... te defines y no te estancas... cambias... te redefines... eres un caos jubiloso... exprésalo con el que tienes enfrente... trae a ti un momento lleno de fiesta y disfruta con el otro. joven artista y soñador aparece en el lírico... para ti el mundo es un lienzo en blanco listo para que lo pintes con tu alma joven... recuerda no importa que tan grande te sientas... bailas contigo y con el otro... creas te inspiras en el otro la sabiduría juvenil te guía en tus pasos largos, estirados y llenos de paz... escucha tu respiración... que te conecte con lo masculino-femenino, con el líder-seguidor	Pista musical (Caos).	10 minutos.
Adultez.		nuestra confianza de quienes somos nos acompaña en cada paso de esta danza... así es la madurez en fluido... certera, sin miedos, sin pausas cortantes... ... sientes la energía de tus pasos que te impulsan... la madurez exige una danza ecuánime y llena de confianza... te comprometes con todo lo que eres y te desapegas para ver lo que hay sabiamente... eres un actor y testigo de tu vida. tu madurez te prepara para bailar en un mundo nada es seguro solo tu confianza en ti... todo tu ser esta listo y presente en la vida... tu salud, tus amigos y tu oficio... son satisfactorios y tiene significado	Pista musical (Lirico).	10 minutos.

		<p>es un maestro... de sus enseñanzas se retroalimenta para perfeccionar su arte... creas y contribuyes con tu crecimiento y con hacer mejor a la sociedad... tus pasos liricos dejan huella... es el arte de la permanencia en lo que mejor sabes todo lo que somos y lo que podemos ser esta instalo en nuestro ser... el creer en nosotros mismos nos da paz y sabiduría... nos deja actuar de manera consiente y observar de manera sabia... disfrutemos de nuestra madurez en quietud</p>		
Vejes.	<p>El último ciclo comienza y termina cuando el cuerpo se entrega. En este último tramo del aprendizaje nos enfrentamos a nuestra mortalidad, a la verdad esencial de que nacemos para morir. Recibimos la lección de la propia vida: el universo, como maestro sagrado, es la fase final del camino, un camino centrado en el aquí y en el ahora. Vivir sin apegos ni ataduras a personas, lugares, posesiones, filosofías, sin apego a perpetuar el vivir. Dejarse ir, dejarse ser. Simplemente ser. Y eso es todo.</p> <p style="text-align: center;">E</p>	<p>En el ciclo final es tiempo, de entregar las riendas del control y la ambición. Es un tiempo de ser, sentir y pensar. Es la liberación de la todo, la liberación de la preocupación acerca de lo que es superfluo Dejamos atrás curativamente el pasado, cumpliendo con nosotros, podemos llegar a hacer ciudadanos universales, para comprender la conexión con todo y todos. Forjamos nuestra conexión con la totalidad.</p>	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el rose de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	5 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente, se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitanes contestar el instrumento de medición Inventario de ansiedad: Estado y el cuestionario de	Instrumento de medición:	15 minutos

	aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	IDARE- Estado	
--	--	------------------	--

Se agradecerá por su participación y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sesión 8: “Formas de ser”

Cuadro Resumen de la sesión.

Tema	Objetivos	Tipo de dinámica.	Actividad	Utilidad	Componente de ansiedad que se trabaja	Tiempo
Exposición psicoeducativa parte 2: TAG y Cuerpo. (Fase 1)	Reflexionar sobre cómo nos percibimos a nosotros mismos, cuando estamos en estados emocionales estables, positivos y centrados.	Teórica.	Presentación por diapositivas.	Poder percatarnos de estados emocionales, autoevaluación de estado emocional y direccionar estado emocional.	Psicológico..	10 minutos.
Exposición de la técnica. (Fase 1)	Practicar a través del movimiento la dualidad entre un estado emocional positivo y uno negativo.	Teórica/Práctica.	Exposición de los componentes y breve práctica por parte de los participantes.	Reflexionar el estilo de pensamientos a través de los diferentes estados emocionales.		15 minutos.
Práctica del movimiento. (Fase 2 y 3)	Explorar la dualidad de mis estados emocionales.	Práctica	Practica de técnicas en DMT: Mapa 5 Ritmos			Cognitivo..
Conciencia corporal. (Fase 4 y 5)	Revisar el contenido de la sesión y del curso	Práctica.	Exploración a través de la sensación corporal.	Explorar las experiencias positivas y negativas de forma segura y regulada.	Cognitivo.	40 minutos.

Componentes de la sesión.

Fases	Objetivo de la fase	Actividad dentro de la fase	Materiales
Fase 1: Inicio	Se proporcionarán las pautas generales para la sesión. Se observan los contactos iniciales, entendidos como la relación del individuo con el profesional y la participación e inclusión con el resto de los participantes.	Bienvenida Formación en media luna, objetivos de la sesión.	IDARE-Estado. Proyector. Diapositivas. Equipo de sonido.
Fase 2: Calentamiento	Observar las sensaciones corporales, las tensiones físicas; elongar la musculatura; tomar conciencia de la modalidad respiratoria presente; lograr cierto grado de autopercepción, reconocimiento del ambiente y de la presencia de los otros participantes.	Calentamiento.	Equipo de sonido.
Fase 3: Desarrollo	Continuar con las propuestas y objetivos centrales de la sesión.	Mapa 5 ritmos.	Equipo de sonido.
Fase 4: Relajación	Centrar a la persona hacia el final de la sesión, generando conciencia corporal, de sí mismos, de los otros y del contexto físico en el que se encuentran inmersos.	Respiración. Encuadre corporal.	Ninguno.
Fase 5: Cierre	Incluye todo el proceso de finalización de la sesión psicoterapéutica y la evaluación de la participación, la comunicación verbal y la no verbal.	Formación en media luna, retroalimentación de la sesión Evaluación final.	IDARE-Estado. Hoja de actividad complementaria.

Fase 1: Inicio:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Bienvenida	Se dará la bienvenida al grupo agradeciendo su participación y su asistencia, se les pedirá que contesten le instrumento de medición Inventario de ansiedad (Estado).	Instrumento de medición: IDARE-Estado	15 minutos
Formación en media luna, objetivos de la sesión.	Se les pedirá a los participantes formarse en media luna. El terapeuta dará a conocer los objetivos de la sesión. Informará que esta es la última sesión del programa. Pedirá a los participantes que durante toda la sesión recuerden todo lo aprendido durante el curso.	Ninguno.	10 minutos.

Fase 2: Fase de calentamiento:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Calentamiento.	Exploración libre del cuerpo, recordando las formas de calentar de las sesiones pasadas.	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 3: Desarrollo:

Técnica.	Dinámica.	Verbalizaciones Sugerida.	Materiales.	Tiempo.
La mejor parte de mí.	Durante el movimiento se le pedirá a los participantes que evoquen una figura imaginativa, la cual tendrá como características ser la mejor versión de ellos, para que a través del movimiento exploren sus cualidades de manera simbólica.	Nos entregamos a la fluidez del ritmo... intensificarlo... exagéralo... nos elevamos... nos expandimos... nos abrimos... nos hundimos... nos contraemos... y nos cerramos... Imagina que frente a ti esta la mejor parte de ti... danzamos con tu yo... entregamos nuestro cuerpo y mente... a esta ola de movimiento... una y otra vez... acompañando a nuestro reflejo... hasta que nos encontramos... y nos diluimos en el movimiento...	Pista musical (Fluido).	10 minutos.
		Comenzamos a movemos en un ríspido estacato... de formas definidas... cada movimiento con un principio... y un final... Nos fundimos en el ritmo de los tambores con nuestro reflejo... los brazos y piernas se transforman en instrumentos de percusión... que golpean el suelo y el espacio circundante... mientras todo esto pasa me pregunto... que se siente danzar con migo mismo...	Pista musical (Estacato).	10 minutos.
		El cuerpo gira vertiginosamente... flácido como una muñeca de trapo... la columna ondula... la	Pista musical (Caos).	10 minutos.

		<p>cabeza se suelta... las manos vuelan... los pies atados al ritmo... sigo acompañado de mi reflejo... los dos nos estregamos al caos... nos sentimos eléctricos... conectados... enchufados a una especie de generador gigantesco... Danzamos como relámpagos... exteriorizamos el corazón... vibrantemente vivo... completamente caótico.</p>		
		<p>La mejor parte de ti sigue hay contigo... justo en el momento en que creemos estallar o derrumbamos... nos posamos como una pluma... sobre los rasgos livianos de nuestro ser... es ritmo lírico... imagina que las luces se funden en tonos pastel... los sonidos desembocan en una dulce melodía y el cuerpo se desliza en curvas majestuosas... como en un vals... disfruta de la danza... tu danza...</p>	Pista musical (Lirico).	10 minutos.
		<p>Nos dejamos caer al vacío... flotantes... sentimos ascender... y descender... al compás de la respiración... te contraes y te expandes ocupando todo el lugar... La quietud está plena de ser... De estar vivo... Imaginamos nuestra mejor parte de nosotros delante nuestro... nos fundimos en un solo ser... solo somos uno... nos sentimos radiantes... transformados... extáticos... El cuerpo está quieto... pero por dentro todo vive en movimiento...</p>	Pista musical (Quietud).	10 minutos.

Fase 4: Relajación:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Respiración.	Se les pedirá a los participantes que cierren los ojos, y se concentren en el rose de la respiración entre la zona de las fosas nasales y los labios superiores.	Ninguno.	5 minutos.
Encuadre corporal.	Se dará la instrucción de observar la sensación cada parte del cuerpo, empezando desde los pies a la cabeza.	Ninguno.	5 minutos.

Fase 5: Cierre:

Técnica.	Dinámica.	Materiales.	Tiempo.
Formación en media luna, retroalimentación de la sesión.	Los participantes que se tomaran asiento, en una formación en media luna, posteriormente, se les pedirá a cada uno que verbalice la experiencia de la sesión.	Ninguno.	De 15 a 20 minutos.
Evaluación final	Se les pedirá a los palpitanes contestar el instrumento de medición Inventario de	Instrumento de medición:	15 minutos

	ansiedad: Estado y el cuestionario de aceptabilidad terapéutica. Se dará las instrucciones de la actividad complementaria.	IDARE- Estado	
--	--	------------------	--

Se agradecerá por su participación y se les recordará la fecha y hora de la siguiente sesión.

Anexo 2: Actividades complementarias

Actividad 1 parte 1: La ansiedad en mi cuerpo

¿Has observado tu cuerpo cuando te sientes ansioso?, a manera de reflexión, identifica en que parte o partes de tu cuerpo sueles identificar que estas ansioso, y realiza una breve descripción de los que percibes.

¿Qué parte o partes de mi cuerpo identifico la ansiedad?

¿Cómo sucede?:

Actividad 1 parte 2: Conociendo mi entorno a través de los ritmos

Es importante entender que los ritmos no solo se delimitan a formas musicales y de danza, si no también, a estilos de vida, acciones y personalidades, por lo que es útil entender esta relación con tu entorno (Gabrielle Roth).

Recuerda los ritmos que revisamos durante la primera sesión: (ejemplificar) Fluido, Estacato, Caos, Lirico y Quietud. A continuación, escoge 3 personas cercanas a ti, escoge un ritmo que caracteriza a esa persona, ya sea por su forma de ser, de cómo enfrente las dificultades o la impresión que te da, finamente describe brevemente la percepción por cual crees que esa persona se caracteriza por ese ritmo.

Persona 1. Parentesco: _____

Ritmo que caracteriza a esa persona: _____

¿Por qué? _____

Persona 2.

Parentesco:

Ritmo que caracteriza a esa persona:

¿Por qué?

Persona 3.

Parentesco:

Ritmo que caracteriza a esa persona:

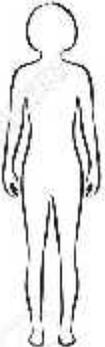
¿Por qué?

Actividad complementaria 2

Conociendo El Cuerpo.

Es importante identificar qué es lo que pasa con nuestro cuerpo durante un episodio de ansiedad, por lo que se vuelve una herramienta útil para 2 propósitos, la regulación y la identificación de las sensaciones en el cuerpo antes de que comience un episodio ansiedad agudo.

Durante toda esta semana, permítete en un tiempo al final de tu día, sobre todo cuando estés solo y concentrado, utilizar las siluetas que se te presentan a continuación, para iluminar la zona en donde más y menos identificas sensación de ansiedad. Puedes utilizar diferentes colores para jugar con la intensidad.

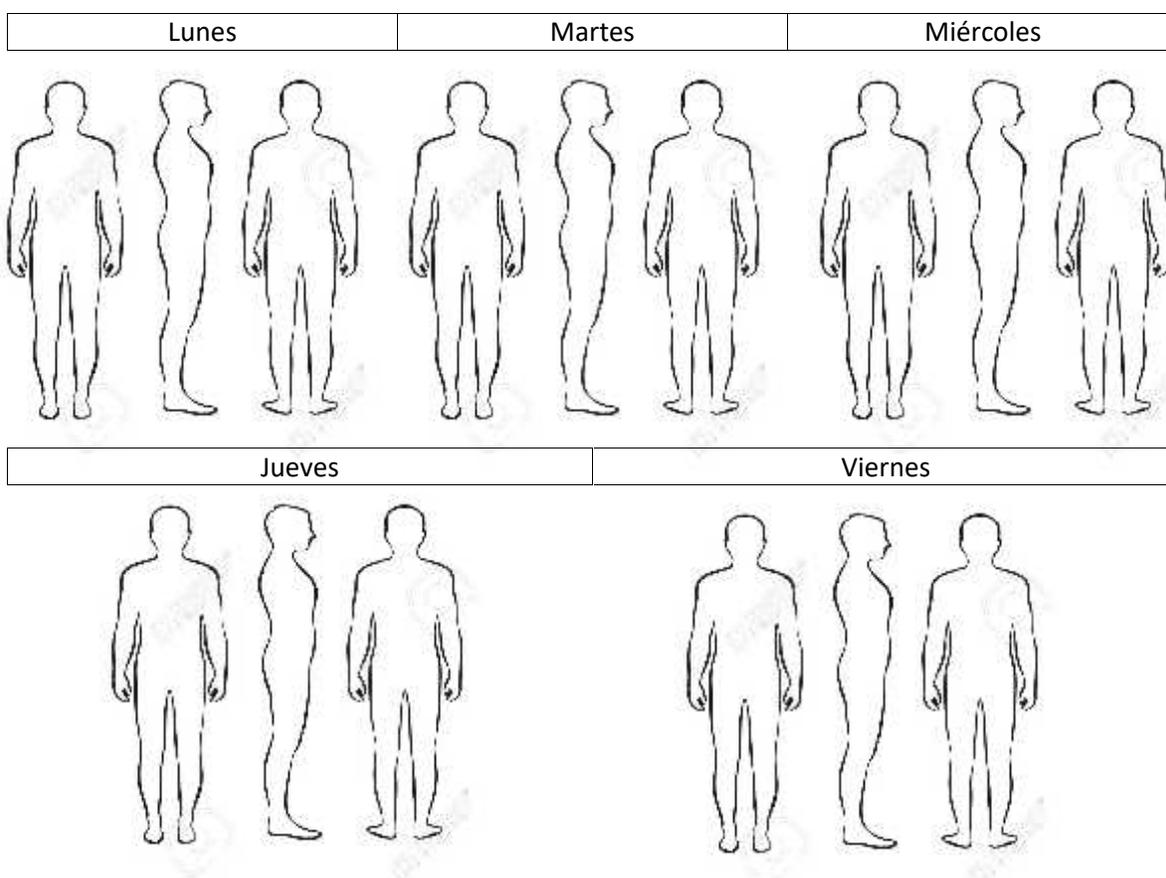
Lunes			Martes			Miércoles		
								
Jueves			Viernes					
								

Actividad complementaria 2

Conociendo El Cuerpo.

Es importante identificar qué es lo que pasa con nuestro cuerpo durante un episodio de ansiedad, por lo que se vuelve una herramienta útil para 2 propósitos, la regulación y la identificación de las sensaciones en el cuerpo antes de que comience un episodio de ansiedad agudo.

Durante toda esta semana, permítete en un tiempo al final de tu día, sobre todo cuando estés solo y concentrado, utilizar las siluetas que se te presentan a continuación, para iluminar la zona en donde más y menos identificas sensación de ansiedad. Puedes utilizar diferentes colores para jugar con la intensidad.



Actividad 3: Observando mi Ritmo...

Describe de manera concreta y natural tu experiencia, en las 3 esferas.

Fluido

Primer Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Segunda Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Staccato

Primer Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Segunda Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Caos
Primer Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Segunda Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Lirico
Primer Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Segunda Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Quietud
Primer Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Segunda Ola

Pensamiento	Sensación	Movimiento

Actividad 4

Las emociones, repasaremos nuestras emociones como lo hicimos en la sesión, reflexionamos de qué manera navegamos entre las 2 naturalezas de nuestras propias emociones.

Miedo

Negativo	Positivo

Ira

Negativo	Positivo

Tristeza

Negativo	Positivo

Felicidad

Negativo	Positivo

Amor

Negativo	Positivo

Actividad 5

Todas las versiones de mí, repasando las 5 etapas del desarrollo reflexionemos, de cómo en este presente empezamos a tomar acciones para mejorar nuestra vida, recuerda, con toda compasión separa lo que no fue y enfoquémonos en lo que será siendo.

Mi yo maternal: 5 maneras como soy maternal conmigo, como cuidó de mí.

Mi yo Paternal: 5 maneras como soy un padre para mí, como me guió, como soy amigo con otros.

Mi yo Adolécete: 5 maneras de como marco mi camino, mis maestros, personas, ideas, libros, personajes que me inspiran a ser yo.

Mi yo Adulto: 5 maneras de ser un maestro, ¿Qué le dejo a la sociedad, desde lo mejor de mí?

Mi Senectud: 5 maneras de dejar mi semilla, ¿Cómo me gustaría partir?, ¿Qué puedo hacer para hacerlo? ¿Mi testamento de acciones, de recuerdos?

Anexo 5: Aprobación del comité de Investigación



Evaluación y recomendaciones del Comité a la presentación de proyecto

Fecha: Abril 5, 2017.

Título del proyecto: INICIO IC17053.0 "Efecto de la danza, movimiento y terapia como intervención complementaria, para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada"

Investigador Principal: Psic. Sergio Abraham Reyes Pantoja.

Recomendaciones

Se realizaron las siguientes recomendaciones: a) Considerar tiempos de tratamiento farmacológico y adherencia al mismo en los participantes; b) Controlar factores como comorbilidad y eventos vitales estresantes en el tiempo de la intervención. Se acordó aprobar el proyecto para su inicio.

Evaluación

	SI	No
Proyecto Inicial		
Aprobado sin modificaciones	X	
Aprobado con modificaciones		
Se solicitó nueva presentación con modificaciones para su aprobación		
No aprobado		
Proyecto en Curso		
Con avance adecuado		
Con avance insuficiente. Se hicieron recomendaciones y se solicitó nueva presentación		
Con avance nulo. Se hicieron recomendaciones y se solicitó nueva presentación		
Se solicitó suspender el proyecto		
Proyecto Terminado		

Dr. Jorge J. González Olivera
Secretario Técnico

C. P. Francisco de la Peña Olivera, Jefe del Departamento de Planteo a la Investigación - Presente.
C. P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Unidad Contable de Recursos de Terceros - Presente.

Consultar: www.inpsiquiatria.com.mx / www.inpsiquiatria.com.mx / www.inpsiquiatria.com.mx

09/05/2017

Lic. Leticia Nicolás Trujillo
PSICOLOGA
CED. PROF. 4407252

09-05-2017

Anexo 3 Resultados de las actividades complementarias.

Actividad 1

La actividad 1 tenía como objetivo reforzar lo visto en la sesión 1 y 2, esto llevó a dividirla en 2 partes. La primera consiste en que los participantes lograran observar los síntomas de ansiedad de manera fisiológica y motora, es decir, que identificaran en que parte de su cuerpo se hacía presente alguna sensación y como ésta se manifestaba cuando se sentían ansiosos, en algún día en especial que ellos escogieran como importante o difícil a lo largo de la semana.

Los participantes lograron identificar partes del cuerpo en donde se manifestaba la ansiedad, el pecho fue la parte del cuerpo mayormente mencionada, seguida por las manos, piernas, estómago, mandíbula y cuello, en menor medida reportan garganta hombros y espalda.

En cuanto al cómo se manifestaba la ansiedad, las representaciones más recurrentes en las descripciones de los participantes, se encontraba la falta de aire ante alguna situación estresante y en algunos casos sin ninguna razón, acompañada de hormigueos y tensión muscular.

Cabe mencionar que los participantes, utilizaron esta reflexión para trabajar durante las siguientes sesiones. La descripción de un participante varón sobresale por su grado de reflexión.

¿En qué parte o partes de mi cuerpo identifico la ansiedad?

“En el pecho y garganta, y en ocasiones en mis piernas estómago y espalda”

¿Cómo sucede?

“Las más de las veces solo llega sin ninguna razón aparente. Pero he identificado que cuándo tengo que hacer algo nuevo o que me refiere un reto, como cuando de alguna manera tengo que ser evaluado o tengo que debatir o discutir algún asunto, entrevistarme con alguna persona para arreglar una situación determinada o algún reclamo de mis derechos son detonantes de ansiedad o negarme hacer algo que no quiero”

Como se puede observar, el participante logra identificar que aparte de su cuerpo se ve afectado en un episodio de ansiedad, si no también, logra reflexionar como sucede e identificar los detonantes que podrían afectar su estado emocional.

En la segunda parte de la actividad, tenía como objetivo la identificación de los conceptos tratados durante la sesión 1, ya que es importante que se establezca un puente simbólico entre lo visto en las sesiones y la vida cotidiana, estos conceptos son la base de la intervención y se refieren a los diferentes tipos de ritmos, los cuales están descritos en el marco teórico y en el manual de intervención.

La actividad consiste en solicitar que identifique a 3 personas cercanas al participante, asignando alguno de los 5 ritmos para cada una de esas personas, basándose en su forma de ser, comportamiento, como ésta resolvía o actuaba ante situaciones específicas problemáticas, finalmente tenían que hacer una breve descripción de ritmo asignado y la relación que presentaba con la persona.

Los participantes en su mayoría escogieron familiares, como hermanos, hijos y parejas. Entre los ritmos que más mencionados está el caso, del ritmo fluido, estacato y quietud, finalmente el lírico en menor medida. En cuanto al caos, lo participantes identifican este ritmo como algo negativo, esto se puede observar en sus percepciones, por ejemplo.

Participante femenina.

Persona que identifica: Hijo de 25 años.

Ritmo que caracteriza: Caos

¿Por qué?: “Todo pierde, se pone nervioso, le sudan las manos, camina muy acelerado, trabaja bajo presión, come deprisa, hace ejercicio como loco, se enoja se impacienta, no va a su ritmo”

Otros participantes lograron identificar lo parte positiva de los ritmos, siendo capaz de apreciar la virtud de las personas a través del ritmo, por ejemplo.

Participante femenina.

Persona que identifica: Mi madre de 72 años

Ritmo que caracteriza: Quietud.

¿Por qué?: “Siempre fue muy tranquila, tenía mucha paciencia no se enojaba, no vivía de prisa, comía disfrutando, resolvía los problemas tranquilamente, buscando soluciones, su caminar era muy despacio, no se presionaba”.

Es interesante mencionar que en la mayoría las descripciones acerca del caos son negativas, esta percepción va cambiando a medida que avanzan las sesiones, como referencia se tiene el comentario de una de las participantes durante una de las sesiones.

Participante femenina.

“Entiendo que el caos me ayuda, me libera, ayuda a no ser consecuente conmigo, puedo dejar de pensar en que van a decir los demás y me enfoco en sentir mi cuerpo en bailar sin ataduras”

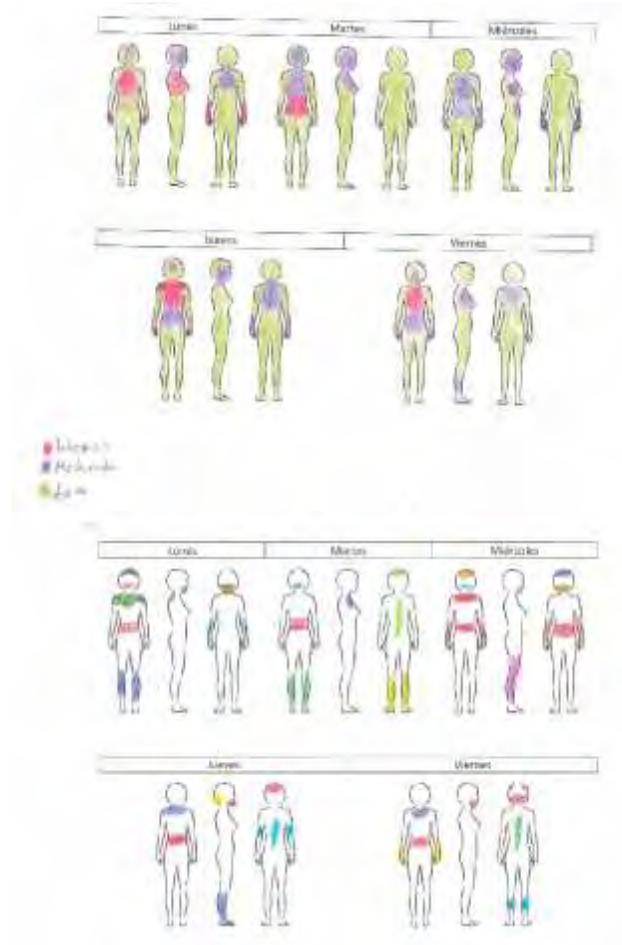
En cuanto a los ritmos restantes, los participantes hacen descripciones positivas, logran identificar los ritmos con mayor facilidad dentro de las sesiones y en situaciones fuera de la terapia.

Actividad 2.

En la actividad 2 se invitó a los participantes durante toda una semana identificar de manera gráfica las sensaciones cuando se sentían ansiosos en dibujos de siluetas humanas, ayudándose de diferentes colores para indicarlos y diferenciar la intensidad de manera libre (Figura 3). El propósito principal fue que los participantes pudieran estar más atentos a estas alertas corporales, ayudando a su regulación, la cual se fue entrenando a lo largo de las demás sesiones.

Figura 3

Representación gráfica de la sensación corporal de la ansiedad por medio de la observación de los participantes.



En la mayoría de los casos coinciden estas zonas con lo antes descrito por los participantes durante la actividad 1, agregando una nueva zona, la cual no fue mencionada anteriormente, esta zona corresponde a la cabeza en específico la parte superior de esta. Cabe mencionar que, dentro de los comentarios de esta actividad, los participantes asintieron que no suelen poner atención a las sensaciones de su cuerpo, sino hasta que esta se ven rebasadas por alguna sensación fuerte provocada por la ansiedad, lo cual les provoca en consecuencia malestar, si bien durante esa semana lograron identificar sensaciones pequeñas como grandes.

Actividad 3

Uno de los pilares principales de la DMT, es facilitarle al participante un trabajo interno a través de la música, y el movimiento, lo cual resulta importante, al exteriorizar los pensamientos, sensaciones y auto observar los movimientos que surgen durante la sesión, con el fin de reflexionar e interiorizar lo aprendido. Por lo que esta actividad a diferencia de las demás se realizó durante la sesión.

La consigna que se estableció fue, que tras terminar cada uno de los 5 ritmos, los participantes se dieran un tiempo para escribir de forma breve pensamientos que surgían durante el ritmo, sensaciones percibían en el cuerpo y una auto evaluación sobre su propio movimiento, esto se repitió 2 veces por ritmo.

Los participantes lograron describir sus reflexiones durante el ejercicio. Dichas reflexiones se caracterizan por reflejar sus pensamientos, sensaciones y la autoevaluación de sus movimientos.

La calidad de sus experiencias va desde incómodas o negativas, pasando por neutrales hasta agradables o positivas, por lo que se puede observar que conforme los participantes se acercan a los últimos ritmos, es decir casi al final de la sesión de trabajo, sus descripciones suelen ser más positivas o reflexivas.

Actividad 4

Esta actividad tenía como objetivo explorar 5 emociones; Miedo, Ira, Tristeza, Felicidad y Amor, por medio de una visión negativa y positiva, para cada una de las

5 emociones. Tras revisar el tema en la sesión, se les pidió a los participantes que a modo de reflexión escribieran que pensamientos surgieron durante el desarrollo de la misma y lo trajeran para la próxima reunión. Uno de las descripciones resultantes se puede leer a continuación.

Participante Mujer de 20 años de edad:

Tristeza Negativa...

“Abatimiento, Pérdida de interés... huyo de ella, la reprimo, aislamiento... llanto injustificado”

Tristeza Positiva...

“Me permite soltar, lo que fue, fue y lo que no, no... me permite pedir ayuda, me permite empezar de nuevo, ser consciente de mí y lo que rodea...”.

Los participantes logran describir como sus emociones pueden llegar a generar molestia en su cotidianidad, pero, no obstante, también logran describir como estas emociones pueden ser benéficas si son correctamente manejadas.

Actividad 5

Finalmente, para cerrar esta sección, la actividad 5 tenía como finalidad la exploración de lo que establece Juhan en 2003 y Vergeer en 2018 como roles de vida. Dichos roles son los siguientes: Madre, padre, adolescente, adulto y la senectud, estos roles en teoría suponen la revisión de creencias y acciones que el individuo toma para su desarrollo de vida, en concreto cada rol es un bloque simbólico el cual se vincula con acciones específicas. La consigna fue que, tras la revisión del tema en la sesión, los participantes a manera de reflexión, describieran como cubrirían cada uno de estos roles. A continuación, se muestra el ejercicio de un participante varón de 43 años de edad.

Mi yo Maternal:

“Como saludable mente, cuido mis horarios de sueño, hago ejercicio cada tercer día...”

Mi yo Paternal:

“Soy bondadoso conmigo, soy amigable con los demás...”

Mi yo adolescente:

“Me mueve la libertad y la justicia, me inspiran las personas que luchan por la equidad...”

Mi yo Adulto:

“Dejo mis escritos y mis libros, mis historias de vida...”

Mi Senectud:

“Cuido mi salud mental y física para lograr partir en armonía...”

Como se puede leer en el ejemplo, los demás participantes lograron describir cada uno de los 5 roles, cabe resaltar que surgieron dificultades para algunos participantes describir el rol de la madre y padre.

Anexo 4: Conclusiones de las actividades complementarias.

En las evidencias mostradas por algunos estudios (Bräuninger, 2014; Fischman, 2014; Juhan, 2003; Payne, 2006) fueron utilizadas para discutir los resultados cualitativos obtenidos en las 5 actividades complementarias. Nos gustaría destacar que estos hallazgos no pertenecen a los objetivos principales de la investigación, y fueron de especial interés por que podrían complementar a como evidencia de lo vivido por los participantes que lograron entender sobre su problemática.

Dentro de las descripciones de la actividad uno la mayoría de los participantes logran identificar con certeza las sensaciones de su cuerpo cuando están en un episodio de ansiedad, estas percepciones en un principio pudrían surgir de manera natural, sin la necesidad de un terapeuta o intervención siendo esto parte de los síntomas del TAG, lo que es importante destacar se establece en los resultados encontrados por Juhan en 2003. El cual establece que la eficacia de la autorregulación de un episodio estresante depende del tiempo que el participante le dedica observar las sensaciones gruesas y menores, siendo que a mayor tiempo de observación mejor resulta la autorregulación.

Para la segunda parte de la actividad sucedió algo que describe Fischman en 2014, como “simbolización”, esto era crucial establecer en las primeras sesiones, debido a que es uno de los fundamentos principales de la intervención fue proveer al usuario de un lugar seguro en el cual pudiera expresar sus emociones y por otro lado se diera cuenta que puede usar los conceptos básicos de intervención como metáforas, para entender desde otra perspectiva lo que vive en su cotidianidad, sobre todo para sacar ventaja y manejar una crisis emocional.

En la actividad dos la intención fue reforzar lo visto en la actividad uno, agregando un componente más, que el participante fuera un constante monitor de las sensaciones más débiles antes de que se presentaran las más gruesas, este fenómeno es estudiado por Bräuninger en 2014, le da el nombre de meditación en movimiento, lo que se refiere a monitoreo constante, de tal manera que cuando identificaban una pequeña sensación en la zona del cuerpo, observar a darle

movimiento por medio de la danza, lo que no permitía que esa sensación no creciera más y en algunos casos desaparecía.

Lo obtenido de la actividad 3 nos deja evidencia de lo que McCormack, D. P. en 2002 establece en su estudio, donde la DMT además de ser una intervención que alivia los síntomas en el momento de la práctica, es un sistema de entrenamiento que le permite al participante de autosuficiente, esto implica que en el participante se le enseña a moverse, parar, a observar y ser crítico de lo que está viviendo en sus pensamientos, sensaciones y sus movimientos. Esto cuando se lleva a la vida cotidiana tiene un impacto de autocontrol al ya no dejarse llevar desmesuradamente por las preocupaciones o angustias, permitiendo discernir entre lo que pudiera ser una situación que requeriría mayor atención y otra que no.

Las evidencias obtenidas de la actividad 4 fueron en gran medida un punto crucial para la resignificación cognitiva de los pensamientos negativos que presentan los participantes cuando se enfrentan a una vicisitud cotidiana.

En un principio Fux establece las bases teóricas y prácticas sobre la exploración de las emociones en DMT en 1982. Pero, fue a través de los supuestos teóricos de la técnica de los 5 ritmos expuestos por Roth, G. en 1998 se lograron materializar las bases para realizar esta actividad, si bien la premisa era la exploración de 5 emociones; miedo, ira, tristeza, felicidad y amor, estas emociones según la autora, son la base crucial de nuestras dinámicas sociales y al expresarlas correctamente, se obtiene beneficios en nuestras dinámicas sociales, en concreto las 5 emociones cumplen un papel importante en nuestro desenvolvimiento cotidiano y sería dañino tratar de bloquear o dejar que nos rebasen.

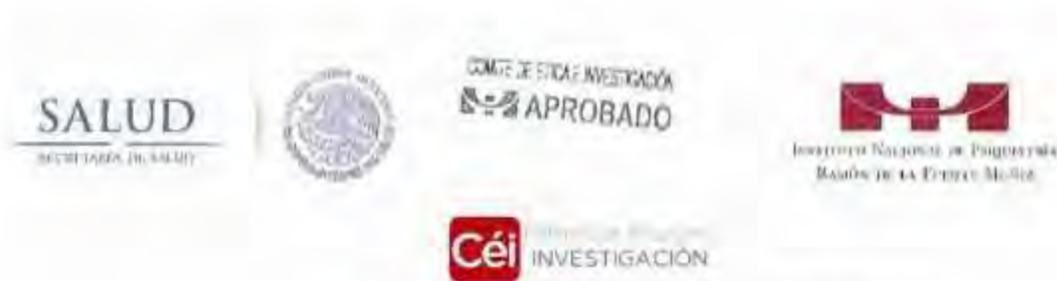
Las percepciones antes de la actividad dejaron ver que, las primeras 3 emociones eran negativas a modo de generalización, que estas no tenían ninguna utilidad y que, al contrario, eran las causa de muchos de sus malestares por lo que preferían evadirlas, por otra parte, las últimas 2 son emociones son raramente sentidas y desean poder acceder a ellas constantemente, después de la sesión y al mostrarles que todas las emociones son útiles, sus percepciones cambiaron, lograron percibir la utilidad de las 3 primeras emociones, y llegando a la conclusión

que las últimas 2 son en medida consecuencia de permitirse sentir miedo, ira y tristeza.

Las bases teóricas que utilizaron para esta discusión se tomaron de la exploración de dos estudios el elaborado por Payne en 2006 y Vergeer recientemente en 2018, se exploran otro de los pilares de la técnica desarrolla por Roth, establece la exploración de cinco diferentes roles que representan etapas específicas a lo largo de la vida.

En un primer contacto a la mayoría de los participantes se les dificultó describir el rol de madre y padre, ya que reportan que la mayoría de problemas se dieron con estas figuras familiares, después de la sesión, sin importar la edad del participante pudieron identificarse dentro de los cinco roles. Lo que perciben tiene que ver en un principio con establecer hábitos y estilos de vida que pudieran generar autocuidado para mejorar su salud mental. Los autores antes mencionados declaran que estos roles al ser explorados permiten conocer cómo se formó la psique, cómo fue herida en su tiempo, y cuáles fueron las experiencias positivas que pudieran existir. Explorar el pasado de manera adecuada en un espacio terapéutico supone un impulso para llegar a un sentimiento de plenitud, libre de lo que no pudo ser en nuestras propias historias personales.

Anexo 6: Aprobación del comité de Ética



"2017, Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

Fecha y Número de Aprobación:

Febrero 27, 2017

CEI/C/013/2017

Psic. Sergio Abraham Reyes Pantoja

Investigador Principal

Presente

Por este medio me permito informarle que el proyecto titulado: "Efecto de la danza, movimiento y terapia como intervención complementaria, para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Raulón de la Fuente Muñoz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, 14370, Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos.

Documentos Revisados y Aprobados, Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación y consentimiento informado.

Atentamente,

Dr. Ricardo Arturo Saracco Álvarez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Anexas

C.e.p. Mtra. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales-Preente

Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación y Subdirector de Investigaciones

Cívicas-Preente

CP Alejandra Tzofia Valdovinos, Unidad Central de Recursos de Terapeutas-Preente

Calzada México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, CP 14370, México, D.F.
Tel: +52 (0)55 480 0251 • www.inpsiquiatria.gob.mx

Anexo 7: Carta de consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: Efecto de la Danza Movimiento y Terapia, como intervención complementaria, para el tratamiento de usuarios con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

PRESENTACIÓN. - Le agradezco su interés y su tiempo, mi nombre es Sergio Abraham Reyes Pantoja, soy Psicólogo y estudiante de la Maestría en Ciencias de la Salud de la UNAM, con énfasis en Salud Mental Pública cuya sede es el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Este estudio ha sido revisado continuamente, por un comité académico de profesionales adscritos, por lo que puedo asegurarle su seriedad y apego al respeto a quienes participen.

INVITACIÓN Y OBJETIVO. – Como parte de mi formación, estoy realizando un estudio en colaboración con otros Investigadores adscritos a este instituto y a la UNAM, que tiene como objetivo evaluar la efectividad de la intervención llamada “Danza Movimiento y Terapia” (DMT), como complemento al tratamiento psiquiátrico, para participantes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

UTILIDAD DE ESTE PROYECTO. - Esta investigación está orientada a responder y aportar información a la comunidad científica, enfocada en la salud mental para comprobar si la DMT puede ser una herramienta terapéutica efectiva en grupos psicoterapéuticos enfocados en el tratamiento del TAG.

SU PARTICIPACIÓN. -Si usted acepta participar, es importante para nosotros aclarar que, durante todo el estudio, su participación es voluntaria y confidencial, por lo cual tendrá libertad de no participar más antes de iniciar o durante el estudio con la seguridad de que se respetará y respaldará dicha decisión, esto sin tener consecuencias para su tratamiento o atención dentro de la institución.

Su participación dentro del proyecto consistiría en:

-) Una entrevista inicial que incluye responder 2 cuestionarios que evalúan la sintomatología del TAG (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad; e Inventario de ansiedad: Rasgos).
-) Participar en 8 sesiones de DMT, las cuales serán grupales y tendrán una duración de 2 horas, una vez a la semana.
-) Antes y después de terminar (dentro de las 2 horas que se programan) se le pedirá contestar un cuestionario que evalúa la sintomatología de TAG (Inventario de ansiedad: Estado).
-) Al finalizar el programa se le pedirá una última entrevista de cierre, en donde además le pediremos contestar los mismos cuestionarios de la entrevista inicial.

RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR. - El psicólogo Sergio Abraham Reyes Pantoja, siendo el investigador principal, realizará la entrevista inicial y final, y también las aplicaciones de los cuestionarios psicológicos mencionados con anterioridad, así como la realización de las 8 sesiones de DMT y la resolución de todas las dudas que usted tenga en cualquier punto del proyecto.

REQUERIMIENTOS DEL PARTICIPANTE. - Requerimos de su participación para contestar los test psicológicos: Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA de Miguel Tobal), Inventario de ansiedad (Rasgos-Estado de Spielberger) y La Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4). Con la finalidad de recabar datos que nos permitan realizar análisis estadísticos y la toma de decisiones sobre la intervención.

CONFIDENCIALIDAD. - Toda la información recabada en este proyecto será confidencial y será resguardada, en un archivo bajo llave y los datos electrónicos estarán resguardados bajo clave, se cuidará en todo momento la confidencialidad de sus datos. Solo el investigador principal tendrá acceso a esta información y se utilizará solo con fines académicos.

RIESGOS. - **Los riesgos en esta investigación son mínimos, las sesiones requieren demanda física mínima con impacto muscular y articular bajo, en el caso de presentar malestar físico, se le pedirá suspender la realización de la actividad física. La DMT en personas sensibles pudiera ocasionar algún malestar emocional, para esos casos se llevará a cabo la contención pertinente, y de ser necesario se le acompañara al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) de este mismo instituto para su atención, la cuota del servicio en APC, correrán a cuenta del participante. Para las entrevistas y los cuestionarios psicológicos, no hay ningún riesgo ni costo.**

BENEFICIOS DEL ESTUDIO. - Usted recibirá los beneficios de practicar una actividad física que le dará un estado de vigor y relajación, además le proveeremos material escrito y auditivo que se usará en las sesiones.

Recuerde que su participación es, en todo momento, voluntaria, y para cualquier duda o aclaración, puede comunicarse con el investigador principal vía correo electrónico a: sergio.abraham.reyes@gmail.com., o al teléfono 41605381.

Deseo participar en proyecto de investigación: SI NO Fecha: / /

Firma y nombre del participante

Firma y nombre del investigador principal

Testigo 1
Firma y nombre

Testigo 2
Firma y nombre

Anexo 8: Escala de satisfacción

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
2. Regular, tenía mis altibajos
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
2. Regular, tengo mis altibajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

© Guillem Feixas y Olga Pucurull

Anexo 9: Cartel de difusión

¿Tienes un trastorno de ansiedad generalizada?

Te invitamos a participar en un **Protocolo de Investigación** para el manejo de síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, a través de una psicoterapia grupal llamada: **Danza, movimiento y terapia.**

Esta forma de terapia es una de las artes creativas en psicoterapia. Se distingue de otras prácticas terapéuticas por su énfasis en la expresión corporal artística a través de la danza y la música.

La invitación es para pacientes:

- Con más de 2 años de tratamiento farmacológico.
- Edad entre 25 y 45 años.
- Que no estén en alguna intervención psicológica ya sea individual o grupal, o la hayan terminado al menos tres meses previos a la fecha de inicio.

Objetivo

Estimar la efectividad de una intervención de **Danza, movimiento y terapia**, como complemento al tratamiento farmacológico, en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada matados en un instituto de salud mental.

Sede

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Duración

Ocho sesiones semanales de 2 horas, cada una (dos meses).

• **Dirigido exclusivamente a pacientes del INPREFM**

• **CUPO LIMITADO** (se requiere entrevista previa, si eres seleccionado, tu participación es sin costo).

Tu valiosa participación formará parte del protocolo de investigación:

Efecto de la danza, movimiento y terapia, como intervención complementaria para el tratamiento de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada

Contacto

Correos electrónicos:
sergio.abraham.reyes@gmail.com y
aflores@imp.edu.mx

Vía telefónica al 4160 - 5381, de lunes a viernes de 10 a 17 horas
IPsic. Sergio Reyes o Dr. Enrique Flores



Anexo 10: Folleto informativo.



La Danza por joven.

Contactos

Aclaración y dudas.

Para resolver cualquier duda relacionada con el estudio puede usted contactar al Psicólogo Sergio Abraham Reyes Pantoja

Datos de contacto

Correo electrónico:
sergio.arbraham.reyes@gmail.com

Tel Institucional; 41605381 de Lunes
a Viernes, de las 10:00 a las 17:00
Horas



INSTITUTO NACIONAL
DE PSIQUIATRÍA
Calzada Mexico Xochimilco
Tlalpan, Huipulco.
14370 Ciudad de México, E



Invitación a participantes del
INPRFM para participar en el
protocolo de psicoterapia grupal
titulado:

EFFECTO DE LA DANZA
MOVIMIENTO Y TERAPIA,
COMO INTERVENCIÓN
COMPLEMENTARIA, EN EL
TRATAMIENTO DE
PACIENTES CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA.

Folleto informativo

Invitación: Estamos interesados en que usted participe en este estudio de investigación.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la intervención llamada "Danza Movimiento y Terapia" como complemento al tratamiento psiquiátrico, para pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

¿Qué es la Danza Movimiento y Terapia (DMT)?

La DMT, junto con la musicoterapia y la Arte terapia, forman parte de las artes creativas en psicoterapia. Esta técnica se distingue de otros modos de práctica terapéutica por su énfasis en la expresión corporal artística.

Objetivo: Es importante para nosotros poder ofrecer nuevas alternativas terapéuticas y generar nuevo conocimiento para las personas que padecen un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Participación voluntaria: Recuerde que, si usted toma la decisión de participar en este estudio, en cualquier momento tendrá la libertad de ya no participar más, antes o durante el procedimiento, respetándose y respaldando dicha decisión, sin ninguna repercusión a su trato o tratamiento futuro.

Programa: Este programa de intervención está constituido por 8 sesiones, con una duración de 2 horas, con una frecuencia de una sesión por semana.

Su participación: Usted nos ayudará en esta investigación siendo parte de un grupo terapéutico. Antes y después de finalizar el programa se le pedirá responder cuestionarios de medición, enfocados a evaluar la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada.

Requisitos: Venir con ropa cómoda para hacer ejercicio, tenis, agua y toalla.

Costo del estudio: Su participación en la investigación será gratuita.

Por medio de los datos de contacto, tiene usted toda la libertad de hacer preguntas sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas sobre el estudio y sobre su participación.

¡No dude en preguntar cualquier inquietud, es importante para nosotros resolver sus dudas!

