
This is the **published version** of the master thesis:

Encalada Guerrero, María Soledad; Barnet, Silvia (dir.). *Actitudes de los Equipos Profesionales que trabajan con Niñas y Niños de Condición Espectro Autista, frente a la Danza Movimiento Terapia*. Bellaterra : Universitat Autònoma de Barcelona, (Universitat Autònoma de Barcelona), 2021 (Dansa Moviment Teràpia). 91 pag.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/248576>

under the terms of the  license.



**Actitudes de los Equipos Profesionales que trabajan
con Niñas y Niños de Condición Espectro Autista,
frente a la Danza Movimiento Terapia**

María Soledad Encalada Guerrero

Máster en Danza Movimiento Terapia, Universidad Autònoma de Barcelona

Tutora: Dra. Silvia Barnet

Barcelona, 18 de junio de 2021

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	4
ÍNDICE DE TABLAS	4
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	9
I. MARCO TEÓRICO	16
1. Condición Espectro Autista	17
2. La Condición Espectro Autista y los aspectos motores del desarrollo	22
3. Condición Espectro Autista: intervenciones desde los aspectos motores	25
4. Condición Espectro Autista y Danza Movimiento Terapia	25
5. Definiciones de actitud	30
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	31
1. Pregunta de investigación	31
2. Objetivos de la investigación	31
2.1. Objetivo General	31
2.2. Objetivos Específicos	31
III. MARCO METODOLÓGICO	32
1. Participantes	32
1.1. Caracterización de las instituciones	34
1.1.1. Institución 1	34
1.1.2. Institución 2	35
2. Tipo de investigación	35
3. Procedimiento	36
3.1. Procedimiento de elaboración y validación del instrumento	37
3.2. Procedimiento para seleccionar a los participantes y de aplicación del instrumento	41
4. Instrumento	42
5. Análisis de datos	42
IV. RESULTADOS	44
V. DISCUSIONES	57
VI. CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	77
Anexo 1 Asentimiento informado participantes	77

Anexo 2 Carta invitación a las instituciones	78
Anexo 3 Autorizaciones directoras de las instituciones	80
Anexo 4 Cuadro definiciones relevantes	81
Anexo 5 Escala Actitudinal <i>“Elementos de la Danza Movimiento Terapia como herramientas de intervención en niños y niñas de Condición Espectro Autista”</i>	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución en la Dirección de respuestas para Pregunta 2, en Institución 1	47
Figura 2 Distribución en la Dirección de respuestas para Pregunta 2, en Institución 2	48
Figura 3 Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 2, en Institución 1	49
Figura 4 Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 2, en Institución 2	50
Figura 5 Distribución en la Dirección de las respuestas de los ítems de la Pregunta 4, en la Institución 1	52
Figura 6 Distribución en la Dirección de las respuestas de los ítems de la Pregunta 4, en la Institución 2	53
Figura 7 Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 4, en Institución 1	54
Figura 8 Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 4, en Institución 2	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1 Niveles de gravedad en el TEA	18
Tabla 2 Características de los profesionales por institución	33
Tabla 3 Fases de elaboración, validación y análisis de la Escala Actitudinal: Elementos de la DMT como herramientas de intervención en niños y niñas de Condición Espectro Autista	37
Tabla 4 Conceptos recabados para elaboración Escala Actitudinal	38
Tabla 5 Criterios para profesionales participantes en el Juicio de Expertos	39
Tabla 6 Codificaciones de los resultados de la Escala Actitudinal para dirección e intensidad	43
Tabla 7 Porcentajes por dirección e intensidad de respuestas para la Institución 1	45
Tabla 8 Porcentajes por dirección e intensidad de respuestas para la Institución 2	46

Agradecimientos

Agradezco infinitamente la gestación y alumbramiento de esta investigación. Y a cada uno de los momentos desafiantes, las incertidumbres y frustraciones que me tocó atravesar. Porque no sólo parimos hijos físicos, sino que también ideas y proyectos. Así pues, me siento pariendo este estudio.

Ahora bien, en esta aventura no estuve sola, en primer lugar tuve un gran apoyo y guía de mi gran amiga Alejandra Figueroa, quien me fue acompañando y alentando en el camino, pero a la vez, mostrándome que podía confiar en mí y en mis capacidades. También agradezco a mi compañero de vida, a mis amigas, familia y tutora, quienes estuvieron allí entregándome soporte emocional, aliento y escucha, cuando me sentí cansada y perdida.

También agradezco a las profesionales que participaron en el juicio de expertos, quienes con su experiencia, conocimientos y, sobre todo, buena disposición, posibilitaron que acabase de materializar el instrumento creado. Por último, agradezco a cada profesional de las instituciones que colaboraron y, en especial, a las directoras y/o encargadas, por sus tiempos, entusiasmo e ilusión para participar de este estudio.

No quiero dejar de mencionar que, si bien, este estudio menciona a niños y niñas, también incluye a LES NIÑES (quienes se puedan identificar como personas no binarias); sin embargo, el lenguaje que se usa a nivel científico no me permitió hacerlo explícito, pero están presentes y fueron parte de esta investigación.

RESUMEN

Actualmente, se señala que existiría una articulación entre desarrollo del movimiento y maduración socio-comunicativa. Además, se plantea que los métodos de intervención expresivos no verbales, como la Danza Movimiento Terapia (DMT), son una forma de terapia que favorece las relaciones sociales y emocionales de los niños y niñas de Condición Espectro Autista. Sin embargo, aún no se ha descrito cómo dar a conocer este tipo de terapia a equipos de profesionales que trabajen con dicho colectivo. El objetivo general de este estudio es identificar las actitudes de los profesionales de dos instituciones de Chile, con respecto a los elementos del trabajo corporal y estrategias del movimiento, relacionados con la DMT, que se pudiesen incluir dentro de las intervenciones con los niños y niñas de Condición Espectro Autista. Para ello, se planteó un estudio cuantitativo de alcance exploratorio. Éste se dividió en dos partes. La primera, consistió en la creación y validación de un instrumento *ad hoc* (una escala actitudinal tipo Likert). La segunda, en la aplicación de dicho instrumento. Participaron 19 profesionales pertenecientes a dos instituciones de Chile, que trabajan con personas con TEA. La forma de recoger los datos fue vía on-line, mediante formulario Google Forms. Los resultados revelan que en ambas instituciones los mayores porcentajes de respuestas se centran en una actitud de dirección favorable, con tendencia a entregar contestaciones de muy alta intensidad. Esta investigación entrega un instrumento que permitiría conocer la predisposición de equipos que trabajen con personas de Condición Espectro Autista hacia la DMT y las herramientas que ella ofrece.

Palabras claves: Condición Espectro Autista, Danza Movimiento Terapia, desarrollo motor en TEA, actitudes, escala actitudinal

RESUM

Actualment, s'assenyala que podria existir una articulació entre desenvolupament del moviment i maduració soci-comunicativa. A més, es planteja que els mètodes d'intervenció expressius no verbals, com la Dansa Moviment Teràpia (DMT), són una forma de teràpia que afavoreix les relacions socials i emocionals dels nens i nenes de Condició Espectre Autista. No obstant això, encara no s'ha descrit com donar a conèixer aquest tipus de teràpia a equips de professionals que treballin amb aquest col·lectiu. L'objectiu general d'aquest estudi és identificar les actituds dels professionals de dues institucions de Xile, respecte als elements del treball corporal i estratègies del moviment, relacionats amb la DMT, que es poguessin incloure dins de les intervencions amb els nens i nenes de Condició Espectre Autista. Per a això, es va plantejar un estudi quantitatiu d'abast exploratori. Aquest es va dividir en dues parts. La primera, va consistir en la creació i validació d'un instrument ad hoc (una escala actitudinal tipus Likert). La segona, en l'aplicació d'aquest instrument. Van participar 19 professionals pertanyents a dues institucions de Xile, que treballen amb persones amb TEA. La manera de recollir les dades va ser via en línia, mitjançant un formulari Google Forms. Els resultats revelen que en totes dues institucions els majors percentatges de respostes se centren en una actitud de direcció favorable, amb tendència a lliurar contestacions de molt alta intensitat. Aquesta recerca lliura un instrument que permetria conèixer la predisposició d'equips que treballin amb persones de Condició Espectre Autista cap a la DMT i les eines que ella ofereix.

Paraules claus: Condició Espectre Autista, Dansa Moviment Teràpia, desenvolupament motor en TEA, actituds, escala actitudinal

ABSTRACT

Nowadays, it has been point out that there is an articulation between movement development and socio-communicative maturation. In addition, there is a suggestion that non-verbal expressive intervention methods, such as Dance Movement Therapy (DMT), are a form of therapy that benefits social and emotional relationships on children with Autism Spectrum Disorder. However, it has not yet been set any method that describes how to introduce this specific kind of therapy into professionals that work with this collective. The main purpose of this study is to identify the attitudes of professionals from two institutions placed in Chile, using the elements of body language and movement strategies related to DMT, which could be included in interventions with children with ADS. Following this purpose, there has been an exploratory quantitative investigation divided in two different parts. First off, the creation and validation of an ad hoc instrument (Likert-Type Attitudinal Scale). Second off, focused on the application of this tool, where nineteen professionals from two different institutions in Chile that work with ADS, participated. The data was collected online, using Google Forms. The results reveal that in both institutions the highest percentages of answers were on a favorable management attitude, with a tendency to provide very high intensity answers. This investigation provides a method that would allow knowing the predisposition of professionals who work with the ASD collective towards DMT.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Dance Movement Therapy, motor development in ASD, attitudes, attitudinal scale.

INTRODUCCIÓN

En el estudio de las dificultades del neurodesarrollo en la infancia, se han investigado distintos cuadros clínicos, clasificados en base a variados criterios y características, entre ellos, se encuentra un síndrome complejo, con múltiples causas y diversas manifestaciones: a esta población se le denomina Trastorno del Espectro Autista- en adelante TEA- (López & Rivas, 2014). La población diagnosticada de TEA presenta una gran variabilidad de perfiles de funcionamiento y gravedad; es decir, no es una condición homogénea (López & Rivas, 2014). Así, es definido por la American Psychiatric Association (2013) como una condición neuroevolutiva, que se caracteriza por mostrar deficiencias en las interacciones sociales recíprocas y patrones de comunicación, así como por un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de intereses y actividades. Dichos aspectos limitan una amplia gama de actividades de la vida cotidiana y el funcionamiento de las personas en diversas situaciones. Además, este colectivo de personas suele evidenciar desafíos a nivel sensorial y/o motor, los cuales obstaculizan una adecuada regulación emocional y el desarrollo de la competencia social (Bhat et al., 2011; Robledo et al., 2012). En cuanto a las tasas de prevalencia epidemiológicas, se estima que oscilan entre 0,6 y 0,7%, afectando siempre de forma mayoritaria, en una relación de 4:1, a hombres sobre mujeres (Fombonne, 2009).

Si bien esta condición ha alcanzado relevancia e interés social durante las últimas décadas; además, que se han logrado avances significativos en su descripción, conocimiento de su diversidad, repercusiones, alcances y limitaciones en las diferentes esferas y etapas de la vida de las personas de Condición Espectro Autista - gracias al trabajo de múltiples profesionales, asociaciones y familias- (López & Rivas, 2014). No obstante, a todas estas aportaciones efectuadas: investigaciones y producción científica en el campo -desde que fuera descrita por primera vez por Leo Kanner en 1943- sigue quedando en evidencia la complejidad y diversidad del tema. De esta forma, la definición de todo el

espectro del TEA continua siendo imprecisa; lo mismo sucede en relación a la etiología y a los protocolos diagnósticos. Por lo tanto, las intervenciones no alcanzan los estándares de eficacia que debiesen y, por consiguiente, las diferentes propuestas de prevención no logran minimizar la alta incidencia de esta condición, ni tampoco garantizar una respuesta apropiada a la clínica autística (López & Rivas, 2014).

Ahora bien, hasta hace un tiempo, las dificultades socio-comunicativas y las motoras se contemplaban como ámbitos separados dentro de las investigaciones en TEA. Las primeras, se consideraron parte del diagnóstico desde sus inicios; en tanto, las segundas sólo en 1980 se incluyeron en la tercera edición del Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales- en adelante DSM- como posible criterios para un diagnóstico de TEA (Martin, 2014). Sin embargo, en la actualidad, existe cada vez más literatura que señala que los desafíos motores se presentan en todas las personas de Condición Espectro Autista (Fournier et al., 2010). Cabe destacar que, en general, los retos motores son abordados por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, mientras que aquellos socio-comunicativos por logopedas y terapeutas conductuales (Martin, 2014). Por lo tanto, sólo hace pocos años se han comenzado a considerar de forma integrada en las investigaciones del espectro autista, en específico, en el área de intervención temprana. Así pues, se han llevado a cabo investigaciones acerca de la interrelación entre los desafíos motores tempranos y los desafíos socio-comunicativos en niños y niñas de Condición Espectro Autista (Bhat et al., 2013; Iverson, 2010; Landa, 2007; McCleery et al., 2013), demostrándose que el desarrollo del movimiento, de la comunicación y la comprensión social están íntimamente vinculadas en una etapa inicial de la vida. Además, se ha evidenciado que esta articulación temprana se ve alterada en ellos (Landa, 2007; McCleery et al., 2013).

Una limitación que existe a la hora de buscar modelos de intervención que trabajen de forma integrada los aspectos del desarrollo motor, social y de comunicación es que casi no existen. Algunos

ejemplos de ellos son el enfoque Floortime (Greenspan & Wieder, 2006), el Entrenamiento de Imitación Recíproca (Ingersoll & Schreibman, 2006) y el modelo Early Start Denver (Rogers & Dawson, 2010). No obstante, dichos modelos no son específicos, ya que engloban muchos aspectos de la evaluación y la intervención de las personas de Condición Espectro Autista (Martin, 2014). Ahora bien, Martin (2014) reconoce que existen diversas formas de tratamiento para apoyar a los infantes diagnosticados con TEA y, cada niño, desde su individualidad, responderá de manera diferente a una intervención dada. Sin embargo, la autora antes citada, plantea que la Danza Movimiento Terapia- en adelante DMT- ofrece otra alternativa que se puede considerar en el campo, en constante expansión, de la intervención temprana.

Es así como la DMT se plantea como un método de intervención adecuado para abordar dicha articulación entre el movimiento temprano y dificultades socio-comunicativas, recientemente vinculada en la literatura acerca de los TEA (Martin, 2014). Mediante esta forma de psicoterapia, en la cual se utiliza la danza y el movimiento como medios para aumentar el bienestar y mejorar las condiciones psicológicas o psiquiátricas de las personas, buscando involucrar a los participantes en procesos creativos de movimiento y experiencias kinestésicas interpersonales (Samaritter & Payne, 2017). El cuerpo en movimiento es el foco principal de la terapia, como el medio para percibir y expresar las emociones. Así, se favorecen las habilidades de expresión, comunicación, socialización, percepción kinestésica y emocional. Además, cuando los elementos terapéuticos de la DMT interactúan con aspectos creativos, cooperativos, de imitación y/o sincronización, se pueden mejorar las posibilidades de interrelación y la calidad de los vínculos que pudiesen llegar a establecer las personas que reciben los tratamientos de DMT (Behrends, et al., 2012). Las estrategias que se utilizan en DMT pueden ser amplias, desde propuestas de movimiento estructurado hasta procesos de movimiento improvisados; sin embargo, todas ellas tienen el hilo conductor que deben favorecer una integración entre cuerpo, mente y relaciones interpersonales (Dosamantes-Breudry, 1999).

De forma más específica, en la población TEA, investigaciones plantean que el uso movimiento como una herramienta psicoterapéutica en la DMT, puede potenciar la integración emocional, cognitiva, social y física de los sujetos (Mastronimico et al., 2018; Rizzo Vincent et al., 2007). Es decir, mejorar el reconocimiento y consciencia del sí mismo y de los demás; la distinción entre uno y otro; la interacción social- potenciando la construcción de relaciones interpersonales- y las habilidades de comunicación, con lo cual podrían disminuir los comportamientos repetitivos y disfuncionales - por ejemplo, conductas autolesivas-; expandir la autoexpresión, desarrollar la conciencia corporal, definir y establecer límites saludables, liberar tensiones (Mastronimico et al., 2018; Rizzo Vincent et al., 2007). Devereaux (2012) destaca las posibilidades que ofrece la DMT, al incorporar el trabajo a nivel no verbal, lo cual permitiría explorar experiencias sensoriales y motoras y, así, desarrollar conciencia corporal y expresividad en movimiento. Además, si se considera el potencial que los aspectos sensoriales y motores pueden tener en la disponibilidad de los individuos para involucrarse socialmente (Bhat et al., 2011; Robledo et al., 2012), la facilitación de múltiples modos de relacionarse con las experiencias sensoriales y motoras - incluyendo entrar y salir de la sincronía interpersonal, dentro del contexto de una interacción en DMT-. Por su parte, Tortora (2006, citada en Rizzo Vincent et al., 2007), señala que los métodos de intervención expresivos no verbales- como la DMT- son una forma especialmente eficaz de favorecer las relaciones sociales y emocionales de los niños y niñas de Condición Espectro Autista, ya que gran parte de sus conductas, que al inicio pudiesen considerarse idiosincráticas y disfuncionales, se pueden transformar en expresión creativa, cuando se observan como un modo de comunicarse. Así pues, todos estos aspectos que aporta la DMT, pueden contribuir al éxito terapéutico en las intervenciones de personas de Condición Espectro Autista (Behrends et al., 2012).

A la fecha, los registros de evidencia acerca de los efectos positivos de las terapias corporeizadas - como la DMT- en la población de Condición Espectro Autista, están basados principalmente en estudios de casos (Scharoun et al., 2014; Hildebrant et al., 2016). Sin embargo, se han realizado algunos estudios de intervención cuantitativa. Uno de ellos fue llevado a cabo por Hartshorne et al. (2001), donde se trabajó 38 niños con TEA – entre 3 a 7 años- quienes, tras recibir sesiones quincenales de DMT en grupos de 3 a 8 sujetos, aumentaron sus comportamientos atentos y disminuyeron en los comportamientos de estrés. Otros estudios también ya comienzan a recabar evidencia sobre los efectos de la DMT en sujetos de Condición Espectro Autista (Hildebrant et al., 2016; Behrends et al., 2012; McGarry & Russo, 2011).

Como se ha expuesto se han encontrado pocos estudios que validen los beneficios de la DMT en infantes diagnosticados de TEA. Sin embargo, Rizzo Vincent et al. (2007) señalan que los profesionales- terapeutas y educadores- que trabajan en una institución de Estados Unidos vieron de primera fuente los beneficios de aplicar un programa de DMT en sus estudiantes de Condición Espectro Autista, aunque ellos no conocían en qué consistía esta disciplina, valoraron positivamente las respuestas de los niños y niñas que participaron en los programas iniciales. Así, pudieron observar cómo al experimentar el movimiento como un vehículo para la autoexpresión, la curación y el auto-conocimiento; los estudiantes fueron incorporando nuevos aspectos de sí mismos, mostrando una mayor autoestima y mejorando sus habilidades de comunicación. Es así como surge una primera interrogante: cómo acercar la DMT a equipos de profesionales que no la conocen, considerando que, por un lado, los presupuestos económicos y, por otro, la motivación, para implementar nuevos programas o incorporar nuevos profesionales puede ser escasa o, muchas veces, inexistente.

Ahora bien, si se contextualiza esta primera interrogante en Chile, donde la DMT es una disciplina apenas conocida, ya que, por una parte, aún no cuenta con el reconocimiento del Ministerio

de Salud- MINSAL-. Sin embargo, desde el 2015, en conjunto con las áreas de Musicoterapia, Arteterapia y Danza de la vida, han unido conformando un bloque denominado “Nodo de las Artes”, cuyo objetivo es lograr el reconocimiento de las Terapias Creativas por parte del MINSAL (D. Ramírez, presidenta de la ADMT Chile, comunicación personal 28 de diciembre de 2020). Por otra parte, a nivel de formaciones, se dictó un diplomado en DMT en la Universidad Mayor, durante los años 2017 a 2019. En tanto, este 2021 comenzará una formación de 573 horas cronológicas, en la ciudad de Santiago, creada por el Centro de *Terapia en Movimiento*; ésta cuenta con el patrocinio de la Asociación de Danza Movimiento Terapia de Chile - ADMT Chile- (C. Águila, directora del *Centro de Terapia en Movimiento*, comunicación personal 15 de enero de 2021).

Este es el marco contextual que sitúa a la DMT en Chile: una disciplina que no tiene el reconocimiento ministerial y que recién comienza a tener algunas formaciones. Otra limitante, es que no existen estudios que muestren si los equipos de profesionales que trabajan con personas de Condición Espectro Autista conocen la DMT y saben de los beneficios de incorporarla dentro de las intervenciones de sus instituciones. En este marco, comienzan a emerger diferentes preguntas: ¿qué sucede cuando un equipo desconoce un tipo procedimiento, disciplina, formas de intervención? ¿qué reacciones se pueden tener frente a incorporar una forma nueva de trabajo?, ¿qué predisposiciones a dichos cambios y/o innovaciones podrían tener los integrantes de un equipo de profesionales de una determinada institución? Así, surge el tercer concepto que le va dando cuerpo a esta investigación: *las actitudes*. Autores como Fishbein y Ajzen (1975) y Oskamp (1991, citados en Hernández Sampieri, et al., 2004, p.294), señalan que “una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o símbolos”. Además, añaden las actitudes se relaciona con el comportamiento que se mantiene en relación los objetos

referenciales. Así pues, las actitudes funcionan como un indicador de la conducta, pero no corresponden a la conducta propiamente tal (Hernández Sampieri, et al., 2004).

De esta forma, surge la pregunta de investigación de cuáles serían las actitudes de los diferentes profesionales que trabajan con niños y niñas de Condición Espectro Autista, con respecto a la posibilidad de incorporar herramientas de la DMT en las intervenciones que realizan en la institución. A partir de esta pregunta, se propone como objetivo general identificar las actitudes de los profesionales de dos instituciones de Chile, con respecto a los elementos del trabajo corporal y estrategias del movimiento, relacionados con la DMT, que se pudiesen incluir dentro de las intervenciones con los usuarios de la institución. Así pues, el presente trabajo busca identificar y analizar las actitudes de los profesionales que trabajan con niños y niñas de Condición Espectro Autista, con respecto a la incorporación de herramientas que brinda la DMT dentro de las intervenciones de su institución.

Para comprobar esto, se desarrolló una investigación cuantitativa, de alcance exploratorio. En ella se buscó detectar las actitudes con respecto al trabajo corporal y estrategias del movimiento, relacionadas con la DMT, de los equipos de profesionales de dos instituciones de Chile - específicamente de la región de Valparaíso- que trabajen de forma directa con niños y niñas de Condición Espectro Autista. Todo ello se hizo mediante la creación y aplicación de una Escala Actitudinal, tipo Likert.

En cuanto al desarrollo del presente Trabajo de Fin de Máster – en adelante TFM- en primer lugar, se introduce el tema de investigación en el marco teórico y para ello se realiza una revisión de cinco puntos fundamentales: 1) definición del TEA, 2) caracterización de los aspectos motores del desarrollo en TEA, 3) las intervenciones en TEA desde los aspectos motores, 4) TEA y las intervenciones que se han realizado desde la DMT, 5) un marco conceptual acerca de las definiciones de actitudes. Posteriormente, se presenta la pregunta de investigación y los objetivos. Luego, en el apartado de metodología, se realiza una caracterización de los participantes y de las instituciones, se describe el tipo

de estudio, los procedimientos que se llevaron a cabo para crear y aplicar el instrumento y se caracteriza y explica el instrumento *ad hoc* creado. Luego se exponen los resultados de este estudio, los cuales son analizados en el apartado de discusiones. Finalmente, se exponen las conclusiones, limitaciones y proyecciones más relevantes de este trabajo, que ponen en relación el TEA y las herramientas de la DMT en los equipos de profesionales que trabajan con personas de Condición Espectro Autista.

I. MARCO TEÓRICO

En el presente Marco Teórico – en adelante MT- se hará una revisión teórica de cinco puntos fundamentales para la investigación: 1) definición del TEA, 2) caracterización de los aspectos motores del desarrollo en TEA, 3) las intervenciones en TEA desde los aspectos motores, 4) TEA y las intervenciones que se han realizado desde la DMT, 5) un marco conceptual acerca de las definiciones de actitudes. En el primer punto, se revisará la definición planteada por la American Psychiatric Association; se expondrán las dificultades sensoriales y motoras en las personas de Condición Espectro Autista; luego, se explicará el TEA desde una perspectiva fenomenológica, haciendo referencia conceptos como: intersubjetividad, empatía, empatía kinestésica, efectos prosociales, sintonización social y se describirán algunos hitos psicológicos que son pre-requisitos para el desarrollo habilidades empáticas emocionales y cognitivas. En el segundo apartado, se describirán investigaciones que señalan cómo los aspectos del desarrollo motor se afectan de manera consistente, aunque variable de persona a persona de Condición Espectro Autista y cómo repercuten en su vida cotidiana. En el tercer punto, se expondrán, de forma general, algunos enfoques que abordan las intervenciones de personas con TEA considerando los aspectos motores. Para posteriormente, en el cuarto apartado, profundizar específicamente en la DMT y su abordaje para este colectivo. Aquí, se hará una definición de DMT, luego, se describirá cómo se trabaja en la DMT, para, finalmente, especificar las formas de trabajo más

actuales y sus resultados en la población infantil de Condición Espectro Autista. Por último, se cerrará el MT con el sustento de dos autores para el constructo de las actitudes.

1. Condición Espectro Autista

El Espectro Autista es una condición que está alcanzando cada vez más visibilidad social y ha incrementado el interés por su estudio en las últimas décadas. De esta forma, se han realizado investigaciones, caracterizaciones y abordajes desde diversas disciplinas, tanto del área social, salud como en educación, para intentar comprenderlo, describirlo y, como fin último, para mejorar la calidad de vida de las personas con TEA (López & Rivas, 2014).

Actualmente, el TEA es descrito como un síndrome complejo, con múltiples causas y diversas manifestaciones. De acuerdo a la American Psychiatric Association se conceptualiza (2013) como una condición neuroevolutiva, que se caracteriza, por una parte, por presentar déficits a nivel de comunicación e interacción social y, por otra parte, dificultades a nivel de patrones comportamentales e intereses restringidos. Dichos aspectos limitan una amplia gama de actividades de la vida diaria y el funcionamiento de las personas en diversas situaciones. Es importante mencionar que la utilización del término *trastorno* favorece el riesgo de patologizar a las personas y restringe la perspectiva a lo clínico (Lay & Anguiano, 2017). De esta forma, autores como Baron - Cohen, Prizant, Peeters, Grandin, Sinclair y Gerland, desde un enfoque socio-educativo, conciben el autismo en términos de una *condición*, en la cual la persona forma parte de la diversidad social (Lay & Anguiano, 2017).

Asimismo, en la propuesta del DSM-V (APA, 2013), se incorpora el nivel de gravedad para el TEA, en base a los grados de apoyos que puedan necesitar en cualquiera de los dos aspectos de la diada de alteraciones (**Tabla 1**). Cabe destacar que, anteriormente, hablaba de una triada de dimensiones alteradas en los TEA, concepto introducido por Wing (1988, citada en Benites, 2010), a saber; trastorno de la comunicación, trastorno de la interacción social y trastorno de la flexibilidad. Sin embargo, en la

última versión de DSM-V (APA, 2013) dichas dimensiones se modifican y algunas se fusionan. Así pues, las áreas referidas a las alteraciones en la interacción social recíproca, comunicación y lenguaje se fusionan en una categoría única. Por su parte, en cuanto al repertorio restringido de conductas e intereses, se incorporan las alteraciones sensoriales como un aspecto donde también se observan dificultades (APA, 2013).

Tabla 1

Niveles de gravedad en el TEA (APA, 2013)

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringido y Repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Deficiencias graves de las capacidades socio-comunicacionales, tanto a nivel verbal como no verbal, que provocan alteraciones severas de funcionamiento. Casi no presentan interacciones sociales, ya sea en el rol de emisor como en el de receptor. Escaso repertorio lingüístico inteligible, utilizan estrategias comunicativas no usuales y responden a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad en el comportamiento, los intereses restringidos/repetitivos y la extrema dificultad para tolerar cambios interfieren significativamente en todos los ámbitos de su vida diaria. Altos niveles de ansiedad y dificultad para cambiar el foco de atención.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables en las capacidades socio-comunicativas (verbales y no verbales). Requieren apoyo in situ para la interacción social. Interacciones limitadas, con respuestas no convencionales. Utilizan frases sencillas en torno a temas muy concretos.	La inflexibilidad en el comportamiento, los intereses restringidos/repetitivos y la dificultad para tolerar cambios surgen con frecuencia, lo cual interfiere en el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda in situ, las dificultades en la comunicación social generan problemas importantes. Interacciones sociales atípicas o insatisfactorias. Aparente desinterés por interactuar socialmente. Utilizan frases completas; sin embargo, se producen fallos en conversaciones más amplias.	La inflexibilidad de comportamiento provoca una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Problemas para alternar actividades. Dificultades de organización y de planificación que dificultan la autonomía.

Bhat et al. (2011) y Robledo et al. (2012), señalan que las personas de Condición Espectro Autista muestran frecuentemente dificultades sensoriales y/o motoras, las cuales obstaculizan la regulación emocional, el desarrollo de la competencia social y la interacción social. En cuanto a las primeras, hacen referencia a los niveles de sensibilidad frente a la información percibida por los sentidos, en ocasiones causando agobio y/o diversas reacciones emocionales por parte de los sujetos de

Condición Espectro Autista. Con respecto a las segundas, abarcan desafíos a nivel de coordinación, motricidad gruesa y fina y ajustes posturales. Dichas dificultades pueden disminuir la capacidad cognitiva para las interacciones sociales, además de obstaculizar la capacidad para coordinar las acciones individuales a tiempo con un interlocutor social, impidiendo así, una atención conjunta exitosa y una sincronía interpersonal (Mastronimico, et al., 2018). Si bien, estas últimas no se consideran características centrales del autismo, se está comenzando a reconocer que son altamente prevalentes y que inciden de manera significativa en la calidad de vida y en el desarrollo social de las personas de Condición Espectro Autista (Gowen & Hamilton, 2013).

Desde de una perspectiva fenomenológica, el TEA se entiende como un trastorno de auto-percepción y de la interacción social, en especial, de la empatía. Por lo tanto, es un trastorno de la intersubjetividad (Hildebrandt, et al., 2016). Por su parte, Behrends et al. (2012), definen la empatía como “un intento -no consciente o consciente- de compartir el estado interior de otra persona, es un pre-requisito humano fundamental para la cooperación y comportamiento prosocial” (Behrends et al., 2012, p.108). Además, plantean una multidimensionalidad de la empatía, que engloba, por una parte, la respuesta emocional o afectiva en la empatía, la cual hace referencia a “la respuesta del observador al estado emocional de otra persona, en el sentido, de sentir emociones similares en uno mismo como en la persona observada o de sentir emociones prosociales hacia esta persona” (Behrends et al., 2012, p.108). Por otro lado, señalan los aspectos cognitivos de la empatía, los cuales comprenden “los procesos mentalizadores, etiquetado de emociones, toma de perspectiva e inferencia de los estados mentales”. Dichos procesos se interrelacionan, pero son diferentes. Es así como dichos autores, contemplan una empatía multidimensional y encarnada, que integra dimensiones cognitivas, emocionales y corporales/cinestésicas. Por lo cual, si se considera el rol del cuerpo y del movimiento en los procesos de empatía, en donde estos sean puestos al servicio de la interrelación, incorporando

elementos como imitación, movimiento sincrónico, cooperación motora se podrían fomentar las capacidad empáticas y prosociales (Behrends et al., 2012).

Fischman (2008) define la *empatía* como la habilidad de comprender a otra persona, sabiendo qué siente, conociendo su situación y accionando en consecuencia. Por su parte, Wispé (1986, citada en McGarry & Russo, 2011) la define como el entendimiento visceral y cognitivo de las emociones o motivaciones de los otros, lo cual posibilita que un sujeto pueda tomar el punto de vista de otro, para entender las intenciones que subyacen a sus acciones. Ahora bien, en la *empatía kinestésica*, entran en juego aspecto de la vivencia intersubjetiva, que se relacionan tanto con la gemelaridad- cercanía, fusión, consenso- como con la discrepancia -lo ajeno, la diferencia, la alteridad- con una inclinación en pos del encuentro (Fischman, 2008). Además, Gallese (2003, citado en Behrends et al., 2012), asevera que la empatía surge de la experiencia del cuerpo vivido.

Por su parte, Reynolds (2007, citado en Behrends et al., 2012) definen la *kinestesia* como una sensación de movimiento y postura corporal, que integra tanto información propioceptiva como sensorial, desde el dentro y fuera del organismo receptor. Por tanto, la dimensión kinestésica de la empatía, posibilita percibir el estado físico de otra persona, mediante el propio cuerpo (Behrends et al., 2012).

Asimismo, Behrends et al. (2012), describen algunos hitos del desarrollo psicológico que serían pre-requisitos para el desarrollo de habilidades empáticas emocionales y cognitivas. A saber, auto-percepción y sentido de sí mismo; self y otro: diferenciación; habilidades expresivas (no verbales) y dimensiones corporales de las interacciones sociales. Con respecto al sentido del yo, Stern (1985/2000, citado en Behrends, et al., 2012), lo define como una forma de experiencia subjetiva organizativa pre-verbal, que surge en las interacciones tempranas del bebé con el cuidador, así, se configura como el primer medio de percepción y comunicación en la niñez- tacto y expresión motora-. En relación al

segundo, también se desarrolla en las primeras interacciones entre niño y cuidador y se relaciona con la calidad de las relaciones de apego; en donde para que emerja la preocupación empática- en forma de simpatía y comportamientos pro-sociales- se requiere una consciencia que el otro está angustiado o tiene alguna necesidad, sin caer en un exceso de empatía o angustia personal, en donde no existe acción prosocial. Con respecto al tercero, los procesos de interacción rítmica y la imitación mutua en la diada niño-cuidador, posibilitan el reconocimiento del cuerpo del otro como una unidad expresiva y, a la vez, evaluar la atingencia de la propia expresión no verbal- concordancia de las propias respuestas corporales y gestuales en congruencia a las emociones-. Por último, en relación al cuarto hito, el desarrollo de las habilidades empáticas e intersubjetivas, se verá favorecido por una interrelación adecuada en las diferentes esferas: cuerpo/kinestesia, emoción y cognición. Así pues, para que emerja una apropiada reciprocidad en la interacción, se necesita focalizarse en uno mismo y, alternadamente, en el otro. De forma más específica, la interacción corporal, hace referencia a elementos tales como: imitación (mimetismo), complementariedad y capacidad de contrastar posturas y gestos.

A continuación, se retoman los conceptos de imitación, movimiento sincrónico y cooperación motora en base a lo que señalan Behrends et al. (2012). Se definirán y se explicarán los efectos prosociales y/o que propenden a un desarrollo de la empatía. El primero, conocido como *imitación o mímica*, hace referencia a un emparejamiento conductual, generalmente inconsciente, para imitar gestos, posturas formas de hablar de un otro. Cumple funciones en el establecimiento de la comunicación, favorece la vinculación social y la afiliación. El segundo, la *sincronía interaccional* se relaciona con la coordinación interpersonal de las conductas en la dimensión del tiempo, en donde pueden surgir movimientos o cambios de posturas semejantes, o bien, diferentes pero simultáneos. Esto, en edades tempranas juega un rol fundamental en el desarrollo de la regulación del afecto y de la empatía. Además, las vivencias de sincronización con todo el cuerpo favorecen la capacidad de cooperación con otros. Por último, la cooperación motora, se refiere a una cooperación encarnada, donde se unen las acciones de

dos personas - en movimiento- dirigidas a un determinado objetivo. Es decir, la acción conjunta, que los investigadores la definen como un modo de interactuar socialmente, donde dos o más personas sincronizan sus acciones -temporo-espacialmente- para lograr un cambio en el entorno.

Por su parte Samarritter y Payne (2017) definen la *sintonización social* y cómo ésta se ve interferida en las personas de Condición Espectro Autista. Así pues, señalan que es un fenómeno complejo que se basa en “una atención básica hacia un compañero de interacción y un compromiso intencional con el otro”, donde es el contexto de la interacción aquello que establece si una acción está en sintonía con otro o no (Samarritter & Payne, 2017, p.2). Ahora bien, pareciera que las características de movimiento de las personas con TEA interfieren con la sintonización espontánea hacia las interacciones con otros sujetos, ya que sus respuestas de acción pueden seguir patrones atípicos. Esto no significa que no puedan relacionar sus acciones con el compañero de interacción, sino más bien por el carácter atípico de los movimientos, al individuo neurotípico se le dificulta establecer un sentido de relación a partir de los patrones de interacción que se utilizan (Samarritter & Payne, 2017).

2. La Condición Espectro Autista y los aspectos motores del desarrollo

Scharoun, et al. (2014) revisaron diversas investigaciones, dentro de las cuales encontraron que, junto con las características comunicativas, las dificultades sociales y la presencia de comportamientos y patrones repetitivos como signos patognomónicos del TEA. También, existen sugerencias que las deficiencias motoras, son una característica fundamental y tienen una mayor frecuencia si se comparan con la población neurotípica. Lo anterior, puede ser una barrera en la calidad de vida y el desarrollo social (Gowen & Hamilton, 2013). Además, Scharoun et al. (2014) informan de tasas de prevalencia de deficiencias motoras entre el 21 y el 100%. De esta forma, señalan que las dificultades motoras son una característica central, pero variable de los TEA. Es así como, se comienzan a manifestar en la niñez con dificultades en el gateo y luego al caminar. Luego, se evidencian en déficits en las “habilidades básicas

de control motor: mala coordinación, dificultades con gestos hábiles, marcha torpe, inestabilidad postural y tono bajo” (Scharoun et al., 2014, p.212); es decir, se observan retos en la planificación, organización y coordinación de movimientos. Gowen y Hamilton (2013) señalan que estas características motrices atípicas se deberían a una entrada sensorial alterada, a falencias en la organización del conocimiento motor y a una ejecución motora variable. Además, recientemente la literatura sugiere que las personas con TEA participan menos en actividades físicas y/o encuentran más barreras (por su desarrollo social atípico y por sus manifestaciones conductuales), lo cual incrementa todo lo explicado anteriormente (Lang et al., 2010).

La adquisición de adecuadas habilidades motoras es necesaria para el desarrollo de habilidades cotidianas, tales como: la comunicación y el lenguaje, el desarrollo del juego y las interacciones con otros, el desarrollo de imágenes mentales y para la percepción. De esta forma, los autores postulan que el desarrollo atípico del control motor, podría tener consecuencias a largo plazo en diversos ámbitos del desarrollo (Gowen & Hamilton, 2013). Por otro lado, señalan que la comprensión actual de la función motora en las personas de Condición Espectro Autista, se ve limitada en dos ámbitos. Por una parte, no existe claridad si hay ciertas dificultades motoras específicas del TEA y cómo se afectan dichas capacidades de acuerdo al rango del espectro que se encuentre la persona. Por otra parte, las medidas de evaluación tanto clínicas como estandarizadas, no siempre entregan información acerca de los procesos motores subyacentes, haciendo dificultoso determinar qué procesos motores específicos tienen un desarrollo atípico en las personas con TEA (Gowen & Hamilton, 2013).

En la literatura más reciente (Martin, 2014), se señala que existiría una articulación entre desarrollo motor y maduración socio-comunicativa. Así pues, ya en etapas iniciales de la vida co-existiría una conexión entre desarrollo del movimiento, desarrollo de la comunicación y comprensión social. Iverson (2010, cit. por Martin, 2014, p.2), expone que “los bebés adquieren y perfeccionan un

conjunto completo de nuevas habilidades motoras dentro de sus primeros dieciocho meses, que transforman fundamentalmente sus experiencias con objetos y personas”. Además, estudios señalan que dicha correlación temprana entre las áreas del desarrollo se ve afectada en niños y niñas de Condición Espectro Autista y con alto riesgo de presentarlo (Martin, 2014).

Hildebrant et al. (2016), revisan las investigaciones acerca del funcionamiento del Sistema de Neuronas Espejo- MNS- y la *teoría de la simulación encarnada*, señalando que se obtienen conclusiones acerca de los estados mentales de otros, a través del “reflejo neuronal de sus acciones y haciendo coincidir esta representación con estados mentales memorizados relacionados con patrones de activación similares” (Hildebrant et al., 2016, p.2). Es decir, las neuronas espejo se activarían ya sea cuando se ejecuta o se observa una acción intencional, lo cual permite simularla corporalmente y, así, empatizar con el ejecutor, entendiendo sus intenciones y emociones. Ahora bien, las personas con TEA tienen obstáculos en diversos niveles de dicho proceso (Hildebrant et al., 2016). Primeramente, evidencian dificultades con tareas de coordinación motora no social, las cuales podrían dificultar los vínculos entre la activación de movimientos motores y otras informaciones, tales como, emociones o intenciones. Además, al considerar el enfoque *Interdisciplinario de Encarnación o Cognición Encarnada*, donde se expone que la cognición, en general, está basada en estados corporales. Así, la percepción e interacción con el entorno, están mediadas por los cuerpos. De esta forma, “todas las percepciones son al mismo tiempo autoafectos y necesariamente autorreferenciales y conducen a la conciencia del propio movimiento corporal en el entorno” (Hildebrant et al., 2016, p.3). Por lo tanto, la vivencia del mundo surge de la interacción autorreferencial con el ambiente, determinada por la percepción y el movimiento. Así pues, se amplía la visión de sólo considerar una influencia causal entre mente y cuerpo, a esta reciprocidad entre ambas entidades; entregando una nueva perspectiva teórica para las intervenciones terapéuticas (Hildebrant, 2016).

3. Condición Espectro Autista: intervenciones desde los aspectos motores

Koch et al. (2015) señalan que los tres aspectos cardinales para conseguir una mejora en las habilidades sociales de las personas de Condición Espectro Autista son: la cognición, la emoción y el cuerpo. Actualmente, existen dos corrientes para las intervenciones en los TEA. Por un parte, las teorías cognitivas, como la Teoría de la Mente (ToM) (Baron-Cohen et al., 1985; Won y Leung, 2010, cit. por Koch et al., 2015) y, por otro lado, los enfoques encarnados, que hacen énfasis en una intervención centrada en el cuerpo (Gallagher, 2004; Gallese, 2006; Mundy et al., 2010; cit. por Koch et al., 2015). Este último, sugiere que la terapia del TEA debiese centrarse en intervenciones no verbales, así, se podrían fortalecer los mecanismos subyacentes a la intersubjetividad primaria (Hildebrandt et al., 2016).

Martin (2014) señala que existen pocos modelos de referencia que consideren la relación entre las dificultades motoras y socio-comunicativas. Algunos de ellos son: el enfoque Floortime (Greenspan y Wieder, 2006), el entrenamiento de imitación recíproca (Ingersoll y Schreibman, 2006) y el modelo Early Start Denver (Rogers y Dawson, 2010). No obstante, dichos modelos no son específicos, ya que incluyen muchos aspectos de la evaluación y la intervención de las personas con TEA (Martin, 2014).

4. Condición Espectro Autista y Danza Movimiento Terapia

Considerando que la adquisición de las habilidades socio-comunicativas comienza en etapas tempranas del desarrollo. Se podría señalar que la DMT, sería una buena opción de intervención, ya que trabaja desde un contexto no verbal en el cuerpo (Martin, 2014); es decir tiene como objetivo “involucrar al cerebro a través del cuerpo” (Scharoun et al., p.213). En otras palabras, este tipo de terapia creativa, destaca “el papel del movimiento motor y la experiencia sensoriomotora para los estados mentales y como medio para el cambio terapéutico”. (Hildebrandt, et al., 2016, p.3).

Es así como, la DMT es definida por la Asociación Americana de Terapia de Danza (ADTA) (2009) como “el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, social, cognitiva y física del individuo, con el propósito de mejorar la salud y el bienestar”. Es un enfoque integral de intervención, basado en la interrelación que existe entre cuerpo, mente y espíritu. De esta forma, brinda beneficios físicos, emocionales, sociales y cognitivos a los participantes. Es así como, se puede señalar que dentro de las aportaciones físicas de la danza se encuentran: potenciar el equilibrio, la flexibilidad, el tono muscular, la fuerza, la resistencia y conciencia espacial. A nivel emocional, ayuda al reconocimiento, manejo y expresión de emociones. A nivel social, la danza promueve el establecimiento de relaciones. Por último, al nivel cognitivo, favorece el desarrollo del vocabulario y contribuye a la integración de los sistemas sensorio-motores (Scharoun et al., 2014). Por otro lado, dentro de los beneficios a nivel psicoterapéutico de la DMT se encuentran la expresión emocional, el desarrollo relacional y la mejoría de la vida social (Wengrower & Chaiklin, 2008). Dichas autoras señalan que el cuerpo, el movimiento y la danza- considerados medios de expresión no verbal- funcionan como instrumentos complementarios en el proceso psicoterapéutico, cuyo objetivo es propiciar el desarrollo de las experiencias emocionales y sociales, tanto del presente como del pasado de las personas. (Wengrower & Chaiklin, 2008).

Behrends et al. (2012), mencionan que las intervenciones en DMT pueden favorecer las habilidades expresivas y socio-comunicativas, la percepción kinestésica y emocional. Además, agregan que cuando los elementos terapéuticos de la DMT interactúan con aspectos creativos, cooperativos, de imitación y/o sincronización, se pueden mejorar las posibilidades de interrelación y la calidad de los vínculos que pudiesen llegar a establecer las personas que reciben los tratamientos de DMT; por ejemplo, a través de la técnica del baile rítmico en círculo - el Círculo de Chace- (Behrends, et al., 2012). De esta forma, cuando se sincronizan los movimientos de todo el cuerpo, ya sea a una música o con otras personas- de forma consciente o inconsciente- se fortalecen las relaciones y favorece el proceso

de re-socialización (Chace, 1952). Otro proceso que favorece el vínculo, es aquel denominado como *empatía kinestésica*, en el cual el terapeuta empatiza con los usuarios a través del cuerpo, experimentando y adoptando las cualidades posturales y de movimiento que ellos manifiestan. Este concepto se considera una de las principales aportaciones de la DMT a la psicoterapia (Behrends et al., 2012).

Hildebrandt et al. (2016), proponen que la forma de accionar de la DMT sobre las limitaciones sociales en el autismo podría ser: ejercitar aspectos corporales del proceso (por ejemplo, espejar). Simultáneamente, poner atención en los estados mentales propios y de los otros (aumento de procesamiento). Así, se podría potenciar que la persona establezca una relación entre sus propios estados corporales y mentales. Por consiguiente, al vivenciar u observar determinados estados corporales, es posible acceder de forma más sencilla a la información de los estados mentales, tanto propios como ajenos; por tanto, se mejoran los cimientos de la empatía.

Así pues, Fischman (2008) define el concepto de *espejar o reflejar*, como la acción que ejecuta el terapeuta -a través de su propia actividad muscular y verbal- de aquello que ha percibido en el movimiento y en el cuerpo del usuario. Esto pudiese parecer una simple imitación o mímica; sin embargo, implica una interpretación kinestésica y visual de la vivencia del otro, o una decodificación que aquello que intenta comunicar -de forma inconsciente- a través del movimiento. Acciona sobre las manifestaciones no verbales, las cuales se consideran aspectos comunicativos. Así, el terapeuta mediante la interacción, facilita la opción de ampliar, expandir y clarificar los patrones de movimiento y sus contenidos de significado.

Es frecuente que los niños y niñas de Condición Espectro Autista tengan “imagen corporal deficiente, como resultado de una pobre integración perceptual-motora; es decir, la integración de la actividad motora con visión o percepciones auditivas)” (Scharoun et al., 2014, p.215-216). Así pues, el

movimiento que se trabaja mediante la DMT, posibilita mejorar la imagen corporal, mediante la exploración y el aprendizaje enfocado a procesos. Esto, permite que los niños y niñas puedan ampliar su repertorio de movimientos. Entre las técnicas que utilizan los terapeutas, se encuentran: el uso de objetos, música, técnicas de espejar y el contacto visual. Los materiales, son especialmente útiles para crear un vínculo, ya que disminuyen la sensación de amenaza que pudiesen sentir al establecer una relación más directa (sin mediar un objeto transicional). Por su parte, la incorporación de la música potencia la capacidad de atención, ayuda en la planificación motora y ejecución de los movimientos (Scharoun et al., 2014).

Asimismo, Martin (2014) señala que como las intervenciones en DMT se centran en el trabajo con la conciencia corporal, la coordinación motora y la sincronización, los terapeutas pueden abordar en edades tempranas la correlación observada entre los desafíos motores y los aspectos socio-comunicativos deficitarios en los infantes diagnosticados con TEA. Este tipo de terapia, también, podría ayudar a los niños y niñas en riesgo y diagnosticados con TEA a contar con más herramientas para poder gestionar los sentimientos de aislamiento, soledad y frustración que frecuentemente deben enfrentar debido a sus dificultades en la comunicación (Martin, 2014).

Las intervenciones con DMT son bastante flexibles, en cuanto a que los terapeutas pueden adaptar las sesiones en bases a los requerimientos de cada persona. Esto es muy necesario, considerando que los niños y niñas de Condición Espectro Autista pierden fácilmente el foco de atención; además, que las situaciones nuevas e impredecibles, les generan bastante incomodidad. De esta forma, las intervenciones personalizadas pueden crear un espacio cómodo y seguro y potenciar una atención en el aquí y ahora de las tareas propuestas (Scharoun, et al. 2014).

A pesar de las características individuales y la gran diversidad de contextos en que se llevan a cabo las intervenciones en DMT para niños y niñas con TEA, en la revisión se han encontrado algunas

características comunes: que el énfasis se centra en empoderar a los participantes de sus capacidades para moverse y, en ampliar los potenciales ya presentes, llevándolos a un espectro más amplio de movimiento; todo lo anterior, basándose en la interacción no verbal y apoyándose en la técnica de *espejar* (Samarritter & Payne, 2017). Es así como, en estudios de caso de niños con TEA, en donde se ha utilizado dicha técnica, se reportan efectos sobre la regulación sensorio-motora del infante, así como la relación expresiva con el entorno o un compañero de movimiento (Samarritter & Payne, 2017).

Scharoun et al. (2014), realizan una recopilación de los últimos enfoques de terapias de DMT en niños y niñas de Condición Espectro Autista. Ellos señalan a Tortora (2006) con el enfoque *Ways of Seeing*, que relaciona el movimiento, con el desarrollo emocional, para ello coge la etapa del desarrollo sensorio-motor de la teoría de Piaget. Ella “sugiere que un cuerpo en movimiento es una forma de comunicación no verbal a la que los observadores pueden reaccionar con sus propios movimientos”. (Scharoun et al., 2014, p.221). Esta relación acción-reacción vendría a ser los cimientos para establecer un vínculo terapéutico entre niño y terapeuta. Luego, Ramachandran y Seckel (2011), quienes describieron un programa de DMT, que pone énfasis movimientos de baile sincrónicos que imitan a otros, para simular y activar el Sistema de Neuronas Espejo (MNS). Finalmente, Behrends et al. (2012) plantean una intervención de DMT basada en la teoría que ésta posee la capacidad de potenciar la empatía en las personas con TEA, mejorando el procesamiento cognitivo y la percepción, además, de la dimensión corporal y coordinación de movimientos. El foco de esta intervención, también, está puesto en la activación de las neuronas espejo y, así, contribuir a que este colectivo pueda sentir más empatía, expresar sus emociones y comunicarse con los otros. Dentro de las conclusiones, Scharoun et al. (2014), señalan que las diferentes propuestas de tratamientos con DMT son exitosos tanto en entornos individuales como grupales. Sin embargo, dada la gran variabilidad de las personas de esta condición, sugieren que se utilicen herramientas confiables y válidas para evaluar dichas intervenciones. Por último, concluyen que la DMT puede aportar beneficios tanto a nivel físico como psicológico en los niños

y niñas de Condición Espectro Autista, pero se debe seguir conectando las intervenciones clínicas con la investigación, de modo que se puedan presentar tratamientos efectivos y basados en evidencia (Scharoun et al., 2014). Lo anterior, se condice con aquello que señalan Behrends et al. (2012), quienes también mencionan este desfase entre lo que se está aplicando en la clínica y los resultados que se publican en diversas investigaciones: la DMT se ha ido implementando como parte de diversos programas terapéuticos clínicos y ambulatorios, para el tratar un variado espectro de diagnósticos psiquiátricos, también, problemas neuróticos, psicosomáticos y vinculados al trauma (Chaiklin & Wengrower, 2009; Payne, 2006; Quinten, 2008; Trautmann-Voigt & Voigt, 2007, citados por Behrends et. al., 2012). No obstante, existen pocas publicaciones que reflejen los resultados de dichas intervenciones (por ejemplo, Bräuninger, 2006; Jeong et al., 2005; Koch, et al., 2007; Ritter & Low, 1996, citados por Behrends, et. al., 2012).

5. Definiciones de actitud

Beltrán (1988, citado en Zambrano & Orellana, 2018) define que la actitud es una forma de posicionar u orientar el pensamiento. Esto se refleja en modos específicos de pensar, actuar o reaccionar. Así, se podría señalar que “la actitud viene a ser una forma de comportamiento de la persona frente a determinada circunstancia” (Zambrano & Orellana, 2018, p.41). Además, los autores antes mencionados, señalan que se compone de tres dimensiones: una cognoscitiva, conformada por percepciones, creencias e información que acerca de algo; otra afectiva, que involucra sentimientos pos o en contra de algo y, por último, una conductual, que hace referencia a la propensión para reaccionar hacia algo de un cierto modo.

Por otra parte, autores como Fishbein y Ajzen (1975) y Oskamp (1991, citados en Hernández Sampieri, et al., 2004, p.294), señalan que “una actitud es una predisposición aprendida para responder

consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto o símbolos”. Además, añaden que las actitudes se relacionan con el comportamiento que se mantiene en relación los objetos referenciales. Así pues, las actitudes funcionan como un indicador de la conducta, pero no corresponden a la conducta propiamente tal. De esta forma, cuando se realizan mediciones de actitudes, los resultados se deben interpretar como “síntomas” y no como “hechos” (Papua, 2000, citado en Hernández Sampieri, et al., 2004). Por último, las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición.

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las actitudes de los diferentes profesionales que trabajan con niños y niñas de Condición Espectro Autista, con respecto a la posibilidad de incorporar herramientas de la DMT en las intervenciones que realizan en la institución?

2. Objetivos de la investigación

2.1. Objetivo General

Identificar las actitudes de los profesionales de dos instituciones de Chile, con respecto a los elementos del trabajo corporal y estrategias del movimiento, relacionados con la DMT, que se pudiesen incluir dentro de las intervenciones con los niños y niñas de Condición Espectro Autista.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar la dirección de las actitudes de los profesionales, con respecto a la incorporación de trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT.

- Identificar la intensidad de las actitudes de los profesionales, con respecto a la incorporación de trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT.
- Analizar la dirección de las actitudes de los profesionales, con respecto a la incorporación de trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT.
- Analizar la intensidad de las actitudes de los profesionales, con respecto a la incorporación de trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT.

III. MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se presentarán los aspectos fundamentales del marco metodológico. Específicamente, se caracterizará a los participantes, el tipo de investigación, el diseño del estudio, la descripción técnica para la confección del instrumento de recolección de la información, el procedimiento y el análisis de los datos.

1. Participantes

En este estudio participaron, de forma voluntaria, 19 profesionales, pertenecientes a dos instituciones de Chile que trabajan con personas TEA. Una- en adelante Institución 1- realiza trabajo virtual y presencial. La otra -en adelante Institución 2- originalmente su trabajo era presencial, pero dada las circunstancias de pandemia provocada por Covid-19, también entró en el ámbito virtual. Ambas, se ubican en la región de Valparaíso. Cada persona declaró su participación libre y voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado (ANEXO 1).

A continuación, en la **Tabla 2** se resumen las características de los profesionales que participaron por cada institución. Cabe destacar que participaron la totalidad de los profesionales que, al

momento de la aplicación del instrumento, eran parte de cada centro. Posteriormente, se presentarán las características principales de cada institución.

Tabla 2

Características de los profesionales por institución

INSTITUCIÓN 1		
Cargo	Años de experiencia en TEA	Tiempo vinculación Institución
1 Fonoaudióloga	3	Menos de 6 meses
2 Psicóloga	2	Entre 1 y 2 años
3 Psicopedagoga	2	Menos de 6 meses
4 Educadora diferencial	2	Menos de 6 meses
5 Educadora diferencial (En equipo de Gestión Área de Propuestas)	7	5 años o más
6 Educadora diferencial (En equipo de Gestión, área de Coordinación)	7	5 años o más
7 Educadora diferencial (En equipo de gestión área de procesos)	10	5 años o más
8 Terapeuta ocupacional	5	Entre 2 y 4 años
9 Fonoaudióloga	2	Entre 1 y 2 años
INSTITUCIÓN 2		
Cargo	Años de experiencia en TEA	Tiempo vinculación Institución
1 Educadora diferencial	7	Entre 1 y 2 años
2 Directora/terapeuta	10	5 años o más
3 Fonoaudióloga	10	Entre 2 y 4 años
4 Kinesióloga /Psicomotricista	6	5 años o más
5 Terapeuta	3	Entre 1 y 2 años
6 Terapeuta Ocupacional	4	Entre 2 y 4 años
7 Terapeuta Ocupacional	6	Entre 2 y 4 años
8 Terapeuta Ocupacional	4	Entre 6 meses y 1 año
9 Psicólogo	2	Menos de 6 meses
10 Coordinador de evaluaciones	10	5 años o más

1.1 Caracterización de las instituciones

A continuación se describen las características principales de ambas instituciones para contextualizar el entorno laboral en el cual se desenvuelven los profesionales que participaron en el estudio.

1.1.1 Institución 1

Es un centro de evaluación e intervención que se consolidó desde el año 2017, como una empresa con enfoque inclusivo, la cual reconoce a las personas desde una perspectiva de seres biopsicosociales. Su objetivo es prestar servicios facilitadores a establecimientos educacionales, brindando evaluaciones transdisciplinarias a las necesidades educativas especiales, apoyo a la coordinación los Programas de Integración Escolar (PIE) de las escuelas y orientaciones en la implementación del Diseño Universal de Aprendizaje, generando estrategias diversificadas en los programas de integración escolar a lo largo de Chile. También, implementan planes de apoyo individuales, mediante los diversos profesionales que se comprometen con la educación inclusiva.

Actualmente, cuentan con tres programas, los cuales tienen como eje fundamental la empatía, el trabajo cooperativo y el respeto a la diversidad. Estos están coordinados por profesionales del área de la educación y son:

- Viajeras: Incluye Planes de Apoyo Terapéuticos.
- Programas de Apoyo a la Diversidad: Incluye Plan de Apoyo Individual y Plan de Adecuaciones Curriculares focalizado en las Necesidades Educativas Especiales.
- Escuela de Formación Integral en Ti: Incluye Planes de Apoyo, focalizados en las habilidades de cada persona.

1.1.2 Institución 2

Es un centro que surge en el año 2013, como una empresa de servicios educativos y terapéuticos, que actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario, que busca contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, respetando su individualidad social, emocional y neurobiológica. Además, tienen un alto compromiso político y social, que tiene dentro de sus objetivos el generar y participar en instancias de discusión sobre temáticas de educación, inclusión y neurodiversidad y, así, aportar desde la sistematización de un modelo propio de atención.

De esta forma, se han enfocado en el apoyo al desarrollo infantil en general, quedando el trabajo organizado en cuatro áreas: apoyo a personas con condición del espectro autista, apoyo a la infancia y a la crianza respetuosa, evaluación e investigación.

Además, brindan una articulación entre los profesionales, la familia y la persona involucrada, analizando en conjunto las necesidades presentadas para una jerarquización de objetivos terapéuticos que se ajuste a cada realidad. También se mantienen en permanente vinculación y articulación con los establecimientos educacionales y con la comunidad, a fin de resguardar la continuidad de la terapia y evaluar de forma auténtica el proceso para su mejora permanente.

2. Tipo de investigación

El enfoque del estudio fue de tipo cuantitativo, el cual se caracteriza por ser secuencial y probatorio, además, consta de una serie de etapas que siguen un orden riguroso. Es definido por Hernández Sampieri et al. (2004, p.10) como un tipo de investigación que “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente”, sus herramientas son la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística para

determinar de forma exacta patrones de comportamiento en una población (Hernández Sampieri et al., 2004). De esta forma, en la presente investigación se escogió dicho enfoque para llevar a cabo la recolección y análisis de datos que permitió responder la pregunta de investigación.

Por su parte, el alcance del estudio fue exploratorio. Este tipo de estudios se realiza cuando el objetivo es sondear un tema o problemática de investigación poco estudiada, también, cuando existen muchas dudas o no se ha abordado anteriormente. De esta forma, se produce un acercamiento hacia fenómenos relativamente desconocidos; se recaba información acerca de la opción de generar una investigación más completa sobre un contexto particular; se indagan características del comportamiento humano que algún grupo específico de profesionales pueda considerar relevante; se identifican conceptos o variables innovadoras; se definen necesidades para investigaciones futuras, o se sugieren afirmaciones y postulados (Hernández Sampieri et al., 2004). De forma específica, en la presente investigación se definió que el alcance fue exploratorio, debido a que se investigó una cuestión que no se había abordado anteriormente, acerca del comportamiento actitudinal de dos grupos de profesionales del área de socio-sanitaria y, así, se pudieron establecer sugerencias para futuras investigaciones y aplicaciones de la DMT para este colectivo.

3. Procedimiento

En este apartado se describe, por una parte, el procedimiento de creación y validación del instrumento y, por otra parte, los pasos de contacto con las instituciones y sus participantes. En la **Tabla 3** se resumen las fases del procedimiento que se siguieron para la elaboración, aplicación del instrumento y, posterior análisis de los resultados obtenidos.

Tabla 3

Fases de elaboración, validación y análisis de la Escala Actitudinal:

Elementos de la DMT como herramientas de intervención en niños y niñas de Condición Espectro Autista

<i>Desglose de fases desarrolladas</i>	
1	Revisión bibliográfica, documentación, clarificación de conceptos, marco teórico y metodología
2	Identificación de los elementos considerados principales para la escala: - Selección y definición precisa de las actitudes que medirán - Construcción de los ítems relevantes a las actitudes que se quieren medir
3	Construcción preliminar del instrumento
4	Administración del instrumento a 5 jueces expertos
5	Revisión y reelaboración de una nueva versión del instrumento
6	Reclutamiento de participantes para aplicar el instrumento
7	Aplicación a los profesionales de las instituciones
8	Análisis y discusión de los resultados - Interpretación y análisis de resultados - Discusión de resultados

3.1 Procedimiento elaboración y validación del instrumento

Para el diseño del instrumento *ad hoc* se realizó una revisión teórica sobre el TEA, el movimiento en las personas de Condición Espectro Autista y las intervenciones de DMT en TEA.

Las bases de datos consultadas fueron: Google Scholar, Dialnet, Psycinfo, Elsevier Scopus, Mendeley, Depósito Digital de Documentos de la UAB, PubMed.

Las palabras claves para la búsqueda fueron: Trastorno Espectro Autista, Condición Espectro Autista, Danza Movimiento Terapia, intervenciones en TEA, desarrollo motor en TEA, TEA + DMT, neuronas espejo, actitudes, escala de Likert, construcción de escalas de actitudes.

De esta forma, para el diseño de la escala se realizó una indagación teórica de los aspectos específicos del trabajo corporal y estrategias de movimiento de la DMT que reportan beneficios a los niños y niñas de Condición Espectro Autista y, así, definir las preguntas e ítems a incluir en la escala. A partir de lo cual, se recabaron los siguientes conceptos (**Tabla 4**), los cuales se presentan agrupados por temáticas: aquellos de color rosa, corresponden a conceptos que se vinculan a la DMT; aquellos de color azul, a herramientas que se utilizan en la DMT; aquellos verdes a dificultades en las habilidades básicas de control motor; finalmente, aquellos rojos, a los hitos del desarrollo psicológico pre-requisitos para el desarrollo de habilidades empáticas emocionales y cognitivas.

Tabla 4

Conceptos recabados para elaboración Escala Actitudinal

Dimensión corporal	Habilidades sociales y de comunicación	Empatía	Imagen corporal	Seguimiento de ritmos	Integración perceptual- motora
Imitar	Espejar	Práctica repetida de secuencias de movimiento	Sincronizar movimientos	Experiencias interpersonales kinestésicas	Cooperación motora
Planificación motora	Organización de movimientos	Coordinación de movimientos	Gestos hábiles	Torpeza en la marcha	Inestabilidad postural
Tono muscular bajo	Orientación espacial	Regulación de ritmos corporales	Entregar peso a otro	Sincronizar el tiempo	Autopercepción y sentido del sí mismo
Diferenciación entre el yo y otro	Habilidades expresivas no verbales	Dimensiones corporales de las interacciones sociales	Sintonización social	Comportamientos de movimiento interpersonal	DMT

Una vez obtenidos los conceptos, se procedió a elaborar ocho preguntas en formato Escala de Likert, utilizando formulario de Google Forms, que conformaron la Escala Actitudinal denominada: *“Elementos de la Danza Movimiento Terapia como herramientas de intervención en niños y niñas de*

Condición Espectro Autista”. De forma paralela, con el objetivo de clarificar todos los conceptos de la escala, se construyó un cuadro que se denominó “*Definiciones Relevantes*”, que contenía cada uno de los conceptos (**Tabla 4**) y a su lado la definición.

Concluido este proceso, se realizó una validez de contenido, tanto del cuadro de “*Definiciones Relevantes*”, como de la Escala resultante, mediante juicio de expertos. Para tales efectos, se contactó a profesionales que tuviesen alguna especialización en el área a investigar y se desempeñaran en algún cargo vinculado al objetivo de estudio por un período mínimo de 5 años, dichos criterios se especifican en la **Tabla 5**.

Tabla 5

Criterios para profesionales participantes en el Juicio de Expertos

JUEZ	Profesión	Especialización vinculada al objetivo del estudio	Cargo vinculado al objetivo del estudio	Tiempo dedicado al trabajo vinculado al objetivo del estudio
JUEZ 1	Danza Movimiento Terapeuta	Danza Movimiento Terapeuta	Coordinadora Proyecto Integración Psicomotriz, Escuela en Lautaro. Entrega apoyos a estudiantes con TEA	Más de 5 años
JUEZ 2	Psicóloga y Danza Movimiento Terapeuta	Atención clínica en la infancia TEA, a través de la DMT	Danza Movimiento Terapeuta	Más de 5 años
JUEZ 3	Educadora Diferencial	Postítulo en Trastornos de la Comunicación y del Lenguaje	Coordinadora Programa Integración Escolar	Más de 5 años
JUEZ 4	Danza Movimiento Psicoterapeuta	Atención clínica en la infancia TEA, a través de la DMT	Terapeuta	Más de 5 años
JUEZ 5	Fonoaudióloga	Cursos de formación en autismo. Diplomado en trastornos del neurodesarrollo	Coordinadora Programa Diploma Postítulo en Autismo	Más de 5 años

Las profesionales señaladas anteriormente, fueron contactadas por correo electrónico, en donde se les solicitó su colaboración y se les explicó detalladamente los objetivos principales de la

investigación. Posteriormente, se les envió, por una parte, un documento PDF con formato “Juicio de expertos”, que contenía las *Definiciones Relevantes* de los conceptos recabados en la **Tabla 5**, necesarios para responder la Escala Actitudinal; dicho documento fue respondido y devuelto por el mismo medio. Por otra parte, se les envió un enlace a un formulario de Google Forms, el cual conectaba con la Escala Actitudinal formato “Juicio de expertos”, éstas fueron respondidas y la información registrada de forma automática en la misma plataforma de Google.

El análisis de las escalas de juicio de expertos, determinó para la primera parte, la permanencia del total de conceptos y definiciones del documento enviado, ya que ninguna de las profesionales sugirió eliminar conceptos y/o definiciones. Sin embargo, la mayor reformulación se centró en modificaciones de aspectos de redacción, clarificaciones y/o cambios en la forma de entregar la información y modificaciones léxico- semánticas, para que fuesen de más accesibles y comprensibles para los participantes. Dichas sugerencias fueron entregadas por dos Danza Movimiento Terapeutas, por la Educadora Diferencial y la Fonoaudióloga. Asimismo, se consideró incorporar la definición de *Análisis de Movimiento de Laban*, la cual ayudó a clarificar el concepto y la definición de *Comportamientos de movimiento interpersonal*.

En tanto, para la segunda parte (Escala Actitudinal) el análisis de las escalas de juicio de expertos, determinó la permanencia de todos los ítems iniciales, ya que ninguna de las profesionales consultadas, sugirió eliminar consignas. Sin embargo, la mayor modificación, se centró en ajustar los enunciados de la escala con los indicadores de evaluación en dos preguntas y en invertir el orden de los indicadores de evaluación en una pregunta. Estas sugerencias fueron realizadas por la Fonoaudióloga.

Por otra parte, a los resultados entregados por las juezas, se les aplicó análisis estadísticos de confiabilidad, que arrojó un alfa de Cronbach de 0,769, lo cual indicó una buena consistencia interna para la escala (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

3.2 Procedimiento para seleccionar a los participantes

En una primera instancia, se estableció contacto vía correo electrónico con las directoras y/o representantes de cada institución, para presentar el proyecto e invitar a colaborar a sus respectivos equipos como participantes (ANEXO 2). Posteriormente, se agendó una reunión mediante videollamada con cada directora o representante del Centro, donde fueron informadas en detalle de los procedimientos que se realizarían con los profesionales; en base a eso, firmaron la autorización institucional para ser parte del estudio (ANEXO 3). Además, se señaló que podían participar de forma libre y voluntaria la totalidad de profesionales que conformasen la institución, por último, se explicó la inversión de tiempo asociada a la participación individual de cada profesional, la cual estaba calculada en 30 minutos aproximadamente. A partir de ese encuentro, se tomó contacto con cada profesional, mediante correo electrónico (con la directora/representante como intermediaria), donde se les explicó el proyecto y en qué consistía su participación. Además, se resaltó que la participación sería libre y voluntaria, que no habría pago por ella y que los resultados serían estrictamente anónimos y de carácter privado. Además, los datos entregados serían absolutamente confidenciales y sólo se usarían para los fines científicos de la investigación y eventuales publicaciones académicas. Una vez resueltas las dudas y consultas, se procedió a la firma del consentimiento informado (ANEXO 1). Luego de eso, se les envió un nuevo correo electrónico donde se detallaba los pasos para la participación y en incluía el link que enlazaba con la Escala Actitudinal. Éstas fueron respondidas y la información registrada de forma automática en la misma plataforma de Google.

4. Instrumento

El instrumento *ad hoc* utilizado en este estudio fue la Escala Actitudinal “*Elementos de la Danza Movimiento Terapia como herramientas de intervención en niños y niñas de Condición Espectro Autista*”.

Está constituido por dos partes. La primera, una tabla PDF con las indicaciones del procedimiento de participación y, con 31 conceptos y sus respectivas definiciones, para lectura previa y durante la contestación de la escala (ANEXO 4). Cabe destacar que en el mismo documento (ANEXO 4), se detallan los autores de referencia que se utilizaron para realizar los enunciados. La segunda, una escala actitudinal tipo Likert, en formato formulario de Google Forms, que consta de dos secciones. Una, con 5 preguntas generales de identificación, ocupación y experiencia laboral del participante con el colectivo Espectro Autista. La otra, con un encabezado con las indicaciones para responder y 8 preguntas específicas del tema investigado, cada una con 5 opciones de respuestas. Cabe señalar que la pregunta 2 consta de 9 sub-apartados y la pregunta 4 de 12 (ANEXO 5).

El objetivo del instrumento es valorar la *dirección*: favorable o positiva v/s desfavorable o negativa y la *intensidad*: muy alta, alta, indiferente, baja o muy baja, de las actitudes de los profesionales de las dos instituciones contactadas, con respecto a la incorporación del trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT, dentro de las intervenciones que realizan en sus centros.

5. Análisis de datos

A continuación, se detalla cómo se registraron y se analizaron los datos de la investigación. Los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala Actitudinal “*Elementos de la Danza Movimiento Terapia como herramientas de intervención en niños y niñas de Condición Espectro Autista*” en ambas

instituciones fueron sistematizados en dos bases de datos para su posterior análisis, una por cada institución. Así pues, en primer lugar, se traspasaron las respuestas de cada participante, pregunta a pregunta, a una planilla del programa Excel. Para esto, se utilizó un sistema de codificación que se detalla en la **Tabla 6**.

Tabla 6

Codificaciones de los resultados de la Escala Actitudinal para dirección e intensidad

Codificación por dirección	
4 y 5	Dirección favorable
3	Sin dirección clara/ dirección neutra
2 y 1	Dirección desfavorable
Codificación por intensidad	
5	Intensidad muy alta
4	Intensidad alta
3	Indiferencia o neutra
2	Intensidad baja
1	Intensidad muy baja

Posteriormente, siguiendo con la utilización del mismo programa, se ordenaron los resultados en dos tablas, que contenían los valores absolutos de la frecuencia de respuestas por pregunta, tanto para la dirección como para la intensidad. Y, con estos valores absolutos, se hizo el cálculo de los porcentajes de respuestas por pregunta, tanto para la dirección como para la intensidad. Finalmente, se construyeron dos nuevas tablas de datos, que sólo mostraban los resultados expresados en porcentajes por preguntas, para ambos indicadores evaluados- dirección e intensidad-. Cabe destacar que para

complementar la comprensión de los resultados y su análisis, se construyeron gráficos de barras para la pregunta 2 y pregunta 4, las cuales contenían 9 y 12 sub-apartados, respectivamente.

IV. RESULTADOS

A continuación, se presentan y se analizan los resultados obtenidos mediante la aplicación de la Escala Actitudinal de tipo Likert *“Elementos de la Danza Movimiento Terapia como herramientas de intervención en niños y niñas de Condición Espectro Autista”*. Con ella se buscó la identificación de la dirección e intensidad de las actitudes, con respecto a la incorporación del trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT, por parte los equipos de profesionales de dos Centros de la región de Valparaíso, Chile; quienes trabajan con niñas y niños de Condición Espectro Autista.

Los resultados serán presentados con dos tablas (una por cada institución) que resumen los porcentajes de obtenidos por cada pregunta, tanto a nivel de dirección como en intensidad de las actitudes (**Tablas 7 y 8**). Lo anterior, se complementará con un análisis descriptivo- comparativo entre los resultados obtenidos por pregunta en cada institución; dicha comparación se realizará tanto para la dirección como para la intensidad de las actitudes. Es importante recordar, que se realizaron 8 preguntas, de las cuales la pregunta 2 tenía 9 sub-apartados y la 4, tenía 12; el número de participantes fue de 19 profesionales, siendo 9 de la Institución 1 y 10 de la Institución 2. Además, esta presentación de resultados, se completará con gráficas para dirección e intensidad en las preguntas 2 y 4.

Tabla 7

Porcentajes por dirección e intensidad de respuestas para la Institución 1

Preguntas	Porcentajes por indicador (Institución 1)						
	Dirección favorable			Dirección neutra	Dirección desfavorable		
	Intensidad muy alta	Intensidad alta		Indiferente o neutra	Intensidad baja	Intensidad muy baja	
Pregunta 1	67%	33%	100%	0%	0%	0%	0%
Pregunta 2							
2.a	44%	22%	67%	11%	0%	22%	22%
2.b	56%	22%	78%	0%	0%	22%	22%
2.c	56%	22%	78%	0%	0%	22%	22%
2.d	33%	44%	78%	0%	11%	11%	22%
2.e	33%	44%	78%	0%	11%	11%	22%
2.f	33%	44%	78%	0%	11%	11%	22%
2.g	44%	22%	67%	11%	0%	22%	22%
2.h	44%	33%	78%	0%	0%	22%	22%
2.i	44%	33%	78%	0%	0%	22%	22%
Pregunta 3	89%	11%	100%	0%	0%	0%	0%
Pregunta 4							
4.a	33%	56%	89%	0%	0%	11%	11%
4.b	33%	56%	89%	0%	0%	11%	11%
4.c	33%	56%	89%	0%	0%	11%	11%
4.d	56%	22%	78%	11%	0%	11%	11%
4.e	67%	22%	89%	0%	0%	11%	11%
4.f	56%	22%	78%	11%	0%	11%	11%
4.g	22%	44%	67%	22%	0%	11%	11%
4.h	56%	22%	78%	11%	0%	11%	11%
4.i	78%	11%	89%	0%	0%	11%	11%
4.j	78%	11%	89%	0%	0%	11%	11%
4.k	78%	11%	89%	0%	0%	11%	11%
4.l	78%	11%	89%	0%	0%	11%	11%
Pregunta 5	67%	33%	100%	0%	0%	0%	0%
Pregunta 6	67%	22%	89%	11%	0%	0%	0%
Pregunta 7	67%	22%	89%	11%	0%	0%	0%
Pregunta 8	78%	11%	89%	11%	0%	0%	0%

Tabla 8

Porcentajes por dirección e intensidad de respuestas para la Institución 2

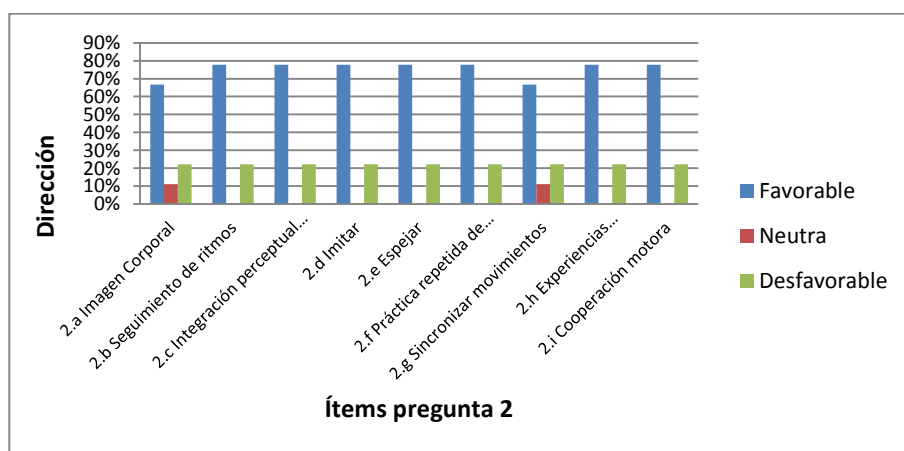
Preguntas	Porcentajes por indicador (Institución 2)						
	Dirección favorable			Dirección neutra	Dirección desfavorable		
	Intensidad muy alta	Intensidad alta			Intensidad baja	Intensidad muy baja	
Pregunta 1	100%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Pregunta 2	2.a	60%	20%	80%	10%	0%	10%
	2.b	60%	30%	90%	10%	0%	10%
	2.c	80%	0%	80%	0%	0%	10%
	2.d	70%	10%	80%	10%	0%	10%
	2.e	50%	30%	80%	10%	0%	10%
	2.f	60%	20%	80%	10%	0%	10%
	2.g	60%	10%	70%	20%	0%	10%
	2.h	50%	30%	80%	10%	0%	10%
	2.i	70%	20%	90%	0%	0%	10%
Pregunta 3		90%	0%	90%	10%	0%	0%
Pregunta 4	4.a	70%	20%	90%	0%	0%	10%
	4.b	70%	20%	90%	0%	0%	10%
	4.c	50%	40%	90%	0%	0%	10%
	4.d	50%	40%	90%	0%	0%	10%
	4.e	70%	20%	90%	0%	0%	10%
	4.f	60%	20%	80%	10%	0%	10%
	4.g	40%	50%	90%	0%	0%	10%
	4.h	50%	30%	80%	10%	0%	10%
	4.i	70%	20%	90%	0%	0%	10%
	4.j	80%	10%	90%	0%	0%	10%
	4.k	80%	10%	90%	0%	0%	10%
	4.l	70%	20%	90%	0%	0%	10%
Pregunta 5		60%	40%	100%	0%	0%	0%
Pregunta 6		80%	10%	90%	0%	0%	10%
Pregunta 7		60%	40%	100%	0%	0%	0%
Pregunta 8		60%	40%	100%	0%	0%	0%

Para la pregunta 1: *¿Consideras que incluir la dimensión corporal en el trabajo de los niños y niñas de la Institución podría ayudar a mejorar aspectos de las habilidades sociales, de comunicación y empatía?* Los profesionales de ambas instituciones muestran una dirección favorable en su actitud, ya que la totalidad de las personas entregó respuestas en esa dirección. Por su parte, en cuanto a la intensidad de sus respuestas, en la Institución 1, más de la mitad de las personas mostró una actitud de intensidad muy alta y un tercio una intensidad alta. En la Institución 2, la totalidad de las respuestas fueron de intensidad muy alta.

En la pregunta 2 se muestran los resultados para la dirección de las actitudes en las **Figuras 1 y 2**; y para la intensidad de las respuestas en las **Figuras 3 y 4**. Así pues, la pregunta planteada fue la siguiente: *Consideras relevante incorporar estos aspectos en el trabajo sistemático con los niños y niñas de la institución.* Cabe destacar que los aspectos por los cuales se preguntó se nombran en las figuras y se detallan en el ANEXO 5.

Figura 1

Distribución en la Dirección de respuestas para Pregunta 2, en Institución 1.

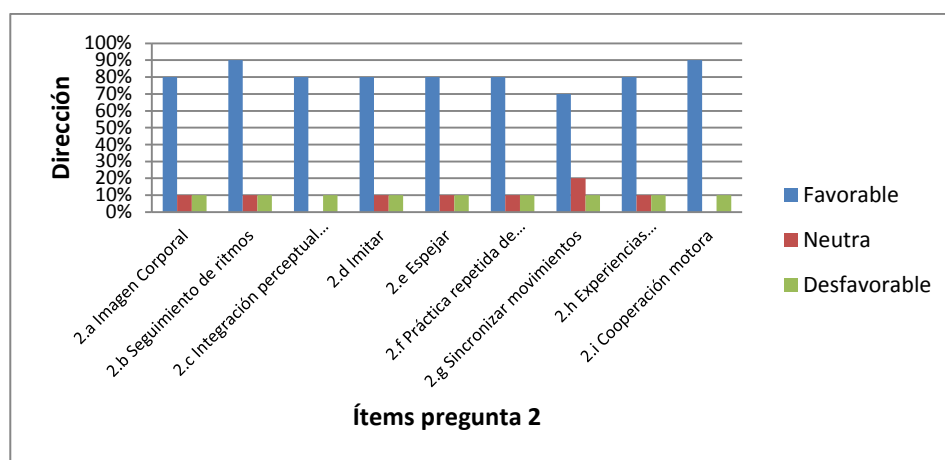


Para la Institución 1, las respuestas para incorporar estos aspectos se distribuyen en 78% favorable en los ítems de: seguimiento de ritmos, integración perceptual motora, imitar, espejar,

práctica repetida de secuencias de movimiento, experiencias interpersonales kinestésicas y cooperación motora y, 67% en los ítems de imagen corporal y sincronizar movimientos; 11% en una dirección neutra de esos dos mismos ítems. Por su parte, todos los ítems tuvieron un 22% de respuestas en dirección desfavorable.

Figura 2

Distribución en la Dirección de respuestas para Pregunta 2, en Institución 2

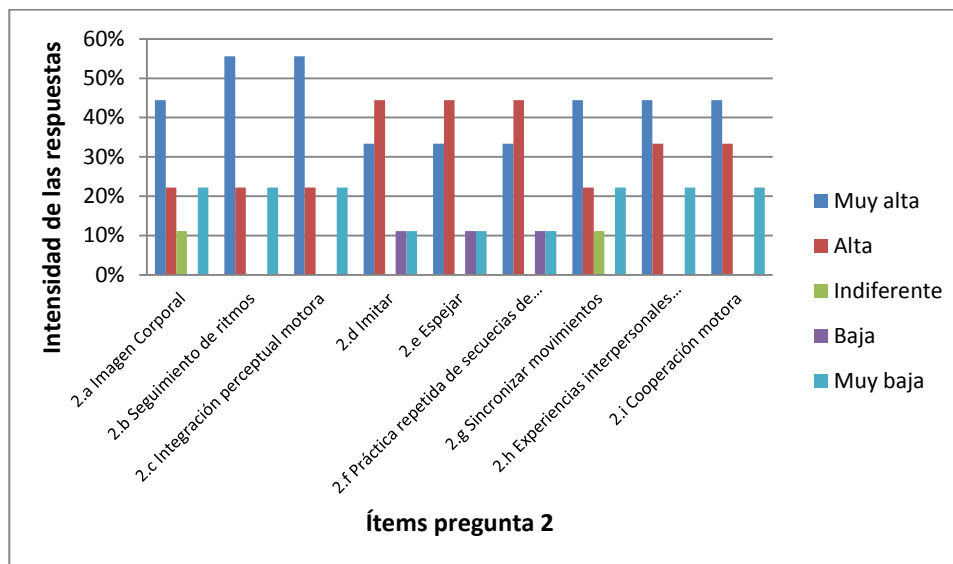


Para la Institución 2, los ítems de cooperación motora y seguimiento de ritmos tuvieron un 90% de respuestas en dirección favorable; los ítems de imagen corporal, integración perceptual motora, imitar, espejar, práctica repetida de secuencias de movimiento y experiencias interpersonales kinestésicas un 80% y sincronizar movimientos un 70%. En dirección neutra, el ítem de sincronizar movimientos tuvo en 20% de respuestas, aquellos de imagen corporal, seguimiento de ritmos, imitar, espejar, práctica repetida de secuencias de movimientos y experiencias interpersonales kinestésicas un 10% y 0% integración perceptual motora y cooperación motora. Finalmente, en la dirección desfavorable todos los ítems tuvieron 10% de respuestas.

Así pues, al observar las gráficas se puede señalar que en ambas instituciones se advierte una tendencia en las actitudes en dirección favorable.

Figura 3

Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 2, en Institución 1

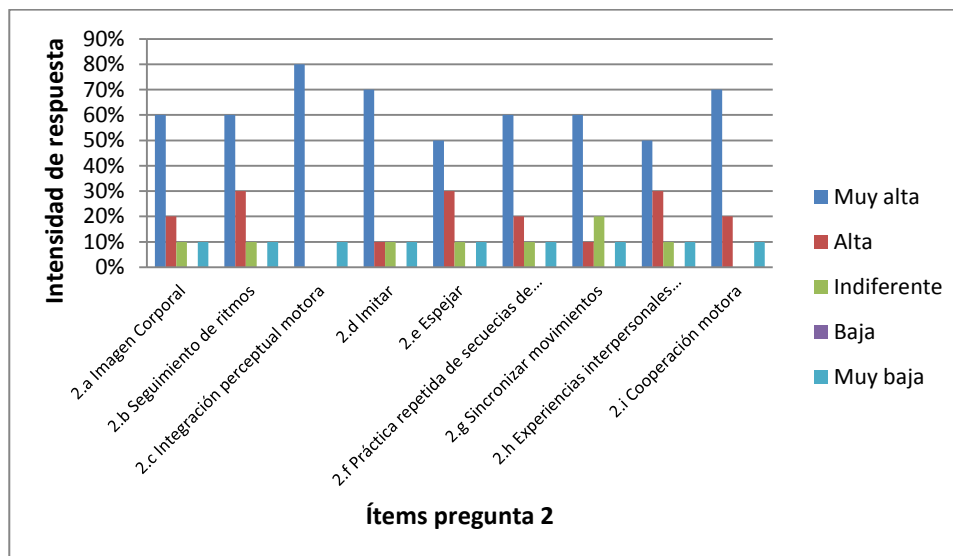


Con respecto a las intensidades en las respuestas, en la Institución 1, se observó variedad de respuestas, en donde para algunos ítems los mayores porcentajes se situaron en muy alta intensidad (imagen corporal, seguimiento de ritmos, integración perceptual motora, sincronizar movimientos, experiencias interpersonales kinestésicas y cooperación motora) y en otros ítems en alta intensidad (Imitar y práctica repetida de secuencias de movimientos) (los detalles de los porcentajes se especifican en **Tabla 7**). Además, se observó que sólo en los ítems de seguimiento de ritmos e integración perceptual motora las respuestas de muy alta intensidad fueron del 56%, en los otros ítems se situaron por debajo del 45%. En la intensidad indiferente sólo se recoge un 11% de respuestas para los ítems de imagen corporal y sincronizar movimientos, los otros ítems no registran respuestas en este apartado. Finalmente, tanto en respuestas de baja intensidad como en aquellas de muy baja intensidad, se

registran 11% en los ítems de imitar, espejar y práctica repetida de secuencias de movimiento. En tanto, el resto de ítems muestran un 22% de respuestas de muy baja intensidad y 0% en baja intensidad.

Figura 4

Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 2, en Institución 2



Por otra parte, la Institución 2, mostró un comportamiento de respuestas diferente, donde los más altos porcentajes de respuestas se situaron en el indicador de muy alta intensidad. Así, todas las respuestas, a excepción de espejar y experiencias interpersonales kinestésicas (50% cada una), se situaron entre el 60% y 70%. En alta intensidad el comportamiento de respuestas fue 30% para seguimiento de ritmos, espejar y experiencias interpersonales kinestésicas; 20% en imagen corporal, práctica repetida de secuencias de movimiento y cooperación motora; 10 % para imitar y sincronizar movimientos y 0% para integración perceptual motora. En la dirección indiferente las respuestas oscilaron entre 0% y 20%. Finalmente, en baja intensidad no se registraron respuestas y, en muy baja intensidad, cada ítem tuvo 10% de profesionales que respondieron en este indicador.

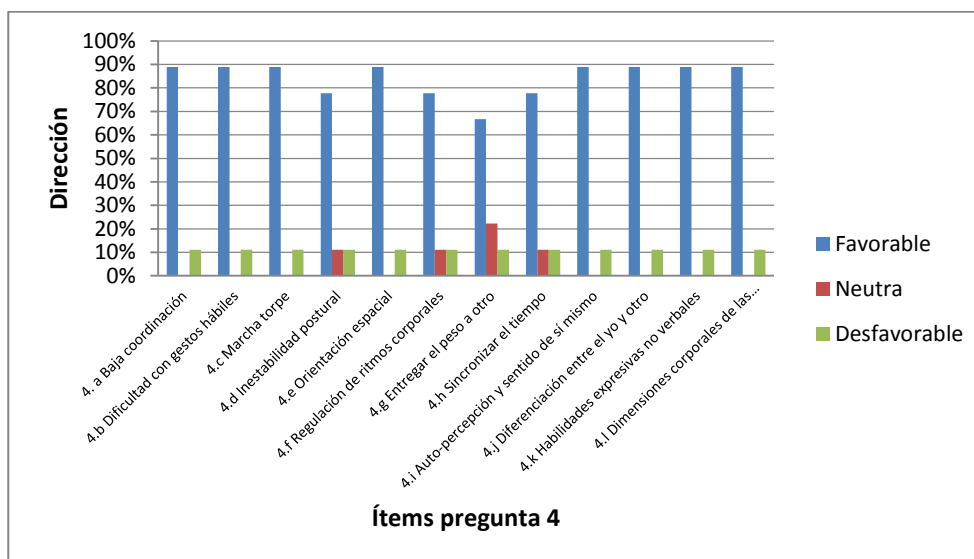
En relación a la pregunta 3: *¿Cómo valoras incluir aspectos de planificación, organización y coordinación de movimientos dentro de las intervenciones de los niños y niñas?* La totalidad de los profesionales de la Institución 1 muestran una dirección favorable y el 90% de la Institución 2. Por su parte, el 10% de los profesionales de la institución 2 muestran una dirección neutra ante la pregunta. Es decir, en ambas instituciones la mayor cantidad de respuestas de los profesionales fue de dirección favorable.

Con respecto a la intensidad de las respuestas, el 89% de los profesionales de la Institución 1 responden con muy alta intensidad y el 11% con una alta intensidad. En tanto, en la Institución 2, el 90% de respuestas que fueron de dirección favorable, lo fueron también de muy alta intensidad.

En la pregunta 4 se muestran los resultados para la dirección de las actitudes en las **Figuras 5 y 6**; y para la intensidad de las respuestas en las **Figuras 7 y 8**. Así pues, la pregunta planteada fue la siguiente: *Consideras relevante incorporar un programa específico dentro de la institución, con propuestas que pudiesen mejorar alguno de estos aspectos*. Cabe mencionar que los aspectos por los cuales se indagó se nombran en las figuras y se detallan en el ANEXO 5.

Figura 5

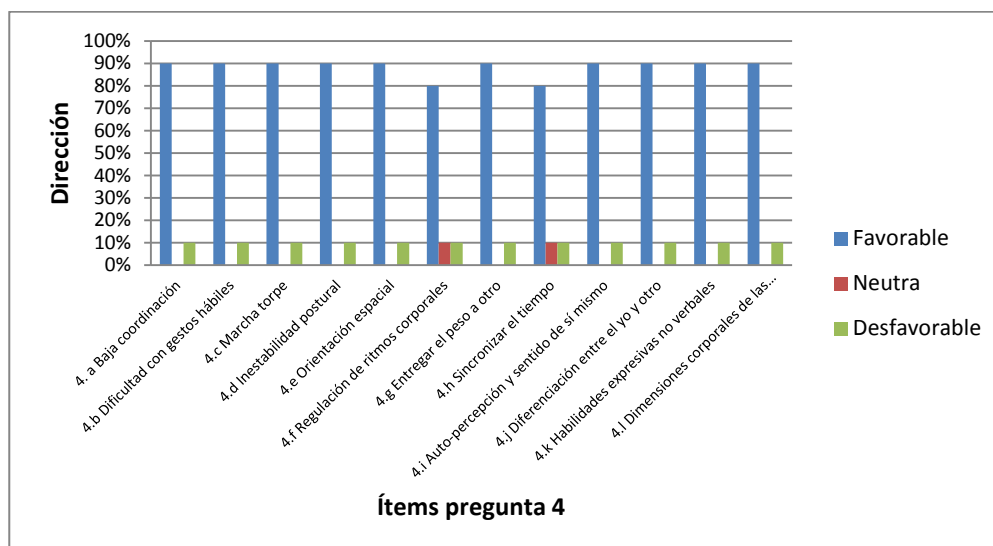
Distribución en la Dirección de las respuestas de los ítems de la Pregunta 4, en la Institución 1



Para la Institución 1, las respuestas para incorporar dentro de sus programas propuestas que pudiesen mejorar algunos aspectos del desarrollo y relación se distribuyen en 89% de actitud favorable en los ítems de: baja coordinación, dificultad en gestos hábiles, marcha torpe, orientación espacial, auto-percepción y sentido de sí mismo, diferenciación entre el yo y otro, habilidades expresivas no verbales, dimensiones corporales en las interacciones sociales; 78% en los ítems de inestabilidad postural, regulación de ritmos corporales y sincronizar el tiempo y, 67% de entregar peso a otro; 22% en una dirección neutra de ese mismo ítems y 11% en los ítems de inestabilidad postural, regulación de ritmos corporales y sincronizar el tiempo. Por su parte, todos los ítems tuvieron un 11% de respuestas en dirección desfavorable.

Figura 6

Distribución en la Dirección de las respuestas de los ítems de la Pregunta 4, en la Institución 2

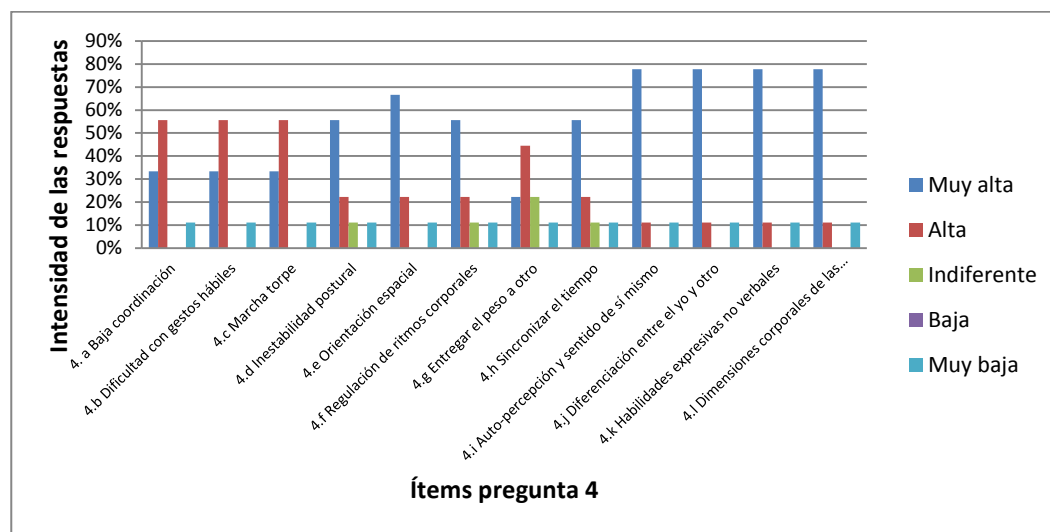


Por su parte, para la Institución 2, todos los ítems, a excepción de regulación de ritmos corporales y sincronizar el tiempo, obtienen un 90%, en tanto, estos 2 ítems mencionados presentaron un 80% de respuestas de dirección favorable. En dirección neutra, sólo se registran respuestas del 10% en los mismos ítems anteriormente señalados. Finalmente, en la dirección desfavorable todos los ítems tuvieron 10% de respuestas.

Así pues, al comparar ambas instituciones, se observa que las actitudes hacia los aspectos investigados con esta pregunta, tienen una dirección favorable en todos los ítems por sobre el 65%.

Figura 7

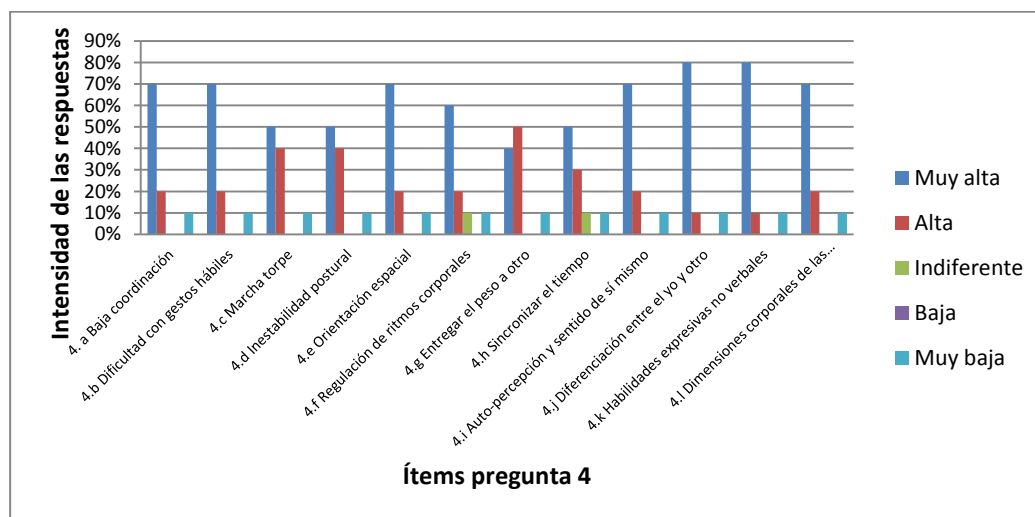
Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 4, en Institución 1



Con respecto a las intensidades en las respuestas, en la Institución 1, se observó una diversidad de respuestas, en donde para algunos ítems los mayores porcentajes se situaron en muy alta intensidad (inestabilidad postural, orientación espacial, regulación de ritmos corporales, sincronizar el tiempo, autopercepción y sentido de sí mismo, diferenciación entre el yo y otro, habilidades expresivas no verbales, dimensiones corporales de las interacciones sociales), entre 56% y 78% y, en otros ítems, en alta intensidad (baja coordinación, dificultad en gestos hábiles, marcha torpe y entregar el peso a otros), entre 44% y 56% (los detalles de los porcentajes se especifican en **Tabla 7**). Además, en alta intensidad hay ítems que obtuvieron 22% de respuestas: estabilidad postural, orientación espacial, regulación de ritmos corporales y sincronizar el tiempo y 11% los restantes ítems. En la intensidad indiferente, el ítem de entregar peso a otro muestra 22% de respuestas; los ítems de inestabilidad postural, regulación de ritmos corporales y sincronizar el tiempo, 11% de respuestas y 0% los ítems restantes. Finalmente, en el indicador de baja intensidad no se registran respuestas y, en aquel de muy baja intensidad, todos los ítems muestran un 11% de profesionales que muestran esa actitud.

Figura 8

Intensidad de las respuestas en los ítems de la Pregunta 4, en Institución 2.



Por otra parte, la Institución 2, mostró un comportamiento de respuestas diferente, donde las respuestas de muy alta intensidad son escogidas, en todos los ítems, por el 50% a 80% de los profesionales de la institución, a excepción de entregar el peso a otros que ocupó el 40% de las respuestas. En alta intensidad, este mismo ítem obtuvo un 50% de respuestas, y el resto de ítems se distribuyeron con una tendencia entre el 40% a 10% de las respuestas: 40% en marcha torpe e inestabilidad postural; 30% para sincronizar el tiempo; 20% para baja coordinación, dificultad en gestos hábiles, orientación espacial, regulación de ritmos corporales, auto-percepción y sentido de sí mismo y dimensiones corporales de las interacciones sociales y, 10% diferenciación entre el yo y otro y habilidades expresivas no verbales. En la dirección indiferente, los ítems de regulación de ritmos corporales y sincronizar el tiempo mostraron un 10% de respuestas, el resto de ítems 0% en este indicador. Finalmente, en baja intensidad no se registraron respuestas y, en muy baja intensidad, cada ítem tuvo 10% de profesionales que respondieron en este indicador.

A continuación, se prosigue con el análisis de los resultados de las cuatro últimas preguntas, tanto para dirección como para intensidad.

Para la pregunta 5: *¿Consideras que potenciar comportamientos de movimiento interpersonal pudiese mejorar la sintonización social?* La totalidad de los profesionales tanto de la Institución 1 como de la Institución 2, tienen una actitud de dirección favorable. Por su parte, en cuanto a la intensidad de la actitud para esta pregunta, en la Institución 1, fue de 67% de intensidad muy alta y 33% de intensidad alta y, en la Institución 2, fue de 60% de intensidad muy alta y 33% de intensidad alta.

Con respecto a la pregunta 6: *¿Te interesa conocer en mayor profundidad el campo de acción y los beneficios que la Danza Movimiento Terapia (DMT) puede aportar en el trabajo con el colectivo de tu institución?* En la Institución 1, el 89% de los profesionales tienen una actitud de dirección favorable y el 11% una actitud neutra, es decir, sin una inclinación clara. En tanto, para la Institución 2, el 90% de los profesionales dan una respuesta de dirección favorable y el 10% de dirección desfavorable. Es decir, en ambas instituciones se observa una tendencia de respuesta mayoritaria de dirección favorable.

En cuanto al análisis de la intensidad de las respuestas, en la institución 1, el 67% de los profesionales muestran muy alta intensidad y el 22% alta intensidad. En la Institución 2, los porcentajes se reparten en: 80% de respuestas de muy alta intensidad, 10% de alta intensidad y 10% de muy baja intensidad.

En cuanto a la pregunta 7: *¿Consideras que el equipo de profesionales se enriquecería y/o se beneficiaría al incorporar un profesional de la DMT?* El 89% de los profesionales de la Institución 1, muestran una actitud de dirección favorable y el 11%, una actitud neutra, sin una dirección establecida. Por su parte, en la institución 2, la totalidad de profesionales evidencian una actitud de dirección favorable. Con respecto a la intensidad de las respuestas en la dirección favorable, en la Institución 1 se

dividen en: 67% de muy alta intensidad y 22% de alta intensidad y, en la Institución 2, 60% y 40%, respectivamente.

Con respecto a la pregunta 8: *¿Consideras que los usuarios de la institución se beneficiarían al incorporar un trabajo sistemático realizado por un profesional de la DMT?* En la Institución 1 el 89% de los profesionales tienen una actitud de dirección favorable y el 11% una dirección neutra. En tanto, en la Institución 2, la totalidad los profesionales entregan respuestas de dirección favorable. En cuanto a la intensidad de las respuestas de dirección favorable, para la Institución 1 fue de 78% de intensidad muy alta y 11% de intensidad alta y, en la Institución 2, 60% y 40%, respectivamente.

De esta forma, para las preguntas 7 y 8, se observa en ambas instituciones una tendencia clara a entregar respuestas con actitudes de dirección favorable. Es decir, en considerar beneficioso incorporar un profesional DMT tanto para el equipo como para los usuarios.

V. DISCUSIONES

En el siguiente apartado se discutirán los resultados del estudio de la aplicación de la escala, se analizarán globalmente los datos obtenidos, teniendo como guía los objetivos de la investigación respecto a la importancia del cuerpo y el movimiento, desde la perspectiva de la DMT en los niños y niñas de Condición Espectro Autista.

Es importante mencionar que al realizar el análisis de los resultados surgieron dos sub-categorías dentro de las preguntas, que no fueron pensadas al diseñar el instrumento. Por una parte, aquellas preguntas que apuntan a determinar las actitudes, en específico, de herramientas concretas con las cuales se trabaja en DMT (de la pregunta 1 a 5). Por otro lado, aquellas que aluden a la disciplina de la DMT, en su conjunto: de tipo conceptual, beneficios que pudiese ofrecer al equipo y a los usuarios

de la institución (de la pregunta 6 a 8). Si bien, a nivel de resultados no se observa grandes diferencias entre ambas sub-categorías, las discusiones serán presentadas a la luz de esta división. Ahora bien, sería importante prestar atención, en el caso de replicar esta investigación a mayor escala de muestra, si esta tendencia observada se mantiene o varía.

Cabe recordar que, en las mediciones actitudinales los resultados se deben interpretar como “síntomas” y no como “hechos” (Papua, 2000, citado en Hernández Sampieri, et al., 2004), por lo tanto, no se sería adecuado hablar de respuestas absolutas, sino de una tendencia favorable o una buena predisposición, en el caso particular de esta investigación, hacia la DMT y sus herramientas como formas de trabajo que favorecerían y mejorarían la calidad de vida de los usuarios y familias, que asisten a cada una de las instituciones.

Para comenzar, la intención de identificar las actitudes de los profesionales de dos instituciones de Chile, con respecto a los elementos del trabajo corporal y estrategias del movimiento, relacionados con la DMT, que se pudiesen incluir dentro de las intervenciones con los niños y niñas de Condición Espectro Autista, motivó la presente investigación, la cual demostró que las actitudes hacia incorporar las diversas herramientas de la DMT fueron favorables en ambas instituciones donde se aplicó la Escala Actitudinal. Las herramientas específicas son: seguimiento de ritmos, imitar, espejar, la práctica repetida de secuencias de movimiento, sincronizar movimientos, potenciar experiencias interpersonales kinestésicas, favorecer la cooperación motora, entregar el peso a otro, sincronizar el tiempo, estimular comportamientos de movimiento interpersonal para mejorar la sintonización social. De esta forma, se logró evidenciar que en la Institución 1 sobre el 67% de los profesionales mostraron actitudes dirección favorable y, en la Institución 2, sobre el 80% en cada uno de los aspectos anteriormente detallados. Debido a que esta investigación, se enmarca dentro de un alcance exploratorio, ya que no se encontraron estudios que previos que centraran sus objetivos en el tema investigado. Se relacionarán

los hallazgos con la investigación realizada por Rizzo Vincent et al. (2007), acerca de la actitud favorable de los profesionales- terapeutas y educadores- de una institución de Estados Unidos a incorporar en su establecimiento una disciplina que desconocían, a saber la DMT. Así, el equipo pudo ver, de primera fuente, cómo al experimentar el movimiento como un vehículo para la autoexpresión, la curación y el auto-conocimiento; los estudiantes fueron incorporando nuevos aspectos de sí mismos, mostrando una mayor autoestima y mejorando sus habilidades de comunicación. De esta forma, los profesionales valoraron positivamente los resultados obtenidos con los programas de DMT.

En este punto se debe recordar, como se señaló en el marco teórico que una actitud es una forma de posicionar u orientar el pensamiento (Beltrán, 1988, citado en Zambrano & Orellana, 2018). Además, Zambrano y Orellana (2018) señalan que se compone de tres dimensiones: una cognoscitiva, conformada por percepciones, creencias e información que acerca de algo; otra afectiva, que involucra sentimientos pos o en contra de algo y, por último, una conductual, que hace referencia a la propensión para reaccionar hacia algo de un cierto modo. De esta forma, los resultados de la investigación podrían entregar evidencia respecto al posicionamiento que tomaron los profesionales de ambas instituciones, a nivel de creencias e información, acerca de las herramientas de la DMT propuestas, lo cual conllevó a manifestar una respuesta conductual positiva (que se materializa al marcar una dirección favorable en las preguntas de la escala). En tanto, metodológicamente no se podría comprobar si en las respuestas que emitieron hubo un componente afectivo. Por otro lado, considerando la información disponible en la literatura y la experiencia clínica de los participantes (teniendo presente la variedad de respuestas que las personas con TEA pueden tener frente a las intervenciones y a la falta de garantía de eficacia de éstas) es posible, que ellos se mostrasen abiertos a recibir nuevas formas de terapia y herramientas que les permitan dar mejores respuestas a los usuarios y a sus familias. Esto proporcionaría más alternativas para poder gestionar los sentimientos de aislamiento, soledad y frustración que frecuentemente debe enfrentar esta población, debido a sus dificultades en la comunicación (Martin, 2014). Así, estos

hallazgos podrían vincularse con una mejor calidad de vida, apoyo para los niños y niñas en riesgo de diagnóstico y a quienes ya cuenten con diagnóstico de TEA.

Otra discusión que se plantea, hace referencia a la actitud de dirección favorable, que mostraron la totalidad de participantes de ambas instituciones, para incorporar la dimensión corporal, como un ámbito que podría ayudar a mejorar aspectos de las habilidades sociales de comunicación y empatía. Cabe destacar que la mayoría de respuestas, además, fueron de muy alta intensidad. Esto se condice con los hallazgos de la literatura que señalan la importancia del cuerpo y del movimiento en los procesos de empatía (Behrends et al., 2012) y, también, con aquello que señalan Koch et al. (2015), quienes ponen al cuerpo como uno de los tres aspectos cardinales para conseguir una mejora en las habilidades sociales de las personas de Condición Espectro Autista. Por lo tanto, se plantea que ambos equipos, desde su experiencia clínica cotidiana, podrían estar percibiendo la misma relación entre cuerpo, habilidades socio-comunicativas y empatía. Además, Scharoun, et al. (2014) en su revisión de diversas investigaciones, señalaron que, conjuntamente a las dificultades socio- comunicativas y la presencia de comportamientos y patrones repetitivos como signos patognomónicos del TEA, también, las deficiencias motoras, son una característica fundamental y tienen una mayor frecuencia si se comparan con la población neurotípica. Lo anterior, puede ser un obstaculizador en la calidad de vida y el desarrollo social (Gowen & Hamilton, 2013). Por lo tanto, incorporar una disciplina que aborde estas necesidades tiene coherencia con la misión y visión que ambas instituciones plantean en su trabajo.

Asimismo, se podría señalar el reconocimiento que realizan ambos equipos de profesionales a la interrelación entre los desafíos motores y los desafíos socio-comunicativos que muestran los niños y niñas de asisten a sus instituciones. Esto, tiene un correlato en investigaciones llevadas a cabo por Fournier et al. (2010), Bhat et al. (2013); Iverson (2010); Landa (2007); McCleery et al.(2013) quienes señalan, por una parte, que los desafíos motores se presentan en todas las personas de Condición

Espectro Autista y, por otra parte, que el desarrollo del movimiento, de la comunicación y la comprensión social están íntimamente vinculadas en una etapa inicial de la vida. Además, se ha evidenciado que esta articulación temprana se ve alterada en este colectivo (Landa, 2007; McCleery et al., 2013).

Continuando con las discusiones, si se analizan los resultados obtenidos en los aspectos de incorporar la imitación, el movimiento sincrónico y la cooperación motora dentro del trabajo sistemático en las instituciones, los cuales tomados como elementos terapéuticos de la DMT, pueden mejorar las posibilidades de interrelación y la calidad de los vínculos que pudiesen llegar a establecer las personas que reciben tratamientos de DMT (Behrends, et al., 2012). Las respuestas obtenidas fueron de actitudes en dirección favorable sobre el 65% de los casos; variando en la Institución 1, la intensidad de las respuestas; en tanto, en la Institución 2, fueron principalmente de muy alta intensidad. Ahora bien, podría ser que los profesionales desconociesen el vínculo que se explica en la literatura; sin embargo, las actitudes que mostraron sientan un buen presente, para mostrarles la evidencia de las investigaciones, con respecto a los beneficios a nivel de establecimiento de comunicación, potenciación de la vinculación e interacción social, desarrollo de la regulación del afecto y la empatía que las intervenciones a través de la DMT pueden aportar (Behrends, et al., 2012) y, así, que pudiesen valorar la incorporación de un profesional DMT dentro de sus equipos.

A continuación se recuerda que, desde de una perspectiva fenomenológica, el TEA se entiende como un trastorno de auto-percepción y de la interacción social, en especial, de la empatía (Behrends, et al., 2012). Además, del planteamiento de una empatía multidimensional y encarnada, que integra dimensiones cognitivas, emocionales y corporales/cinestésicas; para la cual, se han se han descrito algunos hitos del desarrollo psicológico que serían pre-requisitos para el desarrollo de habilidades empáticas emocionales y cognitivas. A saber, auto-percepción y sentido de sí mismo; self y otro:

diferenciación; habilidades expresivas (no verbales) y dimensiones corporales de las interacciones sociales (Behrends, et al., 2012). Así pues, estos cuatro hitos fueron incorporados dentro de la escala y, dentro de los resultados en ambas instituciones, se obtuvieron contestaciones de actitudes principalmente de dirección favorable, con predominancia de una muy alta intensidad en las respuestas. Por lo tanto, que ambos equipos valores como importante incorporar dichos aspectos, permitiría potenciar un trabajo que considere el rol del cuerpo y del movimiento en los procesos de empatía; de esta forma, se podrían estimular las capacidades empáticas y prosociales planteadas por Behrends, et al.(2012) en su investigación.

Así pues, al reflexionar acerca de los resultados obtenidos en las preguntas hacia el interés de incorporar un programa específico que estimule las habilidades básicas de control motor y la incorporación de propuestas que potencien aspectos de planificación, organización y coordinación de movimientos. Se observó que los profesionales mantuvieron su línea de respuestas: una clara inclinación a mostrar actitudes de dirección favorable, con predominio de intensidad muy alta, aunque en algunos ítems específicos- que se detallaron en los resultados (**Tabla 7 y 8**)- la tendencia entre intensidad muy alta y alta es bastante similar. Esta necesidad que quedó de manifiesto en el proceso de investigación, se puede comparar con los datos que aportan Scharoun et al. (2014), quienes informan de tasas de prevalencia de deficiencias motoras en los TEA entre el 21 y el 100%. De esta forma, señalan que las dificultades motoras son una característica central, pero variable de las personas con TEA. Además, recientemente la literatura sugiere que las personas de Condición Espectro Autista participan menos en actividades físicas y/o encuentran más barreras (por su desarrollo social atípico y por sus manifestaciones conductuales) (Lang et al., 2010). Es así como, se vuelve muy necesario buscar formas de intervención que trabajen estas necesidades del colectivo del Espectro Autista, siendo la DMT una buena opción; no la única, ni la mejor, sino una más, que viene a sumarse a las intervenciones que llevan más años aplicándose. Considerando que las personas diagnosticada con TEA, ante todo son personas;

por lo tanto, tienen sus propias necesidades, preferencias e intereses y, presentan una gran variabilidad de perfiles de funcionamiento y gravedad. Es decir, no tienen una condición homogénea, ya que como seres humanos, cada uno responderá a las intervenciones desde su propia individualidad y diversidad.

También, se reflexiona con respecto a los resultados de incorporar herramientas de movimiento interpersonal para mejorar la sintonización social y herramientas de espejar. Así, se observaron respuestas de dirección principalmente favorable- entre el 78 y 100% de los participantes- con predominio de la intensidad muy alta, a excepción de la Institución 1 en espejar, que predominó la intensidad de respuesta alta. Esto se condice con lo que señala la literatura, con respecto a los beneficios que aporta en el colectivo de Espectro Autista incorporar estos elementos que brinda la DMT. Así pues, al estimular una atención básica hacia un compañero de interacción y un compromiso intencional, donde el contexto de la interacción establece si una acción está en sintonía con otro o no (Samarritter & Payne, 2017), incorporando aspectos creativos, de libertad y, al mismo tiempo, de estructura y de sincronía que brinda la DMT, por ejemplo, a través de la técnica del baile rítmico en círculo - el Círculo de Chace- (Behrends, et al., 2012) se pueden mejorar las posibilidades de interrelación y la calidad de los vínculos que pudiesen llegar a establecer las personas que reciben los tratamientos de DMT. Por lo tanto, para los equipos podrían ser herramientas concretas, que vendrían a sumar a aquellas que ya conocen y utilizan en sus centros.

Respecto del segundo sub-apartado, donde se preguntó por la DMT como disciplina. Primeramente, se recogerá la interrelación señalada en el MT (**capítulo I**), donde se planteaba una articulación entre desarrollo motor y maduración socio-comunicativa. Así pues, ya en etapas iniciales de la vida co-existiría una conexión entre desarrollo del movimiento, desarrollo de la comunicación y comprensión social (Martin, 2014). Por otra parte, como se mencionó en el MT (**capítulo I**), una de las líneas de intervención en los TEA es aquella de los enfoques encarnados, que hacen énfasis en una

intervención centrada en el cuerpo (Gallagher, 2004; Gallese, 2006; Mundy et al., 2010; cit. por Koch et al., 2015). De esta forma, se sugiere que la terapia que reciban las personas con TEA debiese centrarse en intervenciones no verbales, así, se podrían fortalecer los mecanismos subyacentes a la intersubjetividad primaria (Hildebrandt et al., 2016). Estos aspectos teóricos se correlacionan con las respuestas de ambos equipos de profesionales, en donde se observó un abierto interés tanto como para conocer la DMT, como para reflexionar acerca de los potenciales beneficios para el equipo y usuarios al incorporar un profesional de la DMT. Esto se vio reflejado en un alto porcentaje de respuestas de dirección favorable (entre 89 y 100%), con predominio de intensidad muy alta en las respuestas. Por lo que, pudiese ser que estos profesionales sólo hayan escuchado nombrar la DMT, o que sí la conozcan y sepan de sus beneficios; o bien, que las *palabras danza, movimiento y terapia* generen una activación de sus creencias de forma positiva, hacia querer conocer dicha disciplina e incorporarla en su trabajo cotidiano. Aunque a través de la investigación no se pueda establecer el origen de la motivación, el instrumento aplicado está mostrando que el interés existe. Esto podría ser una gran oportunidad de ampliar las opciones de intervención para los usuarios que asisten a ambas instituciones, incorporando este tipo de psicoterapia, que ofrece a través del cuerpo y del movimiento un camino para potenciar la integración emocional, cognitiva, social y física de los sujetos (Mastronimico et al., 2018; Rizzo Vincent et al., 2007). Es decir, a través de tipo de terapia, se podría potenciar el reconocimiento y consciencia del sí mismo y de los demás; la distinción entre uno y otro; la interacción social- fomentando la construcción de relaciones interpersonales- y las habilidades de comunicación, con lo cual podrían disminuir los comportamientos repetitivos y disfuncionales - por ejemplo, conductas autolesivas;- expandir la autoexpresión, desarrollar la conciencia corporal, definir y establecer límites saludables, liberar tensiones (Mastronimico et al., 2018; Rizzo Vincent et al., 2007). Por su parte, Tortora (2006, citada en Rizzo Vincent et al., 2007), señala que los métodos de intervención expresivos no verbales- como la DMT- son una forma especialmente eficaz de favorecer las relaciones sociales y emocionales de

los niños y niñas de Condición Espectro Autista, puesto que gran parte de sus conductas, que inicialmente pudiesen considerarse idiosincráticas y disfuncionales, se pueden convertir en expresión creativa, cuando se observan como una forma de comunicarse.

Para finalizar y englobando a los dos sub-apartados de preguntas, se recuerda que la literatura señala que las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja) y que dichas propiedades debiesen formar parte de la medición (Hernández Sampieri, et al., 2004). Así pues, a la luz de los resultados expuestos se reflexiona qué tan relevante sería medir la *intensidad* de las respuestas para determinar si un equipo estaría interesado en implementar dentro su institución un programa de DMT, ya que tener una respuesta de intensidad muy alta o alta implica que la dirección sigue siendo favorable, pero por desconocimiento de la información, del concepto o la metodología pudiese ser que no se observe una motivación más elevada, pero sigue siendo positiva. Pudiese ser que el número reducido participantes no haya permitido visibilizar la importancia de considerar ambas propiedades de las actitudes y, si se replicase el estudio con una muestra más amplia, habría que valorar cómo dichos indicadores están entregando información acerca de las tendencias actitudinales de los equipos donde se hagan las mediciones.

VI. CONCLUSIONES

Con respecto a los objetivos propuestos en este trabajo, se logró identificar y analizar las actitudes de dirección favorable y desfavorable y con qué intensidad se presentan, en relación a la incorporación de herramientas del cuerpo y movimiento, vinculadas a la DMT, en dos equipos de profesionales que trabajan con el colectivo de Espectro Autista, en la región de Valparaíso, Chile. Por lo tanto, se concluye que se ha podido responder a la pregunta de investigación, estableciendo cuáles son dichas actitudes en estos dos equipos de profesionales en concreto.

En referencia a los objetivos específicos de identificar y analizar la dirección de las actitudes de los profesionales, con respecto a la incorporación de trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT. Los datos obtenidos en esta investigación permiten concluir que en ambas instituciones los mayores porcentajes de respuestas de los profesionales se centran en una actitud de dirección favorable.

En cuanto a los objetivos específicos de identificar y analizar la intensidad de las actitudes de los profesionales, con respecto a la incorporación de trabajo corporal y estrategias de movimiento, relacionadas con la DMT. En base a los resultados del presente estudio se puede concluir que en la Institución 1 hay una tendencia hacia entregar respuestas con muy alta intensidad, aunque en algunos ítems los mayores porcentajes de respuestas se obtuvieron en la alta intensidad. En tanto, en la Institución 2, se observa una tendencia clara hacia las respuestas de muy alta intensidad.

Estos resultados permiten reflexionar acerca de las limitaciones que surgieron durante el proceso investigativo. Además, de establecer las proyecciones y futuras líneas de investigación, acerca de la posibilidad de, por una parte, ampliar a otras instituciones la aplicación de la escala actitudinal y, por otra parte, la opción incorporar, herramientas que brinda la DMT y/o un profesional DMT en las intervenciones que realizan en las instituciones.

Con respecto a las limitaciones observadas en este estudio, por un lado, se encuentra la pequeña cantidad de participantes que se pudo acceder para aplicar la escala, que pudo estar influenciado por el contexto de pandemia por Covid-19 –con restricciones de cuarentena total en Chile– que hizo más difícil contactar y/o concretar la participación con más instituciones. Y, por otro lado, la aplicación de la escala mediante modalidad on-line, que pudo haber interferido en la comprensión de los conceptos planteados en la escala. Otra limitación, en relación al diseño del instrumento, fue que en

las preguntas no se incluyó un sondeo para saber si los profesionales tenían conocimientos previos acerca de la DMT y el nivel de éstos.

Es importante mencionar que la generación de un instrumento y los resultados obtenidos en esta investigación, contribuyen a la recopilación de antecedentes concretos, relacionados con el nivel actitudinal de un grupo de profesionales interesados en brindar las mejores oportunidades de intervención a los niños y niñas que asisten a sus respectivos centros terapéuticos. Cabe destacar que, para cumplir los objetivos planteados, no se incluyó la dimensión afectiva de las actitudes. Sin embargo, sería una buena opción incorporarla en futuras investigaciones y, así, determinar cómo dicho componente influye en las creencias y en las reacciones conductuales a la hora de emitir las respuestas ante las preguntas planteadas.

Ahora bien, tomando en consideración una de las limitaciones planteadas, ésta se podría transformar en una futura línea de investigación a seguir: llevar a cabo la aplicación de la escala en otros centros terapéuticos tanto de la región, como de otras regiones de Chile, lo cual permitirá generalizar los resultados obtenidos. Además, de ampliarla a otras modalidades de instituciones, por ejemplo, a escuelas que trabajen con Proyectos de Integración que atiendan a estudiantes de Condición Espectro Autista. Así, se podría crear el interés de incorporar profesionales de la DMT, tanto en contexto de centros terapéuticos como en contextos educativos. Debido a que se contaría con los estudios pertinentes que cuantifiquen las actitudes favorables o desfavorables -basadas en la evidencia- y, así, ampliar la oferta de los tipos de intervenciones que puedan mejorar la calidad de vida, en los diferentes contextos, de las personas TEA.

Otra proyección que podría tener el presente estudio, sería la opción de ofrecer a las instituciones donde se aplicó la escala, una inducción - a modo de taller on-line- llevada a cabo por un profesional de la DMT. Esto, para conocer esta disciplina, resolver dudas y profundizar en los

beneficios que aporta en el colectivo con el cual trabajan, con la consiguiente opción, que como equipo valoren incorporar a un profesional DMT en sus centros.

En conclusión, la presente investigación entrega una primera aproximación, que sienta un precedente -basado en evidencia- de cómo al conocer el componente actitudinal de unas creencias e información específica de un equipo, se podrían abrir puertas para diseñar y desarrollar políticas públicas y planes de trabajo desde una mirada multidimensional que reconozca, valore e incorpore las aportaciones que pueden brindar las intervenciones mediante las Terapia Creativas, como lo es la DMT. Asimismo, de los beneficios en las diferentes esferas del desarrollo físico, emocional, cognitivo y social que esta psicoterapia puede entregar al colectivo de personas en el Espectro Autista, favoreciendo la inclusión y la participación, como sujetos de derecho dentro de esta sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Dance Therapy Association. (2009). *What is Dance/Movement Therapy?* Adta.Org.

<https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5.^a ed.). American Psychiatric Press.

Barahona, M. P. (2017). *Síndrome Hipertónico e Hipotónico*. Síntesis: Biblioteca digital dinámica para estudiante y profesionales de la salud.

<http://sisntesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-pediatria/102-revision/r-pediatria-y-cirugia-infantil/1708-sindrome-hipertonico-e-hipotonico>

Barrios-Fernández, S. (2017, 1 agosto). *Praxis y su influencia en la vida diaria*. OcupaTEA.

<http://ocupatea.es/praxis/>

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind” ? *Cognition*, 21(1), 37–46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)

Behrends, A., Müller, S., & Dziobek, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.02.003>

Benites, L. (2010). Autismo, familia y calidad de vida. *Cultura: Revista de la asociación de docentes de la USMP*, 24, 1–20.

Bhat, A. N., Landa, R. J., & Galloway, J. C. C. (2011). Current Perspectives on Motor Functioning in Infants, Children, and Adults With Autism Spectrum Disorders. *Physical Therapy*, 91(7), 1116–g1129. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100294>

Córporeal Center. (2015, 7 enero). *Organización del movimiento: la importancia de la postura | córporeal Center*. Córporeal vive activo y sano. <https://corporal.center/blog/organizacion-del-movimiento-la-importancia-de-la-postura/#:%7E:text=La%20coordinaci%C3%B3n%20del%20movimiento%20surge,acto%20motor%20est%C3%A1%20organizado%20jer%C3%A1rquicamente.>

Chace, M. (1952). Opening doors through dance. In S. L. Sandel, S. Chaiklin, & A. Lohn (Eds.), *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. Amer Dance Therapy Assn, 199–203.

De Castro, A., García, G., & Rodríguez, I. (2006). La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico-existencial. *Psicología desde el Caribe*, 17, 122-148.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301706>

Devereaux, C. (2012). *Moving in to relationships: Dance/movement therapy with children with autism*. In L. Gallo-Lopez, & L.C. Rubin (Eds.), *Play-based interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders*. Routledge.

Dosamantes-Beaudry, I. (1999). Divergent cultural self construals: Implications for the practice of dance/movement therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 26(4), 225–231. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(99\)00011-8](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(99)00011-8)

Fischman, D. (2008). Relación terapéutica y empatía kinestésica. In H. Wengrower & S. Chaiklin (Eds.), *La vida es danza. El arte y la ciencia de la danza movimiento terapia*. Gedisa, 81-96.

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598. <https://doi:10.1203/PDR.0b013e31819e7203>

- Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., & Cauraugh, J. H. (2010). Motor Coordination in Autism Spectrum Disorders: A Synthesis and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1227–1240. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0981-3>
- Gallagher, S. (2004). Understanding Interpersonal Problems in Autism: Interaction Theory as An Alternative to Theory of Mind. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 11(3), 199–217. <https://doi.org/10.1353/ppp.2004.0063>
- Gallego, F. (2009). Esquema Corporal e Imagen Corporal. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 12. <https://www.reefd.es/index.php/reefd/article/view/310/300>
- Gallese, V. (2006). Intentional attunement: A neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Research*, 1079(1), 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.054>
- García Sánchez, J., Aguilera Terrats, J. R., & Castillo Rosas, A. (2011). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. *Odiseo, revista electrónica de pedagogía*, 8 (16). <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/garcia-aguilera-castillo-guia-construccion-escalas-actitud.html>
- González Alonso, J. A., & Pazmiño Santacruz, M. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(2), 62-77. <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/22>
- Gowen, E., & Hamilton, A. (2012). Motor Abilities in Autism: A Review Using a Computational Context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 323–344. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1574-0>

Greenspan, S.I., & Wieder, S. (2006). *Engaging autism: Helping children relate, communicate and think with the DIR floor time approach*. Da Capo Lifelong Books.

Guerrero, L.C., & Padilla, E.M. (2017). Habilidades sociales y comunicativas a través del arte en jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA). *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 43(2), 47–64.

<https://doi.org/10.4067/s0718-07052017000200003>

Hartshorn, K., Olds, L., Field, T., Delage, J., Cullen, C., & Escalona, A. (2001). Creative Movement Therapy Benefits Children with Autism. *Early Child Development and Care*, 166(1), 1–5.

<https://doi.org/10.1080/0300443011660101>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio P. (2004). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana.

Hildebrandt, M., Koch, S., & Fuchs, T. (2016). “We Dance and Find Each Other”1: Effects of Dance/Movement Therapy on Negative Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Behavioral Sciences*, 6(4), 24. <https://doi.org/10.3390/bs6040024>

Ingersoll, B., & Schreibman, L. (2006). Teaching Reciprocal Imitation Skills to Young Children with Autism Using a Naturalistic Behavioral Approach: Effects on Language, Pretend Play, and Joint Attention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(4), 487–505.

<https://doi.org/10.1007/s10803-006-0089-y>

Iverson, J. M. (2010). Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *Journal of Child Language*, 37(2), 229–261.

<https://doi.org/10.1017/s0305000909990432>

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

http://mail.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf

Koch, S. C., Mehl, L., Sobanski, E., Sieber, M., & Fuchs, T. (2015). Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Autism*, 19(3), 338–350. <https://doi.org/10.1177/1362361314522353>

Landa, R.(2007). Early communication development and intervention for children with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 16–25. [https://doi: 10.1002/mrdd.20134](https://doi.org/10.1002/mrdd.20134). PMID: 17326115

Lang, R., Koegel, L. K., Ashbaugh, K., Regester, A., Ence, W., & Smith, W. (2010). Physical exercise and individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 565–576. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.01.006>

Lay, I.T., & Anguiano, M.E. (2017). Guías para la Educación Inclusiva: Escuela inclusiva y condición espectro autista. *Centro Regional de Formación Docente e Investigación Educativa*, 9-43. www.cresur.edu.mx

López, S., & Rivas, R. M. (2014). El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. *Informes Psicológicos*, 14(2), 13-31. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1321>

Los Santos, S. F. (2017, 15 julio). *Torpeza motriz*. - *espacioLogopedico*. EspacioLogopedico.com. <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/278/torpeza-motriz.html>

- Martin, M. (2014). Moving on the spectrum: Dance/movement therapy as a potential early intervention tool for children with Autism Spectrum Disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 545–553.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.10.003>
- Mastrominico, A., Fuchs, T., Manders, E., Steffinger, L., Hirjak, D., Sieber, M., Thomas, E., Holzinger, A., Konrad, A., Bopp, N., & Koch, S. (2018). Effects of Dance Movement Therapy on Adult Patients with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behavioral Sciences*, 8(7), 61.
<https://doi.org/10.3390/bs8070061>
- McCleery J.P., Elliott N.A., Sampanis D.S., Stefanidou C.A. (2013). Motor development and motor resonance difficulties in autism: relevance to early intervention for language and communication skills. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7(30). [http://doi: 10.3389/fnint.2013.00030](http://doi:10.3389/fnint.2013.00030)
- McGarry, L. M., & Russo, F. A. (2011). Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 178–184.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.04.005>
- Mitjana, L. R. (2021, 11 mayo). *Los 5 tipos de gestos y su clasificación en comunicación no verbal*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/social/tipos-de-gestos>
- Moraes, D. C., Lenardt, M. H., Seima, M. D., Mello, B. H., Setoguchi, L. S., & Setlik, C. M. (2019). Postural instability and the condition of physical frailty in the elderly. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3146. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2655-3146>
- Mota, V. (2021, 1 enero). *Qué es la planificación motora y su importancia*. Valentina Mota.
<https://valentinamota.com/que-es-la-planificacion-motora-y-su-importancia/>

- Moya, D. (s. f.). *La integración sensorial como parte de la rehabilitación infantil*. Hermanas Hospitalarias-Red Menni. Recuperado 11 de marzo de 2021, de <https://xn--daocerebral-2db.es/publicacion/articulo-la-integracion-sensorial-como-parte-de-la-rehabilitacion-infantil/#:%7E:text=La%20teor%C3%ADa%20describe%20la%20integraci%C3%B3n,que%20recibimos%20de%20forma%20continuada>
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>
- Pozo, P. (2010). Desarrollo de las capacidades perceptivo-motrices en la Educación Física escolar. *Revista Digital- Buenos Aires*, 15(143). <https://www.efdeportes.com/efd143/capacidades-perceptivo-motrices-en-la-educacion-fisica.htm>
- Ramachandran, V., & Seckel, E. (2011). Synchronized dance therapy to stimulate mirror neurons in autism. *Medical Hypotheses*, 76(1), 150–151. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2010.10.047>
- Rizzo Vincent, S. R., Tortora, S., Shaw, J., Basiner, J., Devereaux, C., Mulcahy, S., & Ponsini, M. C. (2007). Collaborating with a Mission: The Andréa Rizzo Foundation Spreads the Gift of Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s10465-007-9028-5>
- Robledo, J., Donnellan, A.M., Strandt-Conroy, K. (2012). An exploration of sensory and movement differences from the perspective of individuals with autism. *Frontiers in Integrative Neuroscience* 6, 107. <https://doi.org/10.3389/fnint.2012.00107>
- Rogers, S.J., & Dawson, G. (2010). *Early start Denver model for young children with autism: Promoting language, learning and engagement*. Guilford Press.

- Samaritter, R., & Payne, H. (2017). Through the Kinesthetic Lens: Observation of Social Attunement in Autism Spectrum Disorders. *Behavioral Sciences*, 7(4), 14. <https://doi.org/10.3390/bs7010014>
- Scharoun, S. M., Reinders, N. J., Bryden, P. J., & Fletcher, P. C. (2014). Dance/Movement Therapy as an Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 36(2), 209–228. <https://doi.org/10.1007/s10465-014-9179-0>
- Soler, S. V., & Pérez, A. I. (2010). El trabajo de coordinación en educación infantil. *Revista Digital- Buenos Aires*, 15(144). <https://www.efdeportes.com/efd144/coordinacion-en-educacion-infantil.htm>
- Tortora, S. (2010). Ways of Seeing: An Early Childhood Integrated Therapeutic Approach for Parents and Babies. *Clinical Social Work Journal*, 38(1), 37–50. <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0254-9>
- Ule, A. D. (2012, 15 septiembre). *La caída y la dirección del peso en la danza – aula de artes del cuerpo*. Aula de artes del cuerpo. <https://blogs.unileon.es/danzaule/momblant/>
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J.M., López-Miñarro, P.A. (2013) Imagen Corporal; Revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226055004.pdf>
- Veobio. (s. f.). *Orientación espacial*. Veobio, lo natural es jugar. Recuperado 11 de febrero de 2021, de <https://www.veobio.es/tienda/87-orientacion-espacial>
- Wengrower, H., & Chaiklin, S. (2008). *La vida es danza. El arte y la ciencia de la danza movimiento terapia*. Gedisa.
- Zambrano-Garcés, R. M., & Orellana-Zambrano, M. D. (2018). Actitudes de los docentes hacia la inclusión escolar de niños con autismo. *Killkana Social*, 2(4), 39–48. https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i4.296

ANEXOS

Anexo 1



Consentimiento informado de Participación en Proyecto de investigación

Dirigido a: Profesionales

Mi nombre es María Soledad Encalada Guerrero, soy fonoaudióloga y tesista del Máster de Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona. Me dirijo a usted para solicitar su consentimiento para su participación un estudio enmarcado en el proyecto de mi Tesis de final de Master, guiada por la Dra. Silvia Barnet.

Concretamente la propuesta de participación consiste responder una Escala Actitudinal de tipo Likert, que será enviada mediante correo electrónico (a través de un enlace a un Formulario de Google Forms). Cabe destacar que usted, como participante, no correrá ningún riesgo físico ni psicológico al responder la escala actitudinal.

Es importante señalar, que todos los datos que se recojan serán estrictamente **anónimos y de carácter privado**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación y eventuales publicaciones académicas. La responsable de esto, en calidad de **custodio de datos**, será la investigadora Responsable del proyecto. En efecto, se tomarán todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos y el resguardo de la información registrada.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento sobre la ejecución del mismo. Para cualquier información puede escribir al correo encaladafonoaudiologa@gmail.com. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto presente un perjuicio. Es importante que usted considere que su participación es **completamente libre y voluntaria** y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que brindar explicación alguna.

Desde ya agradezco su participación.

María Soledad Encalada Guerrero

Investigadora responsable

Tesis de final de Máster

Barcelona, (fecha).

Firma del profesional

Anexo 2



Autorización de participación en proyecto de investigación

Mi nombre es María Soledad Encalada Guerrero, soy fonoaudióloga y tesista del Máster de Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona. Me dirijo a usted(es) para solicitar su autorización para realizar con el equipo de profesionales que conforman vuestra institución un estudio enmarcado en el proyecto de mi Tesis de final de Master *“Actitudes de los equipos profesionales que trabajan con niños y niñas de Condición Espectro Autista, frente a la Danza Movimiento Terapia”*.

En este proyecto buscaremos identificar las actitudes de los equipos de profesionales que trabajen con niños y niñas de Condición Espectro Autista, con respecto a los elementos del trabajo corporal y estrategias del movimiento, relacionados con la Danza Movimiento Terapia (DMT), que potencialmente se pudiesen incluir dentro de las intervenciones que se realizan con los usuarios de la institución. Para lograr esta meta es necesario recopilar las respuestas de cada uno de los profesionales que integren vuestra institución, a partir de las cuales se obtendrán datos valiosos para la investigación.

Concretamente la propuesta de trabajo consiste en identificar y analizar las respuestas de cada uno de los profesionales de vuestra institución. Ellos deberán responder una escala actitudinal de tipo Likert, que será enviada mediante correo electrónico (a través de un link que conecte un formulario de Google Forms), en el cual se registrarán las respuestas y se reenviarán de forma automática.

En este marco y de acuerdo a los requerimientos éticos pertinentes es que me dirijo a usted(es) para hacer dos solicitudes. En primer lugar, solicito a usted autorización para invitar a los profesionales de vuestra institución a participar de la investigación, a través de la completación de la escala antes mencionada. Cabe destacar que esta participación sólo se podrá materializar bajo la autorización de la dirección de la institución y bajo el asentimiento de cada profesional, por lo que esta autorización es una primera parte del proceso que nos permitirá llevar a cabo la investigación. En segundo lugar, en consonancia con lo anterior, solicito a usted que tenga a bien firmar una autorización que nos permita realizar el estudio y realizar el contacto con los profesionales de la institución.

Es importante señalar, además, que todos los datos que se recojan serán totalmente anónimos y privados y, sólo se usarán para este proyecto de investigación y eventuales publicaciones académicas, siempre resguardando la identidad de los participantes. En efecto, personalmente me encargaré de cuidar y proteger la privacidad de los participantes. Asimismo, los participantes no correrán ningún riesgo físico ni psicológico al responder la escala actitudinal, la cual será enviada vía correo electrónico, junto con el consentimiento informado a cada profesional de la institución.

Si usted(es) autoriza la participación de su equipo de profesionales, debe(n) saber que tendrá(n) la posibilidad de resolver cualquier duda sobre el proyecto y la participación de las personas. Para ello podrá contactarme en cualquier momento que lo desee, escribiendo al correo encaladafonoaudiologa@gmail.com.

Desde ya agradezco su participación.

María Soledad Encalada Guerrero

Investigadora responsable

Tesis de final de Máster

Barcelona, (fecha).

Anexo 3



AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Yo, _____, como autoridad responsable de la institución _____, autorizo la participación de los profesionales del establecimiento que represento en el Proyecto de Tesis de Final de Máster *“Actitudes de los equipos profesionales que trabajan con niños y niñas de Condición Espectro Autista, frente a la Danza Movimiento Terapia”*, a cargo de la Investigadora Responsable, María Soledad Encalada Guerrero, de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Declaro además, que la participación en este proyecto de la institución que represento, es absolutamente voluntaria y, se hace en pleno conocimiento de los objetivos, alcances y resultados de la investigación, habiendo considerado es respaldo y la aprobación emitida al proyecto por parte del equipo directivo del Máster en Danza Movimiento Terapia, de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Por último, cabe señalar que independiente de la autorización que como representante de mi institución declaro, la participación de cada sujeto dependerá de su **consentimiento informado individual, libre y voluntario**.

Autoridad Responsable
de la institución

María Soledad Encalada Guerrero
Investigadora responsable
Tesis de final de Máster

Barcelona, (fecha).

Anexo 4



Estimad@ participante,

Mi nombre es María Soledad Encalada Guerrero, soy fonoaudióloga y tesista del Máster de Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autònoma de Barcelona. Me dirijo a usted para solicitar su colaboración como participante del estudio enmarcado en el proyecto de mi Tesis de Final de Máster.

Para ello le solicito que, en primer lugar, lea con detención, firme y me envíe al siguiente correo: encaladafonoaudiologa@gmail.com el **consentimiento informado**, acerca de su participación libre y voluntaria.

Luego, l@ invito a leer la siguiente **Tabla** que contiene las definiciones que aparecerán posteriormente en la escala que ud. responderá (puede volver a revisar el cuadro con las definiciones, todas las veces que lo necesite).

A continuación, l@ invito a dirigirse a su correo electrónico, donde encontrará el **link de acceso** a un formulario de Google, el cual deberá responder de forma libre y desde la sinceridad (las respuestas se enviarán automáticamente al pulsar el botón "ENVIAR", existiendo sólo un envío posible).

Le recuerdo que todos los datos que se recojan serán de carácter privado y confidencial.

Desde ya le agradezco su tiempo y buena disposición para colaborar con esta investigación. Sus aportaciones me ayudarán a seguir avanzando en este estudio.

¡¡¡Muchas gracias!!!

María Soledad Encalada Guerrero.

Concepto	Definición
Dimensión corporal	Se entenderá la corporalidad como el punto de partida para comprender los diversos fenómenos presentes en la experiencia de los seres humanos, ya que toda experiencia siempre es vivenciada en y a través del cuerpo. Así pues, se considerará al cuerpo como la referencia mediante la cual se articula el mundo, contemplando las diferentes relaciones subjetivas e intersubjetivas del ser humano en la sociedad.
Habilidades sociales y de comunicación	<u>Habilidades sociales</u> Se refiere al proceso de interacción que las personas, como seres individuales y sociales, pueden establecer con otros que conformen el núcleo social en el que se desenvuelven. Así, se considera si son capaces de construir relaciones interpersonales funcionales e interacciones efectivas. <u>Habilidades de comunicación</u> Capacidad para enviar, recibir, elaborar y emitir información, ideas, opiniones y actitudes orientadas hacia objetivos personales o colectivos. Así pues, se requieren destrezas para iniciar, sostener o cambiar asertivamente una conversación. Se considera la comunicación tanto en su vertiente expresiva como comprensiva. Además, tomando en cuenta los aspectos verbales, para-verbales y no verbales del lenguaje.
Empatía	Habilidad para comprender a otra persona, sabiendo qué siente, conociendo su situación y accionando en consecuencia. Es decir, el entendimiento visceral y cognitivo de las emociones o motivaciones de los otros, lo cual posibilita que un sujeto pueda tomar el punto de vista de otro, para entender las intenciones que subyacen a sus acciones.
Imagen corporal	Se refiere a la representación que forma la mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que éste se nos aparece. Dicha imagen no está necesariamente correlacionada con fisicalidad objetiva (peso, altura, talla, dimensiones corporales), sino que son fundamentales, las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Se puede distinguir el componente perceptual, el cognitivo, el afectivo y el conductual. A su vez, la imagen corporal está influida por diversos aspectos socioculturales, biológicos y ambientales.
Seguimiento de ritmos	Se refiere a la capacidad de llevar el elemento físico de la música, con un orden en el tiempo. Es decir, cómo un individuo va combinando y organizando, en un flujo, ya sea los sonidos, palabras, movimientos, pasos, gestos, expresiones, silencios y/o pausas. Esto se realiza a través de la percepción de los sentidos y los movimientos.
Integración perceptual-motora	Hace referencia al proceso neurológico de organizar y aunar las sensaciones que se experimentan tanto con el propio cuerpo, así como del exterior. A su vez, relaciona este proceso con la capacidad de los sujetos para ejecutar acciones motoras de manera eficaz en diferentes entornos. Es decir, que las acciones que realice el individuo sucedan en un equilibrio entre su propia necesidad y aquello que requiere el contexto.
Imitar	Hace referencia un emparejamiento conductual, generalmente inconsciente, para imitar gestos, posturas formas de hablar de un otro. Cumple funciones en el establecimiento de la comunicación, favorece la vinculación social y la afiliación.
Espejar	Se define como la acción que ejecuta el terapeuta -a través de su propia actividad

	muscular y verbal- de aquello que ha percibido en el movimiento y en el cuerpo del usuario. Esto pudiese parecer una simple imitación o mímica; sin embargo, implica una interpretación kinestésica y visual de la vivencia del otro, o una decodificación que aquello que intenta comunicar -de forma inconsciente- a través del movimiento. Acciona sobre las manifestaciones no verbales, las cuales se consideran aspectos comunicativos.
Práctica repetida de secuencias de movimiento	Repetición sistemática de una serie o grupo de movimientos coordinados y sistemáticos con el cuerpo, que se trabajan como una rutina fija.
Sincronizar movimientos	Capacidad para hacer coincidir movimientos de partes o de todo del cuerpo, ya sea a una música o con otras personas (de forma consciente o inconsciente), para fortalecer las relaciones y favorecer los procesos de re-socialización.
Experiencias interpersonales kinestésicas	Se refiere a la alternancia entre moverse en sincronía con los demás y moverse por uno mismo, mientras se está al tanto de otras personas. Es decir, entrar y salir de la sincronía.
Cooperación motora	Se refiere a una cooperación encarnada, donde se unen las acciones de dos personas - en movimiento- dirigidas a un determinado objetivo. Es decir, un modo de interactuar socialmente, donde dos o más personas sincronizan sus acciones temporo-espacialmente, para lograr un cambio en el entorno.
Planificación motora	Corresponde a la fase en la cual se crea o idea el plan de movimientos necesarios para llevar a cabo una determinada acción, tarea o actividad.
Organización de movimientos	Corresponde a la capacidad de ordenar los movimientos en función de una tarea, en forma secuenciada, es decir, como una cadena de sucesos.
Coordinación de movimientos	Es la capacidad de lograr una participación armoniosa, económica y eficaz, los músculos que intervienen en la acción, en conjunción apropiada con el espacio y el tiempo.
Gestos Hábles	Destreza en los movimientos corporales propios de las articulaciones, principalmente aquellos que se realizan con manos, brazos y cabeza.
Torpeza en la marcha	Hace referencia cuando el infante adquiere la marcha y suele tropezarse, llevarse objetos por delante con facilidad, o bien, caerse con frecuencia.
Inestabilidad postural	Se refiere a la incapacidad de integrar las informaciones sensoriales y determinar las oscilaciones del cuerpo en la posición erguida, durante la mantención del equilibrio.
Tono muscular bajo	Se observa cuando existe una menor resistencia de los músculos a la movilización pasiva, o bien, a la disminución del grado de contracción que los músculos mantienen en reposo.
Orientación espacial	Es la aptitud para mantener de forma constante la localización del propio cuerpo, tanto en relación a los cuerpos en el espacio, como para ubicar los objetos en función del propio cuerpo. La orientación espacial posibilita desarrollar ciertas nociones relacionadas con la situación, relación, movimiento. Además, está conectada directamente con ciertas partes de nuestro cuerpo, lo cual permite la coordinación de movimientos y el equilibrio.
Regulación de ritmos corporales	Hace referencia a potenciar la sincronización de los ritmos circadianos (ciclos diarios de sueño y vigilia, hambre, temperatura corporal, ondas cerebrales, hormonas) entre el infante y su cuidador.
Entregar el peso a otro	Corresponde a una acción pasiva, donde la musculatura tiene que no-hacer, lo que está entrenada a hacer; es decir, a sujetar y sostener. Dicha no-acción está muy

	relacionada con una cualidad de movimiento influenciada por una de las fuerzas del medio: la gravedad.
Sincronizar el tiempo	Se relaciona con la coordinación interpersonal de las conductas en la dimensión del tiempo, en donde pueden surgir movimientos o cambios de posturas semejantes, o bien, diferentes pero simultáneos.
Auto-percepción y sentido de sí mismo	Es una forma de experiencia subjetiva organizativa pre-verbal, que surge en las interacciones tempranas del bebé con el cuidador, así, se configura como el primer medio de percepción y comunicación en la niñez: tacto y expresión motora.
Diferenciación entre el yo y otro	Se desarrolla en las primeras interacciones entre niño y cuidador y se relaciona con la calidad de la relaciones de apego; en donde para que emerja la preocupación empática- en forma de simpatía y comportamientos pro-sociales- se requiere una consciencia que el otro está angustiado o tiene alguna necesidad, sin caer en un exceso de empatía o angustia personal, por parte del empatizador, en donde no existe acción prosocial.
Habilidades expresivas no verbales	Los procesos de interacción rítmica y la imitación mutua en la diada niño-cuidador, posibilitan el reconocimiento del cuerpo del otro como una unidad expresiva y, a la vez, evaluar la atingencia de la propia expresión no verbal – concordancia de las propias respuestas corporales y gestuales en congruencia a las emociones-.
Dimensiones corporales de las interacciones sociales	El desarrollo de las habilidades empáticas e intersubjetivas, se verá favorecido por una interrelación adecuada en las diferentes esferas: cuerpo/kinestesia, emoción y cognición. Así pues, para que emerja una apropiada reciprocidad en la interacción, se necesita focalizarse en uno mismo y, alternadamente, en el otro. De forma más específica, la interacción corporal, hace referencia a elementos tales como: imitación (mimetismo), complementariedad y capacidad de contrastar posturas y gestos.
Sintonización social	Es un fenómeno que consiste en una atención básica hacia un compañero de interacción y un compromiso intencional con el otro. Por ejemplo, durante la atención o las acciones conjuntas. Por lo tanto, es la situación dentro de la interacción lo que define si una acción está en sintonía con otro individuo o no.
Análisis de Movimiento de Laban (Laban Movement Analysis- LMA)	Es un sistema basado en la observación que clasifica los movimientos bajo los siguientes aspectos: uso del cuerpo, el espacio, el esfuerzo, la forma y las relaciones. Dentro de estas categorías de observación, las cualidades específicas de los patrones de movimiento, es decir, los esfuerzos, se describen como combinaciones de aspectos espaciales, de tiempo, de peso y de flujo. El análisis de movimiento, permite a los terapeutas de DMT observar, describir y anotar cualidades de movimiento sistemáticamente y componer un perfil de movimiento del cliente/usuario.
Comportamientos de movimiento interpersonal	Acciones y/o movimientos en relación a un(os) otro(s) que involucre las cualidades de movimiento de espacio, peso, tiempo y/o flujo, basadas en el sistema LMA.
Danza Movimiento Terapia (DMT)	Es un tipo de psicoterapia que utiliza el movimiento para promover la integración emocional, social, cognitiva y física del individuo, con el propósito de mejorar la salud y el bienestar. Es un enfoque integral de intervención, basado en la interrelación que existe entre cuerpo, mente y espíritu. De esta forma, brinda beneficios físicos, emocionales, sociales y cognitivos a los participantes.

Nota: Los siguientes autores y/o organizaciones se tomaron como referencia para la construcción de las definiciones de este apartado del instrumento:

American Dance Therapy Association. (2009); Barahona, M.P. (2017) (Síntesis: Biblioteca digital dinámica para estudiante y profesionales de la salud); Barrios-Fernández, S. (OcupaTEA); Behrends, A., Müller, S., & Dziobek, I. (2012); De Castro, A., García, G., Rodríguez, I. (2006); Córporal Center; Danza ULE (2012); Espacio Logopédico; Fischman, D. (2008); Guerrero, L.C. & Padilla, E.M. (2017); Hanne De Jaegher, H. (2013); Laban, R. (1975); Los Santos, S. F. (2017) (Espacio Logopédico); Martin, M. (2014); McGarry, L. M., & Russo, F. A. (2011); Mitjana, L. R. (2021); Moraes DC, Lenardt MH, Seima MD, Mello BH, Setoguchi LS, Setlik MS. (2019); Mota, V. (2020); Moya, D. (Red Menni); Pozo, P. (2010); Samaritter, R., & Payne, H. (2017); Scharoun, S. M., Reinders, N. J., Bryden, P. J., & Fletcher, P. C. (2014); Schilder en Gallego, F. (2009); Soler, S.V. & Pérez, A.I. (2010); Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J.M., López-Miñarro, P.Á. (2013); VeoBio.

Anexo 5

Elementos de la Danza Movimiento Terapia como herramientas de intervención en niños y niñas de Condición Espectro Autista

Estimad@ participante, por favor, complete los siguientes datos acerca de su ocupación y experiencia.

*Obligatorio

1. Correo *

2. Nombre *

3. Años de experiencia en el trabajo con el colectivo de personas de Condición Espectro Autista.

4. Cargo en la institución *

5. Tiempo de vinculación con la institución *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ Entre 6 meses y 1 año
- ☐ Entre 1 año y 2 años
- ☐ Entre 2 años a 4 años
- ☐ 5 años o más

Estimad@ participante, una vez que haya leído el documento que contiene los CONCEPTOS y DEFINICIONES que en la escala aparecerán, comience a responder las siguientes preguntas de forma libre y desde la sinceridad.

(Tenga presente que puede volver a revisar el CUADRO DE DEFINICIONES todas las veces que estime pertinente).

Además, le recuerdo que todos los datos que se recojan serán de carácter privado y confidencial.

Las respuestas se enviarán automáticamente al pulsar el botón "ENVIAR", existiendo sólo un envío posible.

6. ¿Consideras que incluir la dimensión corporal en el trabajo de los niños y niñas de la Institución podría ayudar a mejorar aspectos de las habilidades sociales, de comunicación y empatía? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Definitivamente no ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Definitivamente sí

7. Consideras relevante incorporar estos aspectos en el trabajo sistemático con los niños y niñas de la institución: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Imagen corporal	☐	☐	☐	☐	☐
Seguimiento de ritmos	☐	☐	☐	☐	☐
Integración perceptual- motora	☐	☐	☐	☐	☐
Imitación	☐	☐	☐	☐	☐
Espejamiento	☐	☐	☐	☐	☐
Práctica repetida de secuencias de movimientos	☐	☐	☐	☐	☐
Sincronización de movimiento	☐	☐	☐	☐	☐
Experiencias interpersonales kinestésicas	☐	☐	☐	☐	☐
Cooperación Motora	☐	☐	☐	☐	☐

8. ¿Cómo valoras incluir aspectos de planificación, organización y coordinación de movimientos dentro de las intervenciones de los niños y niñas? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Irrelevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muy importante

9. Consideras relevante incorporar un programa específico dentro de la institución, con propuestas que pudiesen mejorar alguno de estos aspectos corporales y motores: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Baja coordinación	☐	☐	☐	☐	☐
Dificultad con gestos hátiles	☐	☐	☐	☐	☐
Marcha torpe	☐	☐	☐	☐	☐
Inestabilidad postural	☐	☐	☐	☐	☐
Orientación espacial	☐	☐	☐	☐	☐
Regulación de ritmos corporales	☐	☐	☐	☐	☐
Entrega de peso a otros	☐	☐	☐	☐	☐
Sincronizar el tiempo	☐	☐	☐	☐	☐
Auto-percepción y sentido de sí mismo	☐	☐	☐	☐	☐
Diferenciación entre el yo y otro	☐	☐	☐	☐	☐
Habilidades expresivas no verbales	☐	☐	☐	☐	☐
Dimensiones corporales en las interacciones sociales	☐	☐	☐	☐	☐

10. ¿Consideras que potenciar comportamientos de movimiento interpersonal pudiese mejorar la sintonización social? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ Indiferente
☐ En desacuerdo
☐ Muy en desacuerdo

11. ¿Te interesa conocer en mayor profundidad el campo de acción y los beneficios que la Danza Movimiento Terapia (DMT) puede aportar en el trabajo con el colectivo de tu institución? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Sin interés	☐	☐	☐	☐	☐	Muy interesado(a)

12. ¿Consideras que el equipo de profesionales se enriquecería y/o se beneficiaría al incorporar un profesional de la DMT? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Definitivamente sí
☐ Probablemente sí
☐ Indeciso(a)
☐ Probablemente no
☐ Definitivamente no

13. ¿Consideras que los usuarios de la institución se beneficiarían al incorporar un trabajo sistemático realizado por un profesional de la DMT? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Definitivamente sí
- ☐ Probablemente sí
- ☐ Indeciso(a)
- ☐ Probablemente no
- ☐ Definitivamente no

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios