



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**Gestió de la Intel·ligència Emocional i millora del  
Benestar Emocional a través d'un taller de Dansa  
Moviment Teràpia a persones amb discapacitat  
intel·lectual.**

**Mireia Artigau Bueno**

**Tutoritzat per Ainara Blanco Gómez**

**GRAU DE PSICOLOGIA**

**Tarragona  
Setembre 2021**

# ÍNDEX

<b>1. JUSTIFICACIÓ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. MARC TEÒRIC.....</b>	<b>3</b>
2.2. Discapacitat intel·lectual.....	3
2.2.1. Definició .....	3
2.2.2. Classificació .....	5
<b>3. INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL .....</b>	<b>7</b>
3.1. Intel·ligència emocional en di .....	10
<b>4. BENESTAR EMOCIONAL .....</b>	<b>12</b>
4.1 Benestar emocional en di .....	14
<b>5. DANSA MOVIMENT TERÀPIA (DMT).....</b>	<b>15</b>
5.1 Definició .....	15
5.2 Aportacions de la DMT .....	17
5.3 Àmbits d'aplicació de la DMT.....	19
5.4 Relació en Dansa Moviment Teràpia amb la intel·ligència emocional i el benestar emocional. ....	22
<b>6.OBJECTIUS.....</b>	<b>25</b>
6.1.General .....	25
6.2 Específics.....	25
6.3 Hipòtesis .....	25
<b>7. MARC METODOLÒGIC .....</b>	<b>26</b>
7.1 Mostra.....	26
7.2 Disseny del taller .....	28
7.3 Instruments .....	28
7.3.1 Test de la figura humana (DFH) .....	28

7.3.2. Escala rasgo de metaconocimientos sobre estados emocionales (TMMS-24) .....	29
7.4. Procediment.....	31
7.5 Anàlisi estadístic.....	32
<b>8. RESULTATS .....</b>	<b>32</b>
<b>9. DISCUSSIÓ.....</b>	<b>40</b>
9.1 Limitacions.....	43
<b>10. CONCLUSIONS .....</b>	<b>44</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>46</b>
<b>12. ANNEXOS .....</b>	<b>54</b>
Annex I. Criteris diagnòstics DSM-V.....	54
Annex II. TMMS 24 .....	55
Annex III. Punts de tall TMMS-24 .....	56

## 1. JUSTIFICACIÓ

El primer dia de classe ens van preguntar per quin motiu havíem triat la carrera de Psicologia i no una altra, i amb tota seguretat, vaig alçar la meua mà i vaig respondre: "Vull entendre que passa dins el nostre cervell, aprendre perquè fem el que fem, perquè actuem com actuem i, el més important, vull ser una bona psicòloga. Una psicòloga que fa el seu treball perquè de veritat vol ajudar a les persones i no sols per a emportar-se els diners a casa". Volia i vull ser des del primer dia, algú que amb la seva labor ajudi les persones a veure una mica de llum en les seves vides i fer-les més felices.

Des de petita sempre m'ha agradat ballar, cantar i tot el relacionat amb la música. És una cosa que sempre he portat amb mi i que avui dia, continua acompanyant-me. Durant el primer any de carrera vaig començar a pensar de quina forma podia relacionar el que tant m'apassionava, el ball, amb el que volia ser, psicòloga. Vaig arribar a la idea, o potser podríem anomenar-li somni, en aquells dies ho era, d'obrir una escola de ball o d'impartir classes en una escola de ball o qualsevol lloc, on utilitzar la dansa com a mitjà per a ajudar i integrar a persones amb diversitat funcional. Tot i que encara no he tingut l'ocasió de tractar amb persones amb discapacitat intel·lectual (DI) durant un període llarg, en el meu recorregut acadèmic he pogut conèixer breument aquest col·lectiu i m'hi sento bastant connectada.

Des del primer moment, vaig adonar-me de com de meravelloses són aquestes persones i de tot l'amor que necessiten donar i rebre. En un moment de reflexió, el meu somni es va convertir en utilitzar la dansa com a mitjà per a treballar diferents aspectes (p.ex. psicològics, motrius, cognitius, etc.) en vista a la necessitat del grup: la comunicació i expressió d'emocions, l'alliberament de tensions, el coneixement del propi cos, l'atenció, la memòria, entre molts altres. Finalment, dins d'aquesta proposta, també hi ha present l'objectiu de proporcionar un espai on aquestes persones es sentin lliures de compartir, experimentar, aprendre i gaudir a través de la dansa, potenciant el seu benestar físic i emocional, a més de la seva integració dins d'una societat canviant, en la que cada cop més, sorgeixen recursos i serveis que permeten que la qualitat de vida d'aquestes persones augmenti. Sempre he dit que veure un somriure a les cares de les persones en acabar les

classes de ball, sentint que aquest dia ha sigut un bon dia per a elles, és motiu suficient per a no deixar de ballar mai.

Quan vaig saber que anava a realitzar les pràctiques externes en un centre de teràpia ocupacional amb DI, de sobte alguna cosa "va moure el meu ésser" i em vaig dir a mi mateixa que no podia deixar escapar aquesta oportunitat. Per aquest motiu, vaig decidir posar en pràctica el que tant desitjava i fer el meu treball de fi de grau (TFG) creant un taller de dansa per a persones d'aquest col·lectiu. Avui, quatre anys després de tenir el somni d'utilitzar la dansa i portar-lo al meu terreny, tinc la sort de fer les pràctiques en un lloc on m'han donat suport i han confiat en mi des del primer moment per a fer-ho. Aquesta oportunitat és una porta que s'obre però, no sols per a mi, també per a les persones que puguin beneficiar-se d'ella i els seus familiars, per a les persones que desconeguin l'ús terapèutic que se li pot donar al moviment i estiguin disposades a descobrir-lo, per als curiosos que hagin tingut un somni com el meu i finalment, però no menys important, per a donar peu a continuar investigant tot el que podem arribar a fer amb la dansa.

## **2. MARC TEÒRIC**

### **2.2. DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL**

#### **2.2.1. Definició**

El concepte de discapacitat intel·lectual i el significat associat, han estat sotmesos a nombrosos canvis al llarg de la història. Aquestes modificacions s'han vist ancorades als canvis de pensament de l'època, a la consciència social del problema, a la necessitat de resolució i d'una visió més àmplia d'aquestes persones, i als avenços científics. En el començament dels anys seixanta la llavors denominada Associació Americana sobre Deficiència Mental (AAMD) publica el *Manual sobre terminología y clasificación en el retraso mental* de Heber (1959, 1961) citat per Alonso (1992) i proposa una definició àmpliament acceptada:

*"El retard mental està relacionat amb un funcionament intel·lectual general per sota de la mitjana, que s'origina en el període del desenvolupament, i s'associa amb deficiències en el comportament adaptatiu".*

Com menciona Alonso (1992), a mitjans dels anys 80, la AAMD va canviar la seva denominació a Associació Americana sobre persones amb Retard Mental (AAMR). Aquest canvi també va portar-ne d'altres com la modificació del concepte de deficiència mental, amb la finalitat de trobar una conceptualització més exacta. Així va ser, a través de les modificacions dels manuals publicats per la AAMR, quan anys més tard, a l'any 1992, en la seva novena edició del manual es va proposar el concepte de Discapacitat Intel·lectual com a nou terme de Retard Mental i una altra definició més completa:

*"Retard mental fa referència a limitacions substancials en el funcionament actual. Es caracteritza per un funcionament intel·lectual significativament inferior a la mitjana, que generalment coexisteix al costat de limitacions en dues o més de les següents àrees d'habilitats d'adaptació: comunicació, acte-cuidat, vida en la llar, habilitats socials, utilització de la comunitat, autodirecció, salut i seguretat,*

*habilitats acadèmiques funcionals, temps lliure, i treball. El retard mental s'ha de manifestar abans dels 18 anys d'edat."*

Aquest va ser un moment clau en la història, ja que suposava un canvi de paradigma per una nova manera de conceptualitzar a les persones amb DI, allunyant-se de la idea de retard mental com a únic tret de l'individu per a plantejar una concepció basada en la interacció de les persona i el context.

Videa & de los Ángeles (2016) en el seu article exposen com, en anys posteriors, aquesta definició va ser modificada de nou, permetent arribar a la definició de DI que coneixem i s'ha mantingut fins a l'actualitat. Aquesta definició va ser publicada l'any 2002 per la AAMR:

*"Discapacitat intel·lectual és una discapacitat caracteritzada per limitacions significatives punt en el funcionament intel·lectual i en la conducta adaptativa, tal com s'ha manifestat en habilitats adaptatives conceptuals, socials i pràctiques. Aquesta discapacitat comença abans dels 18 anys".*

En aquesta última definició es veu un canvi en el qual la DI ja no es relaciona de forma directa el coeficient intel·lectual (CI) amb les habilitats d'adaptació, ni les específica, sinó que es té en compte la conducta adaptativa dintre de tres àrees: conceptuals, socials i pràctiques de forma independent al funcionament intel·lectual. A més, aquesta nova conceptualització té en compte la introducció dels ajuts i suports a aquesta població, i l'avaluació i determinació de la intensitat d'aquests. També suposa un canvi i una major exactitud en l'avaluació en la mesura de la intel·ligència i la conducta adaptativa. La millora en tots aquests aspectes també inclou la necessitat d'entendre que és el *judici clínic orientat* i quina és la forma d'aplicar-lo, i relacionar aquest sistema establert amb altres, com els manuals de *Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)*, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - IV)* i *Clasificación de enfermedades (ICD-10)* (Verdugo, 2012). Encara que es mencioni en últim lloc, el judici clínic és tan important com els altres aspectes, ja que la interpretació final establerta, és la que determinarà la situació de l'individu.

Després d'exposar aquests canvis i l'evolució del concepte de discapacitat intel·lectual i de com aquestes persones eren vistes per la societat, hi ha una clara diferència entre les definicions utilitzades antigament i les actuals. Avui en dia, la discapacitat intel·lectual ja no es limita només a problemes en el funcionament intel·lectual de la persona, sinó que també aborda dificultats en la conducta adaptativa. A més, la presència dels suports adaptats a les necessitats de cada persona, permet a aquesta població una major adaptació e integració, per tant, podem dir que la conducta adaptativa ja no es contempla com una discapacitat inamovible, sinó que es pot millorar a través d'aquests suports. (Videa<sup>1</sup> & de los Ángeles, 2016). Aquesta visió innovadora permet que no sigui un diagnòstic invariable i determinista, sinó que cada persona presentarà un grau de discapacitat segons els suports que necessiti, proporcionant una millor qualitat de vida.

En conclusió, la concepció de discapacitat intel·lectual en l'actualitat és molt més àmplia respecte a les creences que han estat arrelades a l'època. Per últim, cal destacar, que cada cop més, es defensa la idea de no és una dificultat única provinent de la persona amb discapacitat intel·lectual, sinó que es fa èmfasi en una societat que no està adaptada a totes les persones, sinó que hi ha una dificultat real que es manifesta en la falta de recursos i la presència de barreres.

### **2.2.2. CLASSIFICACIÓ**

En la cinquena edició del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V) de la *American Psychiatric Association* (APA, 2014) es defineix la discapacitat intel·lectual com un trastorn que comença en el desenvolupament i que inclou limitacions del funcionament intel·lectual, com també del comportament adaptatiu en tres àrees: conceptual, social i pràctica. Per al seu diagnòstic, s'utilitza tant l'avaluació clínica com les proves estandarditzades de les funcions intel·lectuals i adaptatives de l'individu. En aquestes proves, les persones amb DI tenen puntuacions de dues desviacions per sota o més de la població general. En el DMS-5 la DI es troba dins de la família dels Trastorns de Neurodesenvolupament que es poden observar en la figura 1.



## **Figura 1.**

*Trastorns de Neurodesenvolupament dins el DSM-V*

<p><i>Discapacitat Intel·lectual</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Discapacitat Intel·lectual</i></li><li>- <i>Retràs Global del Desenvolupament</i></li><li>- <i>Discapacitat Intel·lectual No especificada</i></li></ul> <p><i>Trastorns de l'espectre autista</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Trastorn de l'espectre autista</i></li></ul>
---

Per al diagnòstic de la DI és necessari determinar el seu nivell de gravetat. Anteriorment, en el *DSM-IV* s'especificava basant-se en el coeficient intel·lectual de la persona, però amb l'aparició del *DSM-V* va haver-hi un canvi de paradigma que suposava establir la gravetat dels trastorns segons el funcionament i l'adaptació de la persona i el grau de recursos de suport que necessita, deixant de banda com a únic criteri el seu nivell de CI. Els criteris diagnòstics a complir del manual *DSM-V* per a determinar el trastorn de discapacitat intel·lectual s'adjunten a l'annex I.

El funcionament adaptatiu de la persona és el que ens permet saber el nivell de suport que la persona necessita. Per aquest motiu, a continuació, tenim l'Escala de gravetat del *DSM-V*, adaptada per l'alumne, en la que s'estableixen els nivells *lleu*, *moderat*, *freu* i *profund*, que determinen el grau de DI segons el funcionament adaptatiu en diferents àrees:

- **Discapacitat intel·lectual lleu. (CI entre 50-70):** Tenen afectat el pensament abstracte, flexibilitat cognitiva, memòria a curt termini i l'ús funciona de les habilitats acadèmiques. En l'àmbit social, són persones més immadures en les interaccions socials i poden ser manipulats, en relació amb els seus iguals sense DI. En el domini pràctic necessiten ajuda per a realitzar AVD que siguin complexes.

- **Discapacitat intel·lectual moderada. CI entre 35-50):** Necessiten assistència contínua per a dur a terme activitats conceptuals bàsiques i en ocasions les seves responsabilitats han de fer-les terceres persones. En el domini social, la llengua oral és menys complexa que les persones sense DI. És possible que no sàpiguen interpretar alguns contextos socials i necessitin ajuda comunicativa i social per a tenir relacions socials òptimes. En l'àrea pràctica, poden tenir habilitats i destreses amb ajuda externa i un període d'ensenyament extens.
- **Discapacitat intel·lectual greu. (CI entre 20 – 35):** En el seu domini conceptual les habilitats són limitades. Tenen poca comprensió de llenguatge i conceptes numèrics, com el temps i els diners. Necessiten suport per a les AVD. En l'àmbit social el llenguatge parlat es veu molt limitat, la seva comunicació es limita a frases curtes i simples a través de recursos alternatius de comunicació. No utilitzen temps verbals, sinó que es comuniquen en el present. En la pràctica necessiten ajuda per a totes les AVD i una supervisió de forma constant.
- **Discapacitat intel·lectual profunda (CI<20):** Les habilitats conceptuals es basen en el món físic, ja que per a aquestes persones els processos simbòlics són molt complexos d'entendre. En l'àmbit social tenen una comprensió molt limitada, tan verbal com gestualment. Poden entendre instruccions senzilles i expressar desitjos o emocions bàsiques a través de recursos alternatius de comunicació o utilitzant la senyalització. En el domini pràctic, són totalment dependents de terceres persones, tot i que poden ser participants d'algunes activitats amb objectes i sempre amb un gran suport.

### 3. INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL

Amb la finalitat de respondre la pregunta ¿Què és la intel·ligència? a continuació exposem una de les teories més recents i conegudes en l'actualitat: la *Intel·ligència Emocional (IE)*.

Va ser el psicòleg i periodista estatunidenc Daniel Goleman qui va donar força i va popularitzar aquest concepte amb la publicació del seu llibre "*Intel·ligència Emocional*" l'any 1995, a partir dels treballs de Salovey & Mayer (1990). Segons Goleman, D. (1995/1996), la Intel·ligència Emocional és la capacitat de reconèixer

els nostres sentiments, els dels altres, motivar-nos a nosaltres mateixos i manejar de forma adequada les relacions que mantenim amb els demés i amb nosaltres mateixos (Bello-Dávila, Z et al., 2010). Quan aquest autor parla de la IE, no nega l'existència del coeficient intel·lectual, sinó que planteja la idea que IE i CI es complementen entre si. De fet, afirma que com major sigui el CI, menor sembla ser la IE. La nostra ment emocional i racional funcionen conjuntament, és a dir, col·laboren entre sí i entre les dues busquen formes de coneixement per a guiar-nos. En el seu llibre de *La Práctica de la Intel·ligència Emocional*, Goleman defensa que el CI i les destreses tècniques pròpies són importants, però no suficients per arribar a l'èxit professional i personal, sinó que només les persones amb intel·ligència emocional són les que ho aconsegueixen. (Goleman 1998/2010 )

Goleman (1995/1996) entén la intel·ligència emocional com un constructe que es pot dividir en cinc dimensions dividides en dues parts. Per un costat, hi ha l'*habilitat intrapersonal*, que fa referència a les tres primeres dimensions relacionades amb habilitats de la pròpia persona amb si mateixa. Per un altre costat, està l'*habilitat interpersonal* que fa referència a les dues dimensions restants, caracteritzades per l'habilitat de l'individu cap als altres:

### **Habilitat Intrapersonal:**

- **Autoconeixement (Selfawareness).** És l'habilitat de conèixer les pròpies emocions i reconèixer un sentiment en el moment en el qual apareix. Per això, és important ser conscient de les pròpies emocions, saber identificar-les de forma correcta, posar-les nom i poder comunicar-les tant de forma verbal com no verbal.
- **Autorregulació (Self-management).** És l'habilitat de l'individu per a controlar les pròpies emocions i sentiments, amb l'objectiu d'expressar-los d'una forma apropiada, és a dir, controlant l'impuls propi de les emocions. Per aquesta habilitat és necessari tenir un bon autoconeixement de les pròpies emocions (punt anterior). Encara que sigui una habilitat de la pròpia persona, l'autocontrol és fonamental per a les relacions interpersonals.
- **Motivació (Motivation).** Les emocions tenen tendència a provocar una acció o conducta. És per aquest motiu, que les emocions i la motivació estan íntimament relacionades, ja que l'emoció que visquem, ens motivarà a realitzar una acció o conducta en concret segons el tipus d'emoció. Encaminar les emocions i la motivació derivada d'aquesta, cap a un objectiu és essencial

per a l'automotivació, l'atenció, saber manejar-se a si mateix i dur a terme activitats creatives.

## **Habilitat Interpersonal**

- **Empatia (Social-awareness).** Per tenir empatia és necessari que la persona conegui les pròpies. Quan l'individu és conscient de les seves emocions és més senzill identificar-les en els altres i entendre-les. D'aquesta manera l'empatia és la base de l'altruisme. Les persones empàtiques saben identificar millor els senyals que els altres expressen per indicar què necessiten o desitgen.
- **Habilitats socials (Relationship management).** És l'habilitat de l'individu per a la capacitat de manejar i donar respostes emocionals desitjables en relació amb els altres.

Aquesta teoria ha promogut el disseny de programes d'educació emocional dirigits a totes les edats i en molts àmbits, en vista al paper important que té la intel·ligència emocional en el nostre dia i en les nostres relacions socials i professionals. Les dades empíriques han demostrat que la intel·ligència emocional té molts beneficis en la persona, fins al punt de poder determinar l'èxit en la vida i el benestar psicològic general de la persona. (Goleman 1998/2010)

Per a l'avaluació de la IE, el primer test a construir-se i un dels més utilitzats fins avui en dia, és el TMMS, Trait Meta-Mood Scale-48. En aquesta investigació s'ha utilitzat la versió espanyola, adaptada i reduïda a 24 ítems per Fernández-Berrocal et al., (2004). En l'apartat d'instruments es pot veure amb més detall les seves característiques. Els resultats obtinguts del TMMS-48 (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Paifal (1995), citats Rodríguez Jiménez et al. (2013), han demostrat que cada un dels components de la IE tenen diferents efectes pel que fa a la salut de les persones. En aquest sentit, les persones que tenen més dificultats per a regular les seves emocions tenen més símptomes a nivell físic; a més de simptomatologia depressiva i d'angoixa, solen ser persones més negatives o amb pensaments negatius i el seu funcionament físic i social es menor (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Fernández-Berrocal, Ramos, & Extremera, 2001; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995, citats per Rodríguez Jiménez et al. (2013). De forma contrària, les persones que son més conscients de les seves emocions i

capaces de controlar-les i regular-les, mostren menys malestar subjectiu i menys emocions negatives; presenten un menor de símptomes de depressió i ansietat, i més satisfacció vital. En conclusió, es pot dir que de forma global, aquestes persones mostren una major salut física i psicològica. (Domenech, 1995; Fernández-Berrocal, Ramos, & Extremera, 2001; Extremera & Fernández-Berrocal, (2006) citats per Rodríguez Jiménez et al. (2013).

Partint d'aquí, podem dir que la gestió i millora de la Intel·ligència Emocional de les persones, manifesta en elles, una major sensació subjectiva de benestar i una millora en la percepció de salut, que en conseqüència, influeix positivament en la seva conducta. Per aconseguir aquesta millora de la IE, es pot treballar amb la persona de diverses formes, des de les més tradicionals, com els tallers d'habilitats socials, dinàmiques de coneixement, la lectura i els jocs, fins a les més innovadores com, treballar a través del cos i la comunicació no verbal com veurem en el següent apartat. (Rodríguez Jiménez et al. 2013)

### **3.1. INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL EN DI**

Tot i que la intel·ligència emocional en els últims anys ha sigut molt estudiada en la població general a causa del seu descobriment i la important influència d'aquesta en les persones, quan parlem de discapacitat intel·lectual, són ben pocs els estudis que ens parlen del món emocional d'aquestes persones. Per ser exactes, les investigacions que s'han realitzat, majoritàriament són en nens i adolescents amb DI en comparació amb la població adulta. No obstant això, a continuació es plantegen alguns estudis que s'han trobat amb relació a alguns dels factors que componen la IE en DI.

Segons Joseph & Ittyerah (2014), les persones amb DI presenten una dificultat a l'hora d'identificar les pròpies emocions i la dels altres. En el seu estudi amb persones amb DI moderada, van realitzar tasques de reconeixement d'emocions bàsiques a través de diferents recursos: imatges, vídeos, àudios i còmics. Els resultats que van obtenir demostraven que les persones amb DI eren capaces de reconèixer millor les emocions quan aquestes eren d'acord amb el context que fora de context. A més, la comprensió de les emocions millorava amb la presència de senyals contextuais i amb un contingut dinàmic.

De la mateixa forma, McClure et al. (2009), a través d'una revisió d'estudis realitzats amb persones amb DI, afirmen que les persones amb DI lleu i moderada poden identificar de manera fiable les seves pròpies emocions. També confirmen que poden reconèixer i etiquetar amb precisió les expressions facials en altres de forma general i que aquesta habilitat pot ser millorada a través de l'entrenament.

De forma contrària, Parra et al. (2019), van realitzar una investigació utilitzant la fotografia com a expressió d'emocions i el millorament de les habilitats cognitives i socials. Les troballes mostraven que hi ha una diferència significativa entre el grup control i el grup amb DI, on aquest últim, presenten una major dificultat per a reconèixer emocions. Després de la realització del taller, que va tenir una duració de 4 mesos, es van poder observar millores significatives en el reconeixement d'emocions.

Martínez-González & Veas (2019), van realitzar un estudi similar, d'identificació d'emocions en imatges, comparant un grup de persones amb DI moderada i un grup control. Els resultats obtinguts mostraven que les persones amb DI tenien un nivell més alt d'identificació de la felicitat en comparació al grup control, és a dir, jutjaven les imatges de forma més positiva que el grup sense DI. Aquest fet provoca en les persones amb DI una percepció més positiva de la real i en conseqüència, errònia, que acaba afectant la manera de percebre i interactuar amb el seu entorn.

Tot i que en el segon estudi d'aquest apartat, s'afirmi que les persones amb DI lleu i moderada poden identificar de forma fiable les emocions pròpies i dels demès, la resta d'estudis corroboren que hi ha una dificultat i diferència major en comparació a la població general. En vista a les presents investigacions, es conclou que hi ha una falta d'informació sobre quin és la realitat de la IE en aquestes persones. Aquest fet, dóna èmfasis en la importància de seguir investigant en aquest camp amb la finalitat d'aproximar-se a les necessitats reals en IE de la població amb DI, ja que com s'ha mencionat anteriorment, els estudis que s'han realitzat sobre aquesta, són pocs i presenten limitacions.

Per una altra banda, en dos dels estudis, s'ha vist que a través de l'entrenament de la identificació d'emocions i tallers d'habilitats socials, hi ha una millora en aquestes àrees després de la seva aplicació. Basant-nos en aquesta informació, hi ha una necessitat present en continuar amb la creació i l'aplicació d'aquest tipus

d'entrenaments, i en la recerca d'altres recursos que permetin a la població amb DI l'aprenentatge i integració de conceptes, amb l'objectiu de millorar la seva IE, la comprensió cap a si mateixos, la relació amb el seu entorn social, i proporcionant-los una aproximació a una millor qualitat de vida.

#### **4. BENESTAR EMOCIONAL**

Per a entendre a què ens referim com a *benestar emocional* primer hem de saber que prové de la Psicologia Positiva. Aquesta vessant és de les més recents i va néixer en mans de Seligman (1999), amb la finalitat d'orientar la investigació en psicologia, que fins avui dia s'havia centrat més en els trastorns, patologies i emocions negatives, en la direcció de considerar una concepció més positiva de l'espècie humana. (Vera, 2006)

Tal com diu Vera (2006), l'objectiu de la Psicologia Positiva és millorar la *Qualitat de vida (CdV)* de les persones i prevenir l'aparició de trastorns mentals i patologies. Pretén entendre, a través de la investigació científica, els processos per arribar a les qualitats i emocions positives de l'ésser humà. Són molts els sinònims que se li donen a la CdV, però en moltes ocasions són idees errònies que li donen un altre significat. Tal com descriuen Gómez, Verdugo & Arias (2010), la seva definició ha sigut un procés molt llarg i complex durant la història que ha donat peu a moltes maneres d'entendre aquest constructe. Degut a la seva complexitat i multidimensionalitat, s'ha vist necessari la creació de diferents models que faciliten el seu enteniment i comprensió a través de diferents dimensions. En aquest treball ens centrem en el model Schalock & Verdugo (Schalock, et al., 2007/2008), ja que les seves implicacions han sigut en l'àmbit de la discapacitat intel·lectual, i descriuen la CdV d'aquesta forma:

*"Un estado deseado de bienestar personal que: a) es multidimensional; b) tiene propiedades universales (etic ) y ligadas a la cultura (emic); c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y d) está influenciado por características personales y factores ambientales".*

Aquest model, es construeix a partir de dimensions, indicadors i resultats personals que estan organitzats en diferents nivells. Les dimensions que proposen són: *Benestar emocional, Relacions personals, Desenvolupament personal, Benestar material, Autodeterminació, Benestar físic, Inclusió social i Defensa dels drets*. Pel que a nosaltres ens interessa, el benestar emocional es defineix amb indicadors com són *la satisfacció, l'autoconcepte d'un mateix, l'absència d'estrès, la seguretat, tranquil·litat i estabilitat*. (Verdugo et al, 2011; Lara & Peña, 2017).

Aquests indicadors són considerats com aspectes positius que fonamenten al benestar emocional de la persona. Seguint aquesta línia, Fredrickson destaca l'important que són les emocions positives per a resoldre molts dels problemes que generen les emocions negatives i com a través d'aquestes, els éssers humans podem superar els moments difícils i sortir d'ells amb més fortalesa. Des de la seva perspectiva, les emocions positives poden ser utilitzades com a mètode de prevenció, tractament i afrontament, de manera que es transformin en una forma d'afrontar possibles problemes (Fredrickson, 2000)

La mesura del constructe CdV es fonamenta en avaluar el grau en què les persones valoren les experiències viscudes; reflecteix les dimensions que ajuden a la contribució d'una vida plena i connectada, té en compte el context de l'ambient, tant físic, com social i cultural, als que les persones donen importància, i també inclou experiències humanes que són comunes i d'altres que són vitals úniques de cada persona. Pel que fa a l'aplicació de qualitat de vida, aquest model serveix per aconseguir la millora del benestar de les persones en els seus contextos culturals, tenint en compte que aquesta millora ha de ser a través del fonament de l'evidència empírica. (Lara & Peña, 2017). Pel que fa a la pràctica clínica, cal destacar que s'ha de dur a terme una intervenció que estigui destinada a promoure l'experiència emocional positiva, ja que aquesta facilitaria les relacions, la millora d'autoestima, i en definitiva, l'oferiment d'un tractament pensat cap al benestar de la persona d'una forma integral (Hervás, 2009; Vera, 2006).

En conclusió, és important que la psicologia estudiï les emocions positives, en relació amb la repercussió que tenen sobre la vida de les persones. Alguns dels passos per aconseguir-ho, és centrar-se a eliminar la terminologia que es focalitza en la psicopatologia i crear-ne d'una més positiva; dissenyar instruments d'avaluació que se centrin a identificar les fortaleeses, i plantejar programes d'intervenció i tècniques que ajudin a desenvolupar els recursos que les persones



tenen (Vera, 2006). Tot això, ha d'arribar a totes les persones, incloent-hi a les que tenen DI i desadaptació social, ja que potser són les que més puguin treure profit per arribar aconseguir la qualitat de vida (Paredes, 2008).

#### **4.1 BENESTAR EMOCIONAL EN DI**

Amb relació al benestar emocional la major part d'investigacions en DI se centren estudiar el funcionament cognitiu, l'avaluació i capacitat de la conducta adaptativa d'aquestes persones, la capacitat d'aprenentatge, la integració social; el tractament de la conducta problemàtica o la planificació i avaluació de serveis educatius i socials de suport. (Arthur, 2003, citat per Paredes 2010). Són pocs els estudis que se centren en els aspectes emocionals i afectius que realment hagin investigat aquests elements més interns de la persona (Argus, et al., 2004; Barnett Lopez, et al., 2016) La major part d'estudis s'han centrat més en els desajustos emocionals que en els processos afectius que fan referència al benestar psicològic, que majoritàriament han sigut estudiats juntament amb els desajustos emocionals. (Crocker, 2000, citat per Gómez et al. 2009).

Tal com explica Paredes (2010), aquesta falta de literatura empírica en relació amb la vida emocional de les persones amb discapacitat intel·lectual pot ser deguda a la importància de l'experiència emocional negativa i les seves manifestacions conductuals, ja que suposen desajustos que poden donar més problemàtica, falta de control o suposar més càrrega en les persones cuidadores o que donen suport. Per una altra banda, les emocions positives no es consideren objecte d'estudi, ja que són vistes com la bona conducta adaptativa i per tant, no suposen un estat o moment crític que impliqui la necessitat d'intervenció clínica o psicològica.

Tot i que molts estudis dels trastorns d'estat d'ànim en persones amb DI puguin presentar dificultats metodològiques respecte a la fiabilitat i validesa dels instruments o en la selecció de mostra de la població a causa de la diferència de graus de presentació de les limitacions intel·lectuals (Rojahn & Esbensen, 2005 citats per Gómez et al. 2009), hi ha evidència de què les persones amb DI tenen una vida emocional, tan dinàmica com la que tenen les persones amb població general (Arthur, 2003, citat per Gómez et al. 2009); que són més vulnerables al desajust emocional respecte a aquesta, i que presenten un gran ventall de

necessitats en suport psicològic i sanitari davant de dificultats emocionals que poden aparèixer en la vida diària (Muñoz & Marín, (2005), citats per Gómez et al. (2009).

Per poder aconseguir una millora en la CdV en les persones amb DI, el més idoni seria dur a terme estratègies que permetin desenvolupar les dimensions mencionades en el model de qualitat de vida de Shalock i Verdugo mencionat anteriorment. Hem de buscar estratègies, i formes d'organització que facilitin el desenvolupament dels drets de les persones amb DI/diversitat, proporcionant així, espais pensats des del benestar material; mètodes per potenciar processos saludables de benestar físic, processos d'autodeterminació i presa de decisions que permetin el desenvolupament, la inclusió social i finalment, el benestar emocional.

## **5. DANSA MOVIMENT TERÀPIA (DMT)**

### **5.1 Definició**

La Dansa Moviment Teràpia (DMT) és una disciplina que es troba dins de les teràpies creatives i la seva característica principal és l'ús del moviment creatiu com a mitjà per integrar la part emocional, cognitiva i física de la persona (Panhofer, 2005). La DMT busca ajudar al fet que la persona es desenvolupi de forma harmònica arribant a descobrir-se a si mateix, al seu propi cos i a les seves capacitats expressives (Rodríguez-Jiménez, 2011). La DMT proporciona un espai a les persones on poden explorar què és el que els impulsa; un espai on poden desenvolupar l'autoconsciència i la sensibilitat cap als altres, a més, de trobar una activitat on es poden sentir còmodes amb si mateixos, independentment de la qualitat del moviment, de l'edat, cultura i habilitats que tinguin. Panhofer (2005), al seu llibre, explica que en els psicoterapeutes del Regne Unit hi ha un acord en què el moviment reflecteix els estats d'ànim i en conseqüència, que els canvis que es produeixen en el moviment tenen repercussió en la psique de la persona, fent que aquesta també canviï.

La DMT es diferencia d'altres teràpies corporals en el fet que no té un enfocament pedagògic, és a dir, no s'ensenya al pacient a modificar els seus moviments sinó que treballa a partir dels moviments espontanis (improvisació) que la pròpia persona realitza. (Vella & Solera, 2012). El terapeuta no presenta una coreografia

o treball específic que els membres del grup han d'aprendre, sinó que el contingut de la sessió de DMT es construeix a partir del propi moviment real, tant del pacient com el terapeuta; el pacient pot dansar seguit del ritme de la música, imitant els moviments del terapeuta o d'un altre membre del grup. (Schmais & White, 1986). Tenint en compte això, podem dir que cada persona interpreta i percep el seu entorn de manera única a través del moviment del cos, en el qual s'expressen emocions utilitzant el llenguatge no verbal.

L'Associació Americana de Dansa Teràpia (American Dance Therapy Association [ADTA], 2020) defineix la Dansa Moviment Teràpia com "*l'ús psicoterapèutic del moviment per a promoure la interacció emocional, social, cognitiva i física de l'individu.*"

D'altra banda, en la pàgina web de l'Associació Europea de DMT (European Dance Therapy Association [EADMT], 2010) podem trobar d'una forma més extensa i detallada la seva definició:

*"L'ús terapèutic del moviment per a promoure la integració emocional, cognitiva, física, espiritual, i social d'individu. La dansa com a moviment corporal, expressió creativa i comunicació és el component central de la DMT. Sobre la base del fet que la ment, el cos, l'estat emocional i les relacions estan interrelacionats, el moviment corporal proporciona simultàniament els mitjans d'avaluació i la manera d'intervenció per a la teràpia de moviment de dansa".*

Una altra de les característiques essencials de la DMT és el rol de psicoterapeuta durant la sessió i la relació que s'estableix entre terapeuta i pacient. D'una banda, l'eina dels dansaterapeutes és el moviment, per la qual cosa les seves tècniques en DMT han de ser especialitzades a observar i analitzar el moviment i interpretar els aspectes corporals del pacient, les dinàmiques de moviment expressat, l'ús de l'espai dins de l'enquadrament terapèutic i les accions del moviment lliure o les relacions que estableix. Aquesta connexió que es forma entre cos i ment, s'acaba convertint en una connexió entre moviment i emoció. Aquesta transformació permet al dansaterapeuta llegir el llenguatge corporal de la persona, fet per a poder interpretar l'estat infrapsíquic de la persona i produir canvis en el moviment, que a

l'hora provocaran canvis a nivell cognitiu i emocional, profunditzen aquesta connexió entre motiu i emoció. (San Pedro, 2009). El moviment és el que ens mostra la capacitat que té per connectar-nos amb l'emoció amb la qual després s'haurà de treballar.

## 5.2 APORTACIONS DE LA DMT

A continuació s'exposen alguns dels elements que caracteritzen la DMT:

- **Aliança terapèutica:** fa referència a la creació d'una bona aliança entre pacient i terapeuta i un lloc de consolidació entre ells on ambdós tenen un paper actiu. Aquesta aliança es un element que facilita el procés terapèutic i es considera que es el millor mètode per preveure la eficàcia dels resultats en la teràpia (Andrade, 2005; Botella & Corbella, 2011; Horvath & Bedi, 2002, citats per Panhofer 2005). En la DMT hi ha una gran i forta implicació per part del terapeuta en el procés del pacient o del grup, encara que la seva participació pugui ser més o menys activa. (Queyquep, 2008, citat Panhofer, 2005)
- **Duració:** Las sessions de DMT tenen una duració de 50 minuts o una hora aproximadament, i poden ser individuals i grupals. Respecte a la durada de la implantació del programa, es necessari un mínim de 12 sessions per a poder observar canvis, entre el abans i el després de les sessions.
- **Estructura:** es una de les grans aportacions de Chace, i es la que s'ha utilitzat per a la implantació del taller, i es divideix en quatre fases:
  - **1ª FASE: *Chek in.*** Aquesta primera fase és l'entrada a la sessió, els membres del grup arriben i es col·loquen en circulo i comparteixen amb la resta com es troben: quin és el seu estat emocional, cognitiu i corporal. Es fa èmfasi a la comunicació verbal perquè expliquin com se senten, si tenen alguna preocupació o si volen expressar alguna cosa. D'aquesta manera el terapeuta pot recollir informació de com arriben aquestes persones a la sessió i emportar-se una primera impressió de com està al grup.
  - **2ª FASE: L'escalfament.** Per a iniciar l'escalfament es poden anar combinant exercicis d'escalfament físic passant per totes les parts del cos i realitzant moviments i estiraments, que fins i tot els mateixos pacients poden iniciar. Amb aquesta fase activem i preparem al cos, però a més els pacients

poden experimentar i descobrir amb cada part del seu cos, fer-se presents a la sala i als altres, i prendre consciència del seu propi cos.

- **3ª FASE: El procés.** . En aquest moment s'utilitzen els moviments que han estat explorats en l'activitat anterior perquè vagin sortint les dinàmiques que protagonitzaran aquesta sessió. En el cas que no hi hagi una cohesió grupal per a triar la dinàmica, el terapeuta pot triar i suggerir una que s'adeqüi al grup en aquest moment. Aquesta part és el que se la denomina com a *procés*, ja que, és quan a través de les diferents dinàmiques es busca que els membres juguin, s'expressin de manera lliure i manifestin els seus sentiments i desitjos. De la mateixa manera potser que es produeixin relacions entre els membres havent-hi la possibilitat que apareguin grups dividits, parelles o un altre tipus de combinacions. També es busca integrar aspectes no verbals, establir una comunicació mitjançant l'intercanvi d'imatges i símbols, nomenar emocions i connectar el que viuen i senten amb la seva vida diària. Segons la població a la qual vagi dirigida la sessió, l'estructura haurà de ser més guiada i el terapeuta haurà de posar més límits i pautes.
- **4ª FASE: El tancament.** El grup es torna a reunir en forma de cercle i es tanca la sessió. Els membres expliquen com es senten i quines son les experiències i/o reflexions extretes d'aquella sessió. Ho poden fer de manera verbal i no verbal. Es pot tancar la sessió d'altres formes que no siguin mitjançant el cercle. De totes maneres, encara que sigui en un temps reduït, s'ha de tornar al cercle perquè el terapeuta s'asseguri i confirmi que els membres del grup "tanquen" la sessió desaferrant-se dels continguts emocionals i físics.

Cadascuna de les fases és important en la seva totalitat, ja que cada una té un paper fonamental que permet el desenvolupament de les altres fases, i d'aquesta manera, construint l'estructura d'una sessió de DMT segons Chace.

Per últim, una de les contribucions més importants de Maria Cache és la *empatia kinèstica* o *reflejo empático*. Amb aquests conceptes, fa referència al moment en el qual el dansaterapeuta reflexa a través del seu cos, moviment i de forma verbal, el que veu en l'altre (pacient), interpretant de forma kinestèsica i visual, allò que el pacient està experimentat o està tractant de comunicar. (Fischman, 2005). A través d'aquesta relació, el psicoterapeuta aconsegueix crear una connexió amb el

pacient podent descobrir com es troba emocionalment i comprenent-lo, i transmetent-li que l'està acompanyant en aquest moment.

### **5.3 ÀMBITS D'APLICACIÓ DE LA DMT**

Des que va néixer la DMT, s'ha anat investigant la seva eficàcia en diverses poblacions, edats i diagnòstics. Una de les limitacions trobades és, que la majoria de les investigacions són estudis de cas, utilitzant una metodologia amb dèficits que impossibilita la generalització dels resultats. Tot i això, sota el recorregut històric envoltat per l'interès de la utilització del propi cos i d'aquest mètode, s'ha demostrat que la DMT també té un impacte positiu en altres tipus de poblacions, com per exemple, les dones maltractades, persones amb càncer, persones amb fibromiàlgia, etc. (Panhofer, 2005). Encara que la DMT nasqués en un hospital psiquiàtric en mans de Maria Chace amb població psicòtica, avui en dia, la DMT tant en EE.UU. com a Europa, està present en moltes altres institucions: hospitals de dia, escoles, centres de rehabilitació, centres penitenciaris, escoles i centre d'educació especial, gabinets psicològics, centres de rehabilitació, associacions diverses fibromiàlgia, drogodependències, càncer, trastorns de la conducta alimentaria, esclerosi múltiple, etc. En conclusió, la DMT s'està donant a conèixer cada cop més i a poc a poc són més els professionals que contempen i compten amb aquesta disciplina dins de les seves institucions (San Pedro, 2009).

A continuació, es presenten alguns treballs realitzats que recull Panhofer en el seu llibre "*La vida en psicoteràpia: Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (2005)" i d'altres trobats per l'alumne, dividits en tres tipus de poblacions, on la DMT ha demostrat la seva eficàcia:

#### **Psicopatologia en persones adultes**

L'any 1953, els treballs que va dur a terme Chace en hospitals i residències psiquiàtriques van demostrar que la DMT tenia un efecte positiu en els seus pacients. L'ús d'aquest nou mètode va provocar que les persones beneficiades es relacionessin més en el context en el qual vivien, es comunicaven més amb els altres pacients i el seu sentiment d'aïllament es veia reduït.

Brooks & Starks (1989) citats per Panhofer (2005), van realitzar un treball amb dos grups que diferenciaven en què a un d'ells se'ls hi aplicava un tractament en DMT, mentre que l'altre no tenia cap tractament. Després de l'estudi, van poder corroborar que el grup sotmès a la teràpia DMT, presentaven canvis en el seu estat d'ànim i una disminució en els nivells d'ansietat i depressió, en comparació al grup que no havia rebut tractament.

Ginzberg (1991), citat per Panhofer (2005), va dur a terme treballs amb persones *sense sostre*. A través dels seus estudis va trobar que a través de la DMT, aquestes persones presentaven una major confiança i autoestima, i una millora en l'expressió corporal i creativitat.

### **Psicopatologies en nens i adolescents**

Kavaler (1973) citat per Panhofer (2005), va realitzar un estudi amb nens amb retard mental i va obtenir resultats qualitius molt significatius i es va observar que la DMT afavoreix canvis psicològics (ej, major creativitat, sensibilitat, expressivitat, i habilitats de lideratge)

Efer (1995) citat per Panhofer (2005), va treballar amb nens i adolescents amb autisme i va determinar que la DMT és beneficiosa; proporciona un altre nivell d'interacció: el nivell corporal.

L'estudi de Engelhard (2014) se centra en la població de 54 adolescents i en les aportacions de la DMT, la qual, a través d'experiències en moviment, contribueix a la reflexió i l'expressió tant de sentiments com d'emocions, així com a l'aprenentatge d'una nova manera d'utilitzar el cos mitjançant el llenguatge del moviment.

### **Població general**

La DMT a banda de ser utilitzada com a mitjà d'intervenció també pot utilitzar-se com a mètode preventiu per a persones que no presenten patologies o trastorns, sinó que parlem de població "normal" en diversos contextos, promovent el desenvolupament integral de la persona, a la qual proporciona un altre mitjà de comunicació i expressió en el qual integra les seves emocions, el seu cos i el seu propi llenguatge.

Harvery (1989) citat per Panhofer (2005), va fer el seu treball amb nens dins del context escolar, on va incorporar les arts creatives en teràpia per a afavorir el desenvolupament creatiu, la motivació i l'autoconcepte.

Dosamantes-Al-person & Merril (1980), Kuettel (1982), Dosamantes (1990), K. Penifield (1992), Noack (1992), Cernuda (2002) i Lesté & Rust (1990), citats per Panhofer (2005), els seus treballs senyalen que la DMT amb neuròtics "normals" té un valor terapèutic i promou el canvi en variables psicològiques com poden ser símptomes de depressió, ansietat, postura corporal, acceptació del Self i integració del moviment. Per la seva part Kuettel, a través d'estudis realitzats amb grups de teràpia que havien utilitzat la DMT, va trobar que aquests eren més efectius i la cohesió grupal s'havia vist incrementada. De la mateixa manera, hi havia més participació i confiança per part dels membres i del grup anar capacitat de mantenir una teràpia en grup.

Leventhal i Chang (1991) citat per Panhofer (2005) van utilitzar la DMT com a tractament a dones que havien sofert maltractament físic o psicològic. Treballaven característiques generals d'aquestes dones com pot ser la immobilitat, l'ambivalència i el sentiment d'indefensió que sofreixen. Mitjançant la DMT, les dones van guanyar confiança en elles mateixes i un major control tant físic com psíquic.

S. Sandel (1979), va utilitzar la DMT com intervenció amb persones de tercera edat i els resultats que van trobar indicaven una millora en la memòria, estat d'alerta i mantenir-se despert, en orientació, judici, estabilitat, ansietat, capacitat d'inshight, acceptació, mobilitat i autoestima.

Finalment, en vista a aquests treballs, podem dir que la DMT proporciona un ampli ventall de beneficis a poblacions diverses que presenten diferents patologies i trastorns, proporcionant en aquestes persones, una millora en la seva salut mental o física o d'ambdues. Tot i haver-hi una gran variabilitat d'estudis, hi ha molt poca investigació en com la DMT actua sobre les emocions, per tant, en el present estudi és cerca ampliar aquesta línia d'investigació.



## **5.4 RELACIÓ EN DANSA MOVIMENT TERÀPIA AMB LA INTEL·LIGÈNCIA EMOCIONAL I EL BENESTAR EMOCIONAL.**

Como s'ha mencionat anteriorment, el present treball està enfocat cap als subfactors de la Intel·ligència Emocional (autoconconeixement, comprensió i regulació d'emocions) i el Benestar Emocional. A l'apartat d'aplicacions de la DMT, hem pogut veure molts dels beneficis que la DMT aporta a diferents poblacions, però no s'han trobat estudis que investiguin de forma específica l'efecte de la DMT en la intel·ligència emocional. Per aquest motiu, aquest apartat està enfocat des de la psicomotricitat i les troballes en relació amb la intel·ligència emocional a través d'aquesta, ja que està íntimament relacionada amb la DMT.

A través de la visió Muniáin (1997), citat per Araujo et al. (2010), es defineix la psicomotricitat com *"la disciplina educativa/reeducativa/terapèutica, que s'entén com a un diàleg, que considera a l'ésser humà com a una unitat psicosomàtica i que actua sobre la seva totalitat a través del cos y del moviment, en l'àmbit d'una relació càlida i descentrada, mitjançant mètodes actius de mediació principalment corporal, amb la finalitat de contribuir a un desenvolupament integral"*.

L'objectiu fonamental de la psicomotricitat és arribar a desenvolupar habilitats i capacitats de la persona en els següents aspectes: socio-emocional, cognitiu-intel·lectual, comunicatiu i motor, arribant a ser un concepte clau per a entendre el cos en una totalitat i el seu paper com a "eix" en el que es va construint i desenvolupant la personalitat. (Araujo et al. 2010)

Pel que fa als aspectes emocionals, diversos estudis han confirmat que després de la implantació d'un programa de psicomotricitat la intel·ligència emocional s'ha vist millorada. (Fuentes Huerta, 2017).

Jara (2018), va realitzar un estudi amb infants de dos anys en els quals els resultats mostraven, després de l'aplicació del treball psicomotriu, una millora en l'autocontrol emocional i la capacitat d'empatia.

Per la seva part, Gutiérrez et al. (2017) van realitzar un estudi en infants de 4 i 5 anys, on es duia a terme un programa de psicomotricitat i taller d'habilitats socials. Les conclusions afirmen que sota a través d'aquesta metodologia, en comparació al grup control, les habilitats socials, l'autoestima i la intel·ligència emocional (empatia i motivació) es van veure millorades.

Segons Araujo et al. (2010) la intervenció psicomotriu contempla una sèrie de principis que són fonamentals i que s'han d'afavorir en qualsevol treball de caràcter psicomotriu tant educatiu com terapèutic. Aquests principis són:

- **La identitat:** la cerca de la integració global del nen, considerant els aspectes afectiu, social, cognitiu i motor;
- **La comunicació:** la consolidació de processos d'escolta, comprensió i expressió, i per tant d'interacció social;
- **L'expressivitat:** la capacitat d'expressar-se de manera espontània i autèntica, posant de manifest les seves emocions o sentiments, per mitjà del desenvolupament de la capacitat sensitiva (interoceptiva, propioceptiva i exteroceptiva) i de les activitats sensoriomotrius.
- **El joc:** com a activitat essencial al desenvolupament integral del nen, perquè estimula l'expressió de desitjos, d'emocions, la creativitat, afavoreix l'equilibri i benestar personal i proporciona la possibilitat d'oferir en un espai i temps una descàrrega tònic-emocional.
- **El pensament:** que permet la representació de l'acció i dels objectes amb els quals el nen experimenta, afavorint la generació de noves idees i proporcionant al nen la capacitat de resoldre problemes cada vegada més complexos.
- **La producció expressiva, creativa:** permet alliberar de manera lliure i espontània emocions i sentiments.

La metodologia utilitzada en els treballs en psicomotricitat aplica aquests principis des de tres enfocaments diferents: *el vivencial-relacional, el psicopedagògic i el globalitzat*. El que a nosaltres ens interessa és el *vivencial-relacional*, ja que fa referència a un tipus de sessió dinàmica i vivencial. El psicomotricista aporta idees i propostes de joc o activitat d'expressivitat o activitats d'expressió plàstica. Araujo et al. (2010) Quan ens referim a la relació entre Psicomotricitat i la DMT, fem referència aquest tipus d'enfocament, ja que com hem vist anteriorment, les sessions de DMT tenen aquest caràcter creatiu i experimental en el qual els mateixos pacients dirigeixen la dinàmica de la sessió.

Partint dels principis psicomotrius mencionats, trobem que molts d'ells també se situen dins la definició de la DMT, com poden ser, la cerca de la integritat global (psicofísica) de la persona, la importància de la comunicació verbal i la compressió del moviment propi i de l'altre, i l'expressivitat creativa i lliure d'emocions i

sentiments. És a dir, la DMT parteix de la psicomotricitat, però va encara una mica més enllà, segons Fischman (2005), la seva essència és el focus en l'emoció i en les tonalitats afectives: a diferència d'altres pràctiques, la DMT neix en el cos i el seu moviment, i en la manera en què la transformació d'aquest està envaïda per una o diverses tonalitats emocionals que es troben presents en les diverses formes en què es manifesta dins de la sessió: intensitats, ritmes, colors, i la qualitat de l'esforç. Des de la DMT es busca prendre atenció a la consciència del cos i dels estats corporals que es veuen modificats pels canvis de moviment o accions corporals. Tots aquests factors són els que afavoreixen la reconexió entre els estats interns del cos del pacient, les sensacions, emocions i sentiments que formen part de la seva persona, permetent d'aquesta manera, una autoregulació de l'organisme.

Una de les semblances amb la psicomotricitat, és el rol del terapeuta en les sessions. Dins de la psicomotricitat, el psicomotricista s'ha de fer present en la sala i estar disponible per al nen (Salvany, 2021). En aquest sentit, no podem deixar a banda la importància del dansaterapeuta en les sessions de DMT i tot el procés. Tal com hem vist en apartats anteriors, una de les aportacions més significatives de la DMT és la *empatia kinestésica*. Fischman (2005), fa un apunt sobre això: "*la vivència de sentir que algú ha entrat en contacte amb la pròpia sensibilitat fent-la seva per un instant, possibilita valorar i tolerar després l'alteritat de qui ha acceptat i respectat la identitat pròpia d'una manera no crítica sinó de total receptivitat*".

En els éssers humans, l'expressió d'emocions està molt relacionada amb el llenguatge, però en relació amb la població DI, la DMT juntament amb altres teràpies creatives com poden ser l'artteràpia o musicoteràpia, són considerades més efectives. Les limitacions que presenten a nivell cognitiu, en l'expressió verbal, a nivell de comprensió i, en la necessitat de suport de cuidadors o de recursos alternatius de comunicació, els impedeix comunicar-se i expressar-se de forma efectiva. Per tant, quan són tasques creatives (moviment, dibuix, etc.) donen més llibertat a l'hora d'expressar-se sense haver de forçar-lo a un raonament previ, possibilitant d'aquesta manera, una connexió més propera entre el terapeuta i el pacient, així com la del pacient amb si mateix. (Arbonés, M. et al., 2015).

Partint d'aquesta definició i de la relació amb la psicomotricitat amb la dansa, respecte a la relació de la dansa amb la millora del benestar emocional, hi ha estudis que consideren la dansa com a un mitjà a través el qual s'experimenten emocions

positives i contribueixen a una millora en la confiança d'un mateix. També fonamenten un augment en l'autoestima i la motivació de la persona, a més de disminuir els símptomes d'ansietat. (Pérez-Testor, 2010; Quin, Redding, & Frazer, 2007). Tal com s'ha mencionat anteriorment, es confirma que la dansa afavoreix el desenvolupament de la connexió entre ment i cos, de la imatge corporal, l'auto-concepte i l'acceptació del propi cos. En conclusió es pot dir, que la dansa es considera una eina adequada per a la millora del benestar emocional de la persona.

## **6.OBJECTIUS**

### **6.1.GENERAL**

Aplicar un taller basat en la Dansa Moviment Teràpia i l'Expressió Corporal a persones adultes amb Discapacitat Intel·lectual per a fomentar la millora en la gestió de la intel·ligència emocional i avaluar els efectes de l'esmentat taller en aquestes persones.

### **6.2 ESPECÍFICS**

- Promoure en els participants una millora en l'atenció a les pròpies emocions.
- Fomentar la comprensió de les emocions pròpies dels participants.
- Millorar la gestió de les emocions, fomentant la seva expressió i l'autocontrol.
- Disminuir el malestar emocional dels participants, fomentant el benestar emocional percebut.

### **6.3 HIPÒTESIS**

Per a la present investigació, seguint els objectius, es plantegen les següents hipòtesis:

- H<sup>o</sup>1: Els participants obtindran una puntuació mitja, indicativa d'un nivell adequat, en la subescala d'atenció als sentiments després de realitzar el taller.

- H<sup>o</sup>2: Els participants obtindran una puntuació més alta en la subescala de claredat emocional després de realitzar el taller en comparació a la puntuació obtinguda abans.
- H<sup>o</sup>3: Els participants obtindran una puntuació més alta en la subescala de regulació emocional de les pròpies emocions, facilitant la seva expressió i autocontrol, després de realitzar el taller en comparació abans.
- H<sup>o</sup>4: Els participants manifestaran una millora percebuda en el benestar emocional entre l'abans i el després de realitzar el taller, a través de la reducció d'indicadors de malestar emocional.

## **7. MARC METODOLÒGIC**

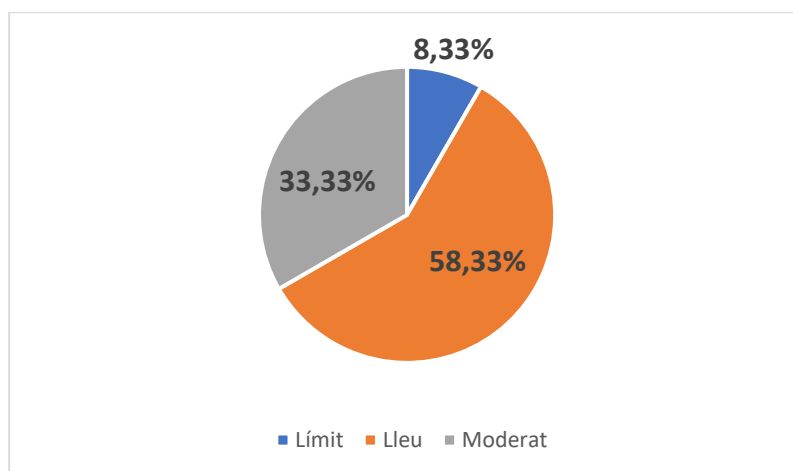
### **7.1 MOSTRA**

Els participants d'aquesta investigació eren 12 persones adultes amb discapacitat intel·lectual (2 homes i 10 dones), amb edats compreses entre de 22 i 60 anys (mitjana= 40,08; desviació típica= 1,85) usuaris del Servei Taller Ocupacional de la Fundació Estela de Tarragona. La seva participació en aquest estudi va ser voluntària i se'ls va informar que podien abandonar el taller en qualsevol moment sense cap mena de repercussió.

A la figura 2, es mostra la distribució dels participants en funció del grau de discapacitat intel·lectual que presenten, on podem destacar que gairebé el 60% té diagnosticada una discapacitat lleu.

### Figura 2.

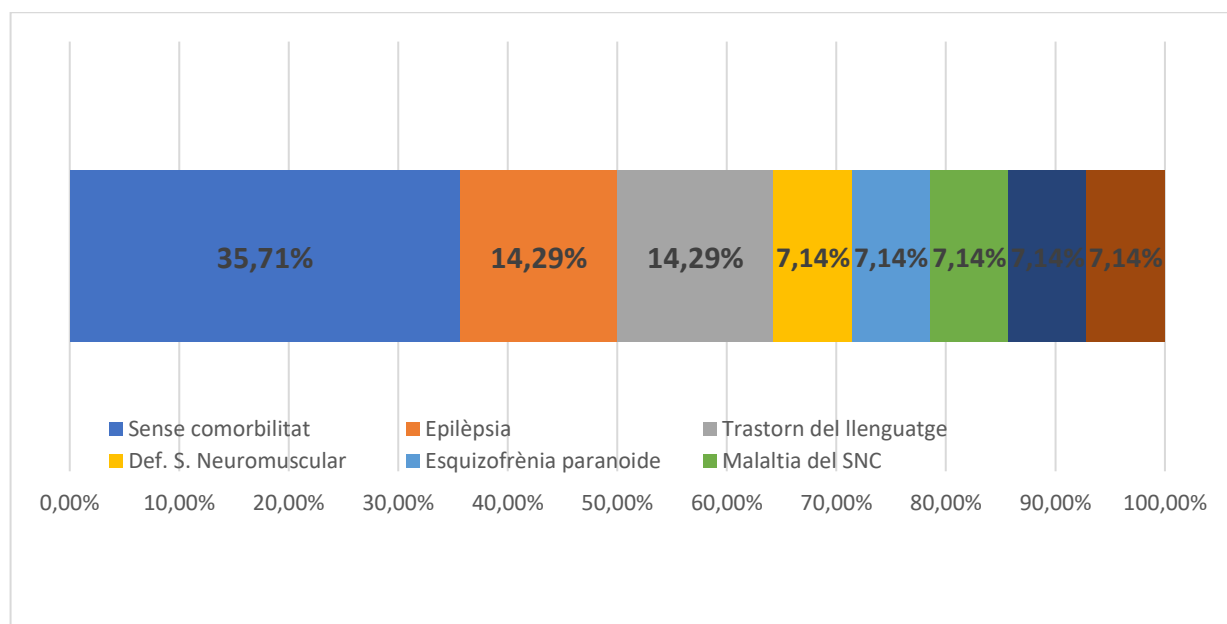
Percentatges del grau de discapacitat intel·lectual dels participants.



A la figura 3, es poden observar les comorbiditats diagnosticades als participants, que mostren una gran variabilitat, sent les dues més habituals l'epilèpsia i el trastorn del llenguatge, si bé es pot destacar que el 35,71% de la mostra no presenta cap comorbiditat coneguda.

### Figura 3.

Distribució de les comorbiditats diagnosticades als participants.



## **7.2 DISSENY DEL TALLER**

El taller va tenir una duració d'un mes i una setmana. Es duia a terme dos dies a la setmana, una hora al dia. Es van realitzar un total de 10 sessions de dansa i 2 d'introducció teòrica.

L'estructura de cada sessió seguia el model proposat per Marian Chace, dividida en quatre parts: entrada (chek in), l'escalfament, el procés i el tancament. En el moment d'entrada i sortida, els participants indicaven el seu estat emocional a través d'un recurs creat per ells mateixos en forma de cares, que expressaven diverses emocions (eufòric, molt content, content, normal/neutre, enfadat, trist, molt trist).

Al llarg de les sessions es van treballar aspectes com l'autoconeixement i comprensió de les emocions, la regulació d'aquestes, la capacitat de reflexió, les relacions socials, i el coneixement del propi cos.

## **7.3 INSTRUMENTS**

### **7.3.1 TEST DE LA FIGURA HUMANA (DFH)**

El DFH és un test projectiu creat per Koppitz (2000) que s'ha utilitzat molt en nens i en persones amb dificultat d'expressió oral, analfabets o amb una capacitat expressiva limitada. És una eina no verbal que permet expressar emocions, que es veuen reflectides en el dibuix, és a dir, aquest dibuix ens està donant informació del benestar emocional de la persona, a més d'aspectes relacionats amb la consciència i coneixement del propi cos. També ens permet obtenir informació sobre l'estat actual de la persona, que contempla diferents aspectes: l'autoconcepte, la relació amb l'altre, el desenvolupament mental, les preocupacions, la maduració i l'experiència (Barnet- López, 2017).

Segons l'estudi realitzat per Gallardo et al. (2012), es pot afirmar que la DHF avalua la personalitat i els trets emocionals-socials a partir de la realització d'un dibuix per part del subjecte avaluat. Després d'obtenir el dibuix, aquest és analitzat segons el seu contingut o característiques. Tot i l'assumpció que aquest tipus de tècniques no són estructurades i tenen un ampli rang de resposta, la seva estructura es considera un reflex de la percepció que cada persona té sobre el món. En aquesta investigació,

s'ha comprovat que la DHF és una tècnica fiable, vàlida i consistent, que mesura la variable que pretén mesurar. La seva fiabilitat, determinada pel mètode de divisió en meitats, ha sigut d'un .77, que es pot interpretar com a valor mig alt, cosa que porta els autors a considerar que el test és fiable i existeix una correlació prou elevada entre les meitats i els ítems en cadascuna de les parts de la prova. La confiabilitat interobservadors (basada en tres jutges) va presentar un coeficient de .87, interpretant-se com un valor alt.

Per a l'aplicació d'aquest test, es necessita un full de paper DIN- A4 i un llapis HB2, que s'entreguen als participants en l'estudi i se'ls indica que han de dibuixar a una persona. Un cop hagin dibuixat la persona, se'ls hi demana que dibuixin una altra persona del sexe oposat en un altre full. No hi ha temps mínim per a realitzar el dibuix, generalment es tarda poc i es permet utilitzar la goma i esborrar si els subjectes avaluats ho necessiten.

Una vegada obtinguts els dibuixos, es procedeix a fer l'anàlisi dels indicadors emocionals utilitzats en l'estudi de Barnet-López et al., 2016:

S'avaluen 30 indicadors emocionals que reflecteixen quines son les angoixes i actituds dels subjectes. Com s'ha mencionat anteriorment, a través d'aquests indicadors es poden observar possibles dificultats que presenta la persona o el grup a nivell emocional. Com més puntuació s'obtingui, major nombre de dificultats emocionals, per tant, les puntuacions més baixes es consideren un millor resultat. Per a la seva correcta interpretació, s'han de presentar dos o més indicadors emocionals, ja que només amb la presència d'un no és conclouent.

### **7.3.2. ESCALA RASGO DE METACONOCIMIENTOS SOBRE ESTADOS EMOCIONALES (TMMS-24)**

L'Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre estados emocionales (TMMS-24) és una de les escales més utilitzades a Espanya per a l'avaluació de la Intel·ligència Emocional. Al present TFG s'ha emprat la versió reduïda i adaptada per Fernández-Berrocal et al. (2004) a partir de l'escala original de Salovey i Mayer (1997).

Manté la mateixa estructura que l'original i consisteix en un autoinforme de 24 ítems que avalua tres factors de la IE (vuit ítems per a cada factor): atenció als



sentiments, claredat emocional i reparació de les emocions. Segons Extremera i Fernández-Berrocal (2005), aquests tres factors es descriuen de la següent manera:

- 1. Atenció als sentiments (percepció emocional):** fa referència al grau en què les persones creuen prestar atenció als seus sentiments i emocions. (i.e. *Soc capaç de sentir i expressar els sentiments de forma adequada*).
- 2. Claredat emocional (comprensió dels sentiments):** es refereix a com les persones creuen que perceben les seves emocions (i.e. *Comprenc bé els meus estats emocionals*).
- 3. Reparació de les emocions (regulació emocional):** fa referència a la creença que té la persona en la seva capacitat per interrompre i regular els estats negatius i allargar els positius. (i.e. *Soc capaç de regular els meus estats emocionals correctament*).

Al subjecte se li demana que avaluï el seu grau d'acord amb cadascun dels ítems que se li presenten fent servir una escala tipus Likert de 5 punts, on 1 significa *Gens d'acord* i 5, *Totalment d'acord*. Tenint en compte que tots els ítems són directes, les puntuacions totals de cada factor es calculen sumant les puntuacions obtingudes en cadascun dels ítems, de manera que el rang possible de puntuacions és de 8 a 40 punts. D'altra banda, l'instrument disposa d'uns punts de tall (diferents en funció del gènere) que faciliten una interpretació més qualitativa dels nivells obtinguts pels subjectes, ja que permeten saber si és un aspecte a millorar, adequat o excel·lent. Els punts de tall esmentats es presenten a l'Annex III.

D'acord amb la validació realitzada per Fernández-Berrocal et al. (2004), la versió espanyola del TMMS-24 presenta una adequada fiabilitat i una relació significativa amb criteris com el nivell de depressió o la satisfacció amb la vida, en línia amb estudis previs realitzats amb la versió original en anglès. En concret, la consistència interna de les tres subescales es va situar per damunt de .85 i la fiabilitat test-retest va presentar un rang de .60 a .83. D'altra banda, no es van trobar diferències significatives entre homes i dones ni en funció de l'edat dels subjectes avaluats. En un estudi recentment dut a terme a l'Argentina (González et al., 2020), es va confirmar l'estructura de tres factors, que explicaria el 54,5% de la variància, i una consistència interna adequada, amb coeficients alpha entre .82 i .85.

#### **7.4. PROCEDIMENT**

Degut a les condicions i restriccions establertes per la pandèmia causada per la COVID-19, aquesta investigació només va poder comptar amb un grup per a l'aplicació del taller. Primerament, es va proposar a la tutora de pràctiques, a la direcció i al monitor del grup la creació d'aquest taller, amb la finalitat d'aplicar-lo i obtenir uns resultats per a la present investigació. Obtingut el vistiplau des de la direcció, es va procedir a informar als usuaris del grup de la creació d'aquest taller, del contingut i de la voluntarietat de participar-hi. Segons el seu interès, es va redactar un escrit per a informar de la implantació del taller juntament amb una carta de consentiment de participació per als tutors de les persones interessades. En aquest procés, s'informava als tutors la confidencialitat de les dades en tot moment i de l'anonimat del procés de recollida de dades. Tot i ser majors d'edat, a causa de la discapacitat intel·lectual han de tenir una tutela per la seva guarda i protecció. Per a informar als tutors, els fulls informatius i de consentiment es van donar als usuaris perquè els portessin a casa (els que tenen els pares o familiars com a tutors) o als seus tutors de residència, i després ells mateixos els retornessin firmats. En tres casos, la psicòloga del centre va haver de contactar i enviar per correu els informes als tutors per a facilitar el procés.

En aquesta investigació, no ha sigut necessari recollir dades confidencials dels participants, per tant, no ha calgut comptar amb el document i el procés de recollida de dades confidencials legal i l'autorització necessàries de la URV.

En un dels casos, no es va obtenir el consentiment per a la participació del taller, de totes maneres, es va donar l'oportunitat a l'usuari de participar, ja que estava molt motivat a fer-ho i el fet de no poder participar l'hi produïa un malestar emocional molt intens i alteracions de la conducta. Per aquest motiu, prèviament, es va informar als tutors legals i no es va passar l'avaluació ni es van recollir les dades d'aquest membre del grup.

Després d'informar els tutors i obtenir els consentiments, es va procedir a realitzar les avaluacions pre-test a l'Abril del 2021, abans de començar el taller. Seguidament, es va iniciar el taller amb els usuaris i en finalitzar-lo es va passar el post-test, a finals del mes de Maig del 2021. Un cop recollides les dades, es va continuar amb el procés d'anàlisi estadístic a través del programa SPSS Statistics versió 27.

## **7.5 ANÀLISI ESTADÍSTIC**

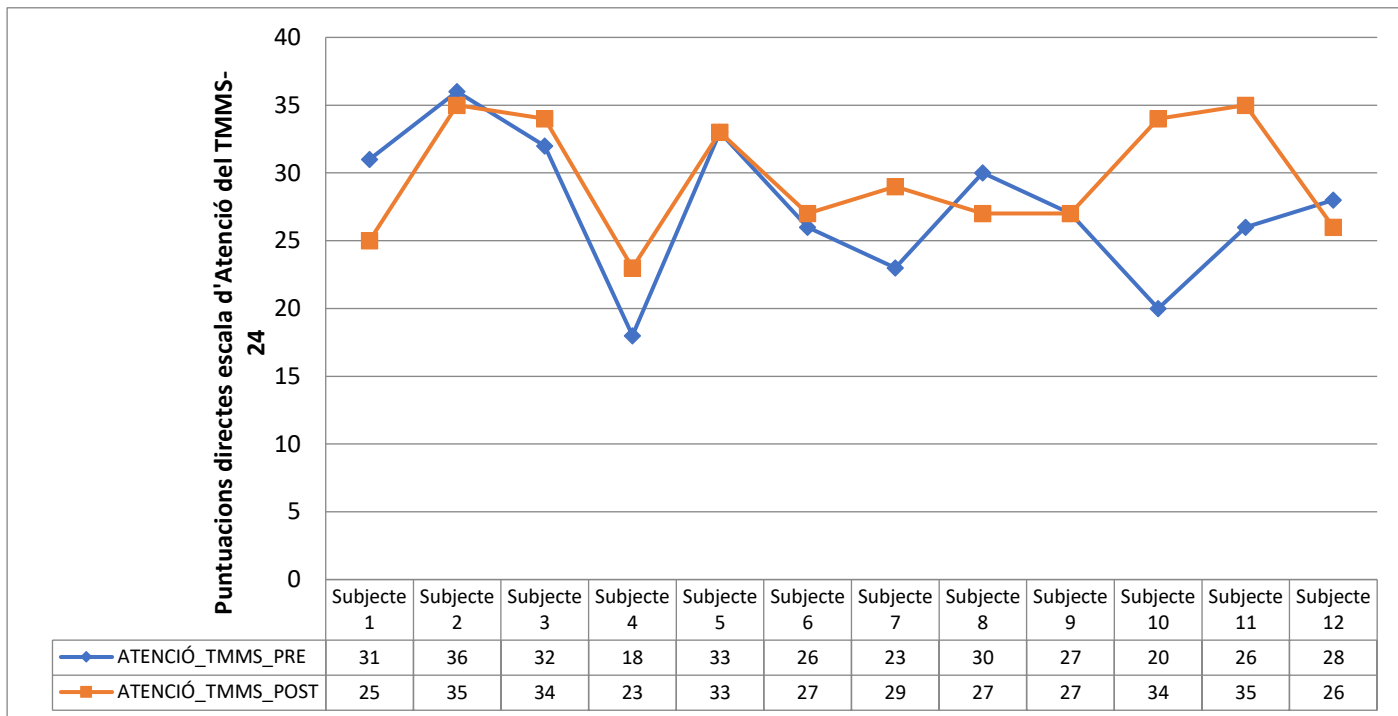
En la realització d'aquest estudi, s'ha plantejat un disseny pre-post d'un sol grup. A l'hora d'avaluar els possibles canvis en les puntuacions dels participants a les escales del TMMS-24, s'ha optat per aplicar la prova no paramètrica de Wilcoxon, ja que s'ha tingut en compte l'escassa mida de la mostra (N=12) i s'ha establert el nivell de significació al 5%. De manera complementària, s'han elaborat taules de contingències per analitzar si els subjectes han canviat de nivell gràcies al programa aplicat, fent servir els punts de tall proposats, tot i que no s'ha aplicat cap prova estadística perquè no es compleixen els criteris d'aplicació de la prova  $\chi^2$ : hi ha menys del 80% de les cel·les amb una freqüència esperada inferior a 5.

## **8. RESULTATS**

En primer lloc, es presenten els puntuacions obtingudes pels 12 subjectes avaluats a les subescales del TMMS-24 abans i després del taller, per poder-ne observar l'evolució (figures 3, 4 i 5)

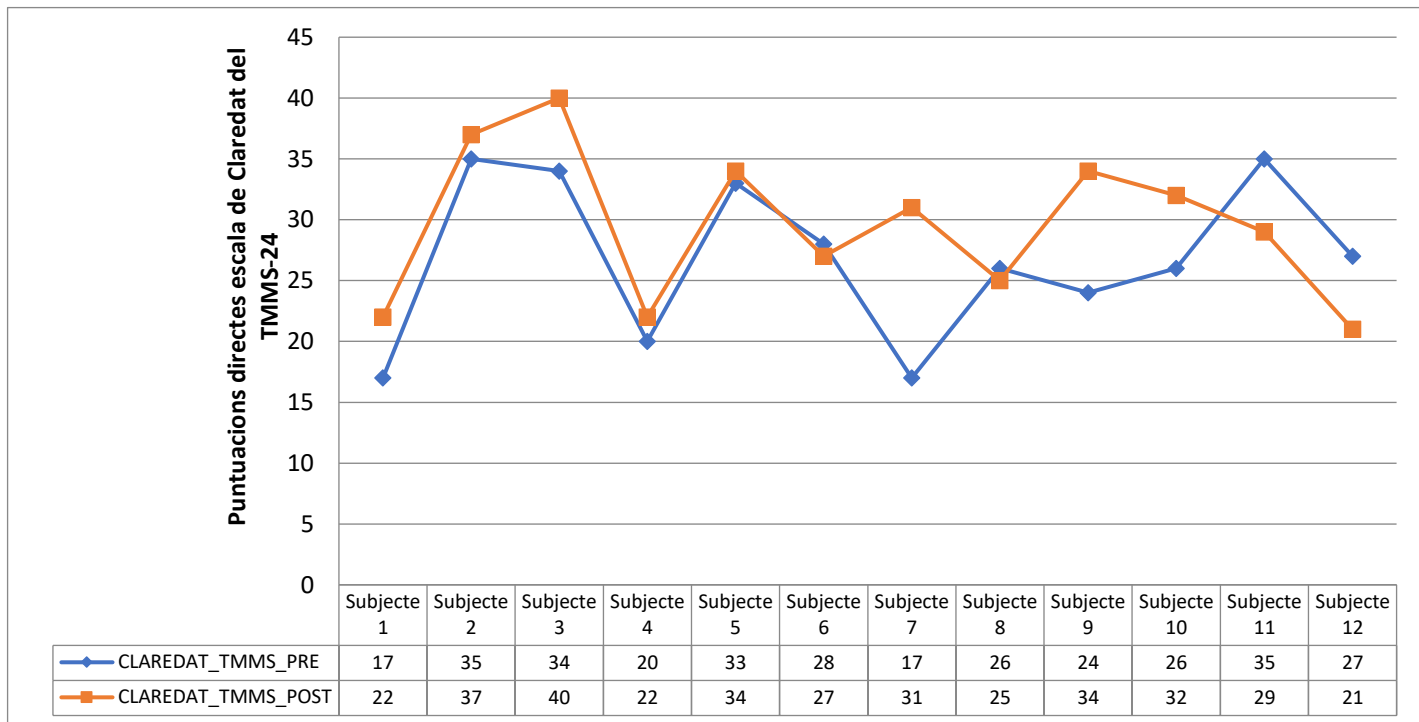
**Figura 3.**

*Puntuacions a la subescala d'Atenció del TMMS-24 abans i després del taller.*



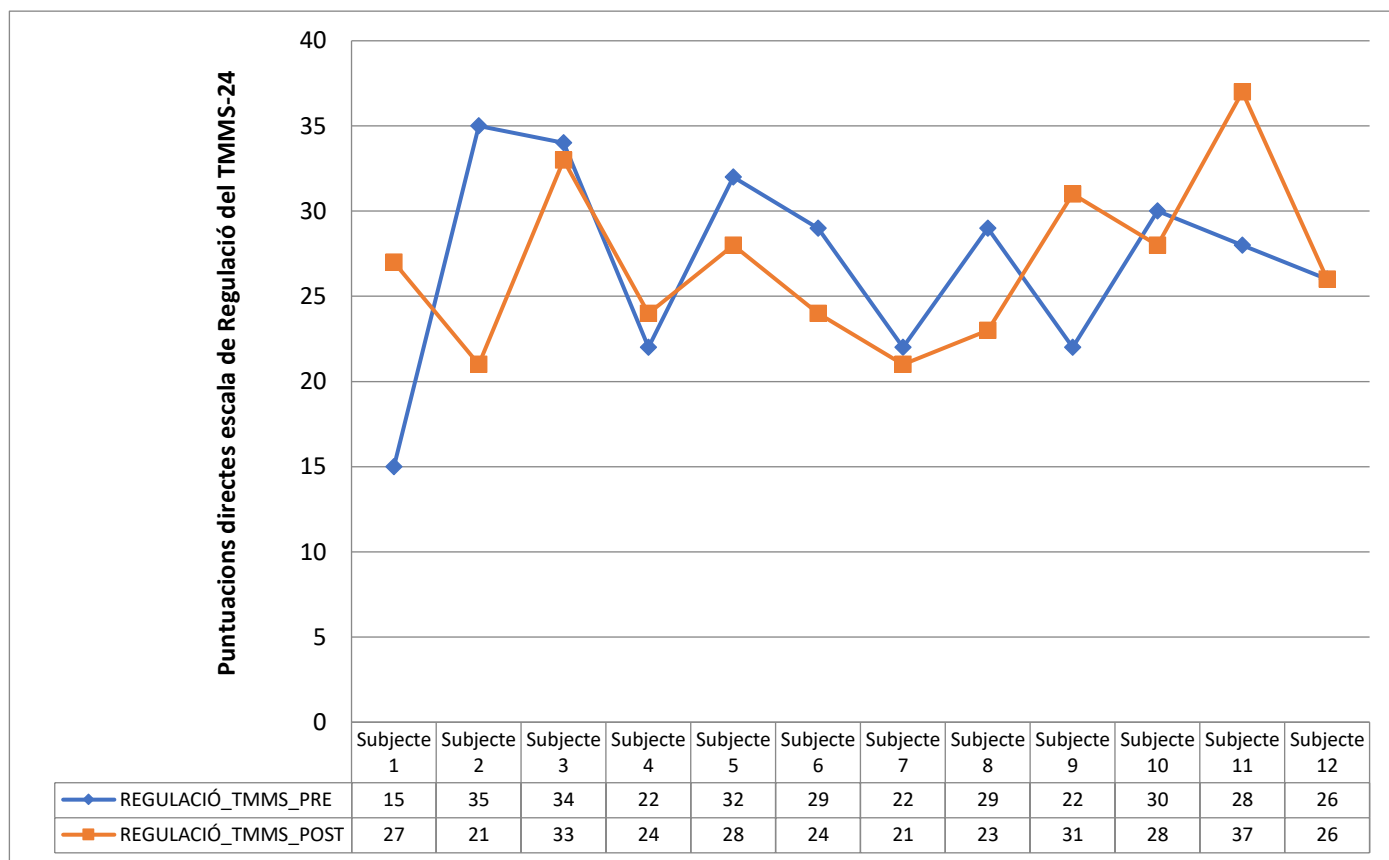
**Figura 4.**

*Puntuacions a la subescala de Claredat del TMMS-24 abans i després del taller.*



**Figura 5.**

*Puntuacions a la subescala de Regulació del TMMS-24 abans i després del taller.*



A continuació, els resultats es presenten distribuïts en funció dels objectius i es poden observar a les taules 1 i 2.

Amb relació al primer objectiu específic: "Promoure en els participants una millora en l'atenció a les pròpies emocions", els resultats de la prova de Wilcoxon indiquen que no s'han produït canvis significatius ( $Z=-1,021$ ;  $p=,307$ ). D'altra banda, la taula de contingències ens permet observar que 3 subjectes han aconseguit assolir, al postest, una atenció adequada a les seves emocions (dos han pujat des d'una atenció deficitària i 1 ha baixat des d'una atenció excessiva), mentre que 1 subjecte ha passat de prestar una atenció adient a una atenció excessiva. La resta de participants ( $N=8$ ) s'han mantingut a la mateixa categoria que presentaven inicialment.

Respecte al segon objectiu específic: "Fomentar la comprensió de les emocions pròpies dels participants", tampoc s'han observat canvis significatius ( $Z=-1,420$ ;

$p=,156$ ). A la taula 2, podem observar que 2 subjectes han passat d'un nivell de comprensió de les seves emocions baix a un nivell adequat, 1 subjecte ha pujat del nivell adequat a l'excel·lent, mentre que 1 altre subjecte ha baixat del nivell adequat al baix. Els altres 8 participants s'han mantingut al postest a la mateixa categoria de comprensió que presentaven al pretest.

Pel que fa al tercer objectiu específic: "Millorar la gestió de les emocions, fomentant la seva expressió i l'autocontrol", no s'han trobat canvis significatius ( $Z=-0,223$ ;  $p=,824$ ). En relació amb els canvis de nivell, a la taula 2 podem observar que 3 subjectes han passat d'un nivell baix de regulació a un nivell adequat i 1 subjecte ha pujat del nivell adequat a l'excel·lent; per contra, dos subjectes han presentat al postest un descens de nivell: 1 subjecte ha passat del nivell adequat al baix i 1 subjecte ha baixat del nivell excel·lent al baix. Els altres 6 participants han mantingut el mateix nivell que havien presentat al pretest.

**Taula 1.** Prova de Wilcoxon per a les tres subescales del TMMS-24.

<b>Escales</b>	<b>Avaluació</b>	<b>Mitjana</b>	<b>Desviació estandar</b>	<b>Estadístic Z</b>	<b>p</b>
<b>Atenció</b>	PRE_TEST	27,50	5,334	-1.021	.307
	POS_TEST	29,58	4,337		
<b>Claredat</b>	PRE_TEST	26,83	6,562	-1,420	.156
	POST_TEST	29,50	6,230		
<b>Regulació</b>	PRE_TEST	27,00	5,847	-,223	.824
	POST_TEST	26,92	4,870		

**Taula 2.** Freqüències dels nivells observats en el pretest i el postest a les tres subescales del TMMS-24

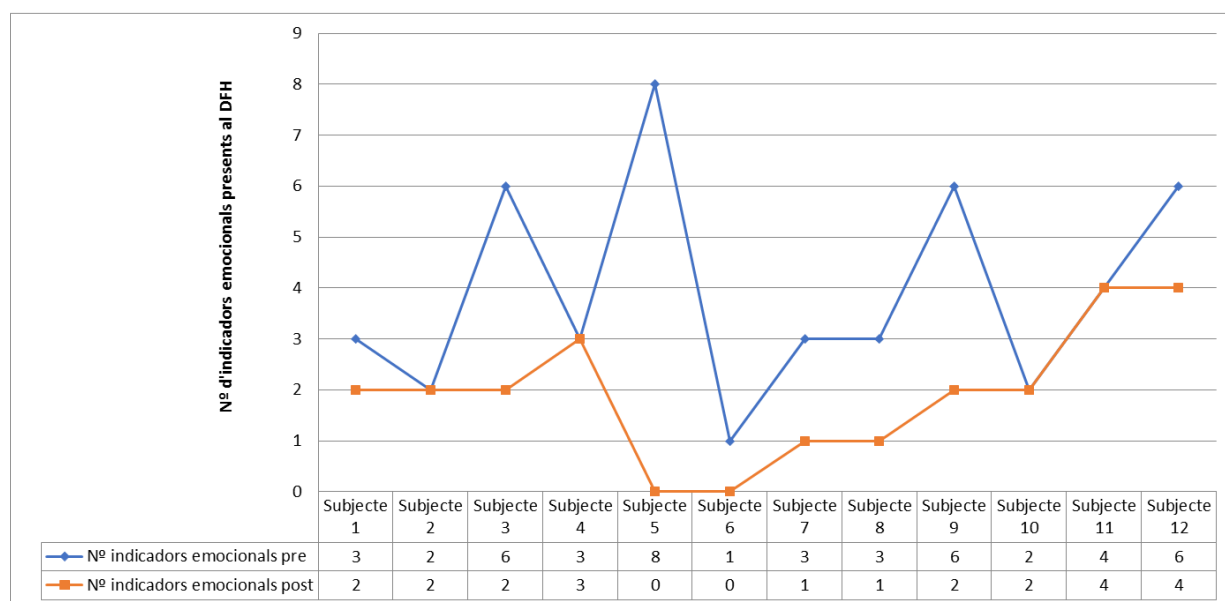
			POST			
			Baix	Adequat	Excessiu	Total
<b>ATENCIÓ</b>	PRE	Baix	1	2	0	3
		Adequat	0	7	1	8
		Excessiu	0	1	0	1
		Total	1	10	1	12
			Baix	Adequat	Excel·lent	Total
<b>CLAREDAT</b>	PRE	Baix	2	2	0	4
		Adequat	1	5	1	7
		Excel·lent	0	0	1	1
		Total	3	7	2	12
			Baix	Adequat	Excel·lent	Total
<b>REGULACIÓ</b>	PRE	Baix	1	3	0	4
		Adequat	1	5	1	7
		Excel·lent	1	0	0	1
		Total	1	8	1	12

En relació amb el quart objectiu específic: "Disminuir el malestar emocional dels participants, fomentant el benestar emocional percebut", a la figura 6 podem observar l'evolució dels nº d'indicadors emocionals presents al DFH de cada participant abans i després del taller, on destaca el fet que 8 dels 12 subjectes (67%) mostren menys indicadors després del taller.



**Figura 6.**

*Nº d'indicadors emocionals presents al DFH abans i després del taller.*



Mitjançant la prova de Wilcoxon s'ha pogut establir una reducció significativa del nº d'indicadors emocionals presents al test DFH entre la mesura prèvia i la posterior a la realització del taller ( $z=-2,539$ ;  $p=,011$ ), tal com es pot observar a la taula 3.

**Taula 3.** *Prova de Wilcoxon per als indicadors emocionals del DFH.*

Escales	Avaluació	Mitjana	Desviació estandar	Estadístic Z	p
Indicadors emocionals	PRE_TEST	3,92	1,92	-2.539	.011
	POST_TEST	2,109	1,311		

**Taula 4.** *Percentatge de presència dels indicadors emocionals al pretest i postest.*

	<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>	<b>Canvi Posttest- Pretest</b>
<b>Integració pobra</b>	58,3% (7)	16,7% (2)	-41,6% (5)
<b>Ombrejat cara</b>	0%(0)	0% (0)	0%(0)
<b>Ombrejat cos i/o extremitats</b>	16,7% (2)	8,3% (1)	-8,3% (1)
<b>Ombrejat mans i/o coll</b>	8,3% (1)	0% (0)	-8,3%(1)
<b>Asimetria grollera</b>	58,3% (7)	33,3% (4)	-25%(3)
<b>Figura inclinada</b>	8,3% (1)	0% (0)	-8,3% (1)
<b>Figura petita</b>	8,3% (1)	8,3% (1)	0% (0)
<b>Figura gran</b>	41,7% (5)	25% (3)	-16,7% (2)
<b>Transparència</b>	0% (0)	8,3% (1)	+8,3% (1)
<b>Cap petit</b>	0% (0)	0% (0)	0% (0)
<b>Ulls guenyos o desviats</b>	25% (3)	8,3% (1)	-16,7% (2)
<b>Dents</b>	16,7% (2)	16,7% (2)	0% (0)
<b>Braços curts</b>	8,3% (1)	8,3% (1)	0% (0)
<b>Braços llargs</b>	8,3% (1)	8,3% (1)	0% (0)
<b>Braços enganxats al cos</b>	8,3% (1)	8,3% (1)	0% (0)
<b>Mans grans</b>	8,3% (1)	8,3% (1)	0% (0)
<b>Mans seccionades o omeses</b>	16,7% (2)	0% (0)	-16,7%(2)
<b>Cames juntes</b>	8,3% (1)	8,3% (1)	0% (0)
<b>Figura nua – genitals</b>	0%(0)	0% (0)	0% (0)
<b>Figura monstruosa</b>	8,3% (1)	0% (0)	8,3%
<b>Dibuix espontani 3 figures o més</b>	0% (0)	0% (0)	0% (0)

<b>Núvols, pluja, neu o ocells</b>	0% (0)	0% (0)	0% (0)
<b>Omissió ulls</b>	0% (0)	0% (0)	0% (0)
<b>Omissió nas</b>	0% (0)	8,3% (1)	+8,3% (1)
<b>Omissió boca</b>	8,3% (1)	0% (0)	-8,3% (1)
<b>Omissió cos</b>	8,3% (1)	0% (0)	-8,3% (1)
<b>Omissió braços</b>	8,3% (1)	0% (0)	-8,3% (1)
<b>Omissió cames</b>	16,7% (2)	8,3% (1)	-8,3% (1)
<b>Omissió peus</b>	16,7% (2)	8,3% (1)	-8,3% (1)
<b>Omissió coll</b>	25% (3)	0% (0)	-25% (3)

A la taula 4, es presenten els percentatges de presència de cadascun dels indicadors emocionals del DFH, on es poden observar les variacions que s'han produït entre el pretest i el postest. Les reduccions més notables s'han produït als següents d'indicadors: integració pobra, asimetria grollera, figura gran, ulls guenyos, mans seccionades o omeses i omissió del coll.

L'indicador d'integració pobra és el que presenta la reducció més marcada, ja que estava present en 7 participants al pretest i només en 2 al postest (reducció de gairebé el 42%), seguit de l'asimetria grollera, que s'ha reduït de 7 participants en el pretest a només 4 al postest (reducció del 25%) i omissió del coll, present a 3 dibuixos del pretest i en cap al postest (reducció del 25%). Pel que fa a l'indicador de la figura gran, estava present en 5 dibuixos del pretest i s'ha reduït a 3 al postest (reducció del 16,7%), mentre que els ulls guenyos o desviats han passat de 3 persones en el pretest a només 1 al postest (reducció del 16,7%). Finalment, pel que fa a l'indicador de les mans seccionades o omeses, estava present en 2 participants del pretest i en cap del postest (reducció del 16,7%).

## 9. DISCUSSIÓ

El propòsit del present TFG ha estat l'aplicació d'un taller de Dansa Moviment Teràpia en persones amb DI (lleu i moderada) per a la millora de la intel·ligència emocional. L'anàlisi dels resultats obtinguts, amb la comparació dels valors obtinguts abans del taller amb els de després del taller, indica que els objectius

plantejats s'han complert parcialment, ja que només s'han observat millores en els indicadors avaluats de forma no verbal (representació gràfica), mentre que en la informació recollida verbalment (qüestionari) no s'han observat diferències.

En concret, respecte als tres primers objectius relatius a la percepció, comprensió i gestió emocional, no s'han complert les hipòtesis plantejades, donat que no s'han observat diferències significatives entre les puntuacions del pretest i el posttest. L'anàlisi del perfil dels participants ha permès observar que si bé una part dels participants s'han beneficiat del taller, amb un increment en les puntuacions de les escales d'intel·ligència emocional, uns altres s'han mantingut sense canvis i, fins i tot, alguns participants han mostrat nivells més baixos a la mesura de les escales feta després de finalitzar el taller.

La falta de millores significatives en les dimensions avaluades pel TMMS-24 aniria en contra del resultat reportat per De Rueda i López (2013), que van desenvolupar un programa d'intervenció motora, basat en música i dansa creativa, el qual va obtenir efectes positius en els factors de Percepció i Comprensió emocional en una mostra d'estudiants universitaris.

Aquesta discrepància entre els resultats del present TFG, treballant amb adults amb DI, i l'estudi De Rueda i López (2013), treballant amb població universitària, podria ser deguda a múltiples factors, entre els quals caldria considerar les possibles limitacions per part dels adults amb DI en la comprensió dels ítems del qüestionari, que haurien reduït la capacitat de l'instrument d'identificar les diferències abans-després. D'altra banda, els adults amb DI també podrien presentar uns nivells d'introspecció més limitats o bé requerir de la facilitació d'eines específiques que afavoreixen la seva capacitat de reflexió i autoavaluació i, en conseqüència, que els ajudin a beneficiar-se de la intervenció realitzada (Hens i Dunphy, 2020). En aquest sentit, el dibuix de la figura humana semblaria una eina més fiable per fer l'avaluació dels canvis en el col·lectiu amb DI que no pas els instruments que depenen del llenguatge oral (Barnet-López et al., 2016).

En relació amb el quart objectiu, dirigit a la millora del benestar emocional dels participants al taller, per a la seva avaluació s'ha utilitzat el test de la Figura Humana de Koopitz (2000). D'acord amb els resultats obtinguts, es confirma la hipòtesi plantejada, ja que indiquen una reducció d'indicadors emocionals entre l'abans i el després de la realització del taller. La major part dels participants ha mostrat una

millora entre les puntuacions del pretest i postest, mentre que una petita part ha mantingut el mateix número d'indicadors.

Com s'ha pogut observar en l'apartat de resultats, després l'anàlisi dels resultats en aquesta prova, dels 30 indicadors emocionals, 6 s'han reduït de forma més notòria. Seguint la classificació interpretativa dels indicadors emocionals proposada per Morales i Lopera (2012), basada en Koppitz (2004), aquests 6 indicadors estarien especialment relacionats amb la impulsivitat (integració pobre, asimetria grollera, omissió del coll i figura gran), així com amb l'agressivitat (ulls guenyos i asimetria grollera) i, en menor mesura, amb la inseguretat, timidesa o sentiments de culpa (mans seccionades o omeses). Per tant, podem concloure que la intervenció a través del taller ha tingut especial efecte en la reducció de les tendències impulsives i agressives dels participants.

La millora general observada als indicadors emocionals del Test de la Figura Humana al present TFG aniria en la mateixa línia dels resultats reportats per Barnet-López et al. (2016), que després d'una intervenció de DMT de 3 mesos de duració aplicada a una mostra d'adults amb DI moderada o severa, van observar una millora significativa del benestar emocional dels participants, que es va evidenciar en una reducció en el percentatge de presència de 14 dels 30 indicadors emocionals. En el present treball hi ha hagut una millora notable en menys indicadors emocionals a causa del fet que la presència d'aquests al pretest era inferior a la de l'estudi de Barnet-López, aquesta diferència es pot deure a les característiques de la mostra seleccionada, amb nivells més severos de DI. Aquests resultats favorables de la DMT detectats a través del dibuix de la figura humana s'havien reportat també en una sèrie d'estudis realitzats, amb diferents col·lectius, al llarg dels anys 70, 80 i 90 del segle passat (Ritter i Graff, 1996), si bé amb una metodologia no tan acurada com la de Barnet-López et al. (2016), que han treballat amb mostres de 30 subjectes i amb la presència d'un grup control, cosa que permet un increment de la validesa interna del disseny.

Finalment, considero remarcable que els canvis detectats al present TFG a través dels marcadors emocionals del DHF anirien en la línia dels efectes observats, a partir d'una teràpia basada en la dansa aplicada a adolescents de 16-17 anys d'una escola pública grega, emprant el qüestionari de Goodman Strengths and Difficulties (SDQ). En concret, els resultats del qüestionari van indicar una reducció dels problemes intrínsecs i extrínsecs que presentaven els adolescents, com els

problemes de conducta, la hiperactivitat, la manca d'atenció o els problemes de relació amb els companys (Panagiotopoulou, 2017).

La coincidència de resultats en els diferents estudis esmentats podria ser indicativa de la utilitat de la dansa com a eina per afavorir el benestar emocional no només dels adults amb DI sinó també d'altres col·lectius, com els adolescents, que sovint presenten alteracions emocionals o reaccions emocionals excessives vinculades al propi procés evolutiu, o les persones que pateixen algun tipus de trastorn mental. Aquests beneficis a nivell emocional serien complementaris a altres beneficis que la DMT ha demostrat en una gran varietat de col·lectius (gent gran, autistes, malalts de càncer, persones amb Parkinson, etc) en altres aspectes, com el funcionament motriu i cognitiu, la qualitat de vida, l'estrès o la fatiga, entre d'altres (Koch et al., 2019).

## **9.1 LIMITACIONS**

Les limitacions derivades de la pandèmia de la COVID-19 han reduït les sessions previstes inicialment i els participants a què s'ha tingut accés, cosa que ha limitat la mida de la mostra i ha condicionat el tipus d'anàlisi de dades que s'han pogut dur a terme. En conseqüència, el fet d'haver treballat amb tècniques no paramètriques implica una reducció de la potència estadística, cosa que dificulta la detecció d'efectes significatius, especialment quan la mida de l'efecte és petita.

La mostra presenta un clar desequilibri entre homes i dones, de manera que no ha estat possible analitzar si el taller de Dansa Moviment Teràpia té un funcionament diferencial en funció del sexe dels participants. Disposar d'una mostra més gran i equilibrada entre homes i dones permet aprofundir en l'anàlisi dels beneficis d'aquest tipus de tallers.

S'ha pogut produir alguna dificultat en la interpretació dels ítems del TMMS-24. Com s'ha mencionat en l'apartat de discussió, solament s'han observat millores en la prova d'avaluació no verbal, utilitzant el dibuix com a mètode d'expressió. Les persones amb discapacitat intel·lectual presenten dificultats en diferents àrees de forma global, i la producció i comprensió del llenguatge és una d'elles. (American Psychiatric Association, 2013) Aquest fet pot haver-se vist implicat en la correcta comprensió dels ítems del TMMS-24 per part dels participants i en la seva adequada

realització. Així doncs, resulta complicat determinar si l'absència d'assoliment dels tres primers objectius, relacionats amb els factors que mesura aquest test, es deu realment a la manca de canvis significatius en els aspectes emocionals o als problemes derivats d'una comprensió limitada dels ítems de l'instrument.

La falta d'experiència de l'alumna, tant en l'aplicació de les tècniques de DMT com en l'administració i correcció de tècniques projectives, podria haver generat alguna mancança. És cert que, en el cas de les sessions del taller, s'ha comptat amb el suport puntual de la tutora de pràctiques, però la Dansa Moviment Teràpia suposa una formació de màster per a la coneixença i adquisició de tècniques i eines pròpies d'aquesta vessant amb la finalitat del seu correcte ús. Aquesta falta de formació pot haver influenciat en la creació i posada en pràctica del taller.

En el cas de la interpretació dels dibuixos, hauria estat recomanable poder disposar de l'opinió/correcció d'un altre professional més experimentat, donat que aquest tipus de proves requereixen un temps d'entrenament per fer-ne una valoració precisa. En aquest sentit, disposar d'un mínim de dues valoracions hauria incrementat la confiança en la correcta identificació dels indicadors emocionals en el pretest i el postest.

Finalment, cal tenir present que no s'ha fet un seguiment a llarg termini, per la durada limitada de les pràctiques, que només ha permès una mesura de postest. Per tant, no podem saber si la reducció dels indicadors emocionals del DHF del postest respecte al pretest es mantindria al cap de 6 mesos o 1 any i fins a quin punt seria necessari anar fent de manera periòdica sessions de DMT que servissin de recordatori de les habilitats apreses.

## **10. CONCLUSIONS**

Després de la revisió de literatura prèvia i de la realització del present TFG, considero que es pot concloure que la DMT és un tipus d'intervenció prometedora per afavorir el benestar emocional de diversos col·lectius, inclosos els adults amb DI, si bé es necessitarien més estudis, amb mostres prou grans i més rigor metodològic (ex: grups control equivalents), per concretar-ne l'eficàcia i les possibilitats d'aplicació.

Com ja hem vist, la DMT és una vessant bastant recent, que utilitza la dansa com a intervenció terapèutica de forma integradora, per la qual cosa no s'han realitzat tantes investigacions en comparació a altres tipus d'intervencions més conegudes en Psicologia. Més no, són pocs els estudis fins a avui en dia i la majoria són amb població general o estudis de cas amb poblacions específiques, com persones amb trastorns de conducta, trastorns d'estat d'ànim, trastorns mentals, entre molts altres. Aquest fet posa en evidència l'absència d'informació basada en estudis rigorosos i acurats sobre l'eficàcia i tots els beneficis que la DMT pot aportar en tota mena de poblacions, com la discapacitat intel·lectual, i la importància de seguir treballant en aquesta línia d'intervenció amb la finalitat d'ampliar aquest camp.

A partir de l'aprenentatge adquirit a través de la realització d'aquest treball i de les pràctiques externes, he pogut aproximar-me a la població de discapacitat intel·lectual, coneixent-la en més profunditat i prenent consciència de les seves característiques en les diferents àrees (cognitiva, motriu, emocional, relacional) i descobrint així quines són les seves necessitats segons el grau d'afectació (lleu, moderat i greu). Aquesta oportunitat m'ha permès adonar-me de com viuen i afronten les situacions, tant positives com negatives, del seu dia a dia. Tot i que les preocupacions i conflictes que puguin tenir semblen menys nocius o diferents a ulls de la societat respecte a aquesta, la realitat és molt diferent. De la mateixa forma, tenen vides molt plenes, que viuen amb molta intensitat i emoció, i que a vegades els alts nivells poden ser perjudicials. Com ja hem vist, la intel·ligència emocional té una gran repercussió sobre el benestar emocional de les persones i la seva capacitat de relació amb si mateixos i els altres. És per aquest motiu, que crec en la necessitat de la formació de professionals i creació de recursos, que ajudin a millorar aquests aspectes, sobretot en els col·lectius més vulnerables com malalties cròniques, trastorns mentals, trastorns de neurodesenvolupament o trastorns de conducta, entre altres, amb la finalitat de proporcionar eines que els ajudin a tenir una millor qualitat de vida.

Per últim, tot el que he viscut fins ara ha originat un gran ventall de dubtes i reflexions dins meu que m'han fet plantejar el meu futur. Tenia molt clar quina era la direcció que volia escollir, però conivir i treballar amb persones amb DI a través de la DMT, ha "llençat a terra" les meves creences sobre l'àmbit al què em volia dedicar. Com ja s'ha vist a l'apartat de justificació, he pogut complir un somni que veia molt lluny i que, sens dubte, m'ha agradat molt. Ha sigut una experiència molt



satisfactòria que m'ha deixat amb ganes de seguir en aquesta línia i donar tot el meu potencial per ajudar als demés.

## 11. BIBLIOGRAFIA

Alonso, M. A. V. (1992). El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. *Siglo cero*, 25(3), 5-24. Recuperat de [https://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo\\_AAMR\\_92.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf)

American Dance Therapy Association (2020) *General Questions*  
<https://adta.memberclicks.net/faq>

American Dance Therapy Association (2020) *¿Whats is Dance Therapy?*  
<https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.)

Araujo, Gabriela & Gabelán, Gisella N. (2010). Psicomotricidad y Arteterapia. *REIFOP*, 13 (4).

Arbonés, M., Barnet, S., Pérez, S. (2015) *Análisis del movimiento de un grupo de personas con discapacidad intelectual : diseño y propuesta de una hoja de observación de análisis del movimiento fundamentado en Laban*. [Tesis Doctoral], Universitat Autònoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/136907>

Argus, G. R., Terry, P. C., Bramston, P., & Dinsdale, S. L. (2004). Measurement of mood in adolescents with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 25(6), 493–507. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.05.001>

Arthur, A. R. (2003). The emotional lives of people with learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 31 (1), 25-30. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3156.2003.00193.x>

Asociación Española de Danza Movimiento Terapia (2020) *¿Qué es la DMT?*  
<https://danzamovimientoterapia.com/>

Asociacion Europea de Danza Movimiento Terapia (2020) *¿Qué es la DMT?*  
<https://danzamovimientoterapia.com/dmt/>

Barnet López, S. (2017) *Implementación de un programa de danza para personas con discapacidad intelectual: Repercusiones en su bienestar emocional* [Tesis Doctoral], Universitat Ramon Llull. <http://hdl.handle.net/10803/404840>

Barnet-López, S., Pérez-Testor, S., Cabedo-Sanromà, J., Gozzoli, C., Oviedo, G. R., & Guerra-Balic, M. (2015). Developmental items of human figure drawing: Dance/movement therapy for adults with intellectual disabilities. *American Journal of Dance Therapy*, 37(2), 135-149. <https://doi.org/10.1007/s10465-015-9201-1>

Barnet-López, S. Pérez-Testor, S., & Guerra-Balic, M. (2016). La danza y su repercusión emocional en personas con discapacidad intelectual. *Psicología aplicada al deporte adaptado*. (pp.195 - 205). Editorial UOC. <https://doi.org/10.1387/ausart.14398>

Bello-Dávila, Z., Rionda-Sánchez, H. D., & Rodríguez-Pérez, M. E. (2010). La inteligencia emocional y su educación. *Varona*, (51), 36-43.

Brooks, D. Y Stark, A. (1989), The Effects of dance/movement therapy on affect: A pilot study. *American Journal of Dance Therapy* (11), pp.101-112  
<https://doi.org/10.1007/BF00843774>

de Gallardo, M. S., & de Faría, L. P. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Telos*, 14(2), 210-222.

de Rueda Villén, B., & López Aragón, C. E. (2015). Música y programa de danza creativa como herramienta expresión de emociones (Music and creative dancing programme as a tool to transmit emotions). *Retos*, 24, 141-148.  
<https://doi.org/10.47197/retos.v0i24.34545>

Domenech Delgado, B. (1995). Introducción al síndrome "burnout" en profesores y maestros y su abordaje terapéutico. *Psicología Educativa*, 1(1), 63-78  
Recuperat de <https://journals.copmadrid.org/psed/art/109d2dd3608f669ca17920c511c2a41e>

Dosamantes, E., (1990) Movement and psychodynamic pattern changes in long-term dance/movement therapy groups. *American Journal of Dance Therapy* 12, 27-44. doi:10.1007/bf00844313

European Dance Therapy Association (2010) *¿Whats is Dance Therapy* <https://eadmt.com/what-is-dance-movement-therapy-dmt>

Engelhard, E. S. (2014). Dance/movement therapy during adolescence – Learning about adolescence through the experiential movement of dance/movement therapy students. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 498–503. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.08.005>

Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45-51 DOI: 10.1017/S1138741600005965

Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of Perceived Emotional Intelligence and Health-Related Quality of Life of Middle-Aged Women. *Psychological Reports*, 91(1), 47–59. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.1.47>

Fernández-Berrocal, Ramos, y Extremera, 2001; Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Inteligencia Emocional. Supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95. Recuperat de [https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF13supresion\\_cronica\\_de\\_pensamientos.pdf](https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF13supresion_cronica_de_pensamientos.pdf)

Fischman, D. (2005). Danza Movimiento Terapia. Encarnar, Enraizar y Empatizar, Construyendo los mundos en que vivimos. En *I Congreso de Artes del Movimiento. Instituto Universitario Nacional del Arte Buenos Aires, Argentina*. Recuperat de <https://docplayer.es/43307373-Danza-movimiento-terapia-encarnar-enraizar-y-empatizar-construyendo-los-mundos-en-que-vivimos.html>

Fredrickson, B.L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being . *Prevention & Treatment*, vol.3 DOI:10.1037/1522-3736.3.1.31A

Fuentes Huerta, P. E. (2017). *Psicomotricidad y su influencia en la inteligencia emocional en niños de 5 años de la Institución Educativa Inicial N 400 Virgen del*

Rosario", distrito de Huaral, 2015. [Tesis doctoral] Universidad César Vallejo  
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/22144>

Ginzberg, J. In search of a voice: Working with homeless men. *Am J Dance Ther* 13, 33-48 (1991). <https://doi.org/10.1007/BF00843875>

Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. (G.R David) Kairós. Barcelona (Obra original publicada en 1995)

Goleman, D. (2010). *La práctica de la inteligencia emocional*. (M.Fernando, G. David) Kairós. Barcelona (Obra original publicada en 1998)

Gómez, D. P., Castro, F. V., & Fernández, I. R. (2009). La emoción positiva de la curiosidad en las personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 165-171.

Gómez, L. E., Verdugo, M. A., & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.

Gutiérrez Sas, L., Fontenla Fariña, E., Cons Ferreiro, M., Rodríguez Fernández, J. E., & Pazos Couto, J. M. (2016). Mejora de la autoestima e inteligencia emocional a través de la psicomotricidad y de talleres de habilidades sociales. *Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity*, 3(1), 187-205.  
<https://doi.org/10.17979/sportis.2017.3.1.1813>

Harvey, S. (1989). Creative arts therapies in the classroom: A study of cognitive, emotional, and motivational changes. *American Journal of Dance Therapy*, 11(2), 85-100. Recuperat de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00843773.pdf>

Heber, R. (1959). A manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 65, 499-500.

Heber, R. (1961). Modifications in the manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 65, 499-500.

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 23(66), 23-41.

Jara, H. (2018). Psychomotor technique in the development of the emotional intelligence on two-year-old infants. *SCIÉENDO*, 21(1), 61-67. <https://doi.org/10.17268/sciendo.2018.007>

Joseph, L., & Ittyerah, M. (2014). Recognition and Understanding of Emotions in Persons with Mild to Moderate Mental Retardation. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2(1), 59-66. DOI 10.1007/s40737-014-0019-9

Koch SC, Riege RFF, Tisborn K, Biondo J, Martin L and Beelmann A (2019) Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Front. Psychol.* 10:1806. doi:10.3389/fpsyg.2019.01806

Koppitz, E. (2000). El dibujo de la figura humana. *Buenos Aires: Guadalupe*.

Kuettel, T.J. Affective change in dance therapy. *American Journal Dance Therapy*, 5, 56-64 (1982). DOI:10.1007/BF02579541

Lara, S. D., & Peña, A. Q. (2017). Calidad de vida en personas adultas con discapacidad intelectual según actividad realizada. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 6(1), 1-16. Recuperat de <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/123456789/1461>

Leste, A., & Rust, J. (1990). Effects of dance on anxiety. *American Journal of Dance Therapy*, 12, 19-25. DOI:10.1007/BF00844312

Leventhal, F., & Chang, M.H. (1991). Dance/movement therapy with battered women: A paradigm of action. *American Journal of Dance Therapy*, 13, 131-145. DOI:10.1007/BF00844142

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006). *Boletín Oficial del Estado*, 299, sec I, de 15 de diciembre de 2006, 44142 a 44156. <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Martínez-González, A.E., Veas, A., 2019. Identification of emotions and physiological response in individuals with moderate intellectual disability.

*International Journal of Developmental Disabilities* 1-6.  
doi:10.1080/20473869.2019.1651142

McClure, K. S., Halpern, J., Wolper, P. A., & Donahue, J. J. (2009). Emotion Regulation and Intellectual Disability. *Journal on Developmental Disabilities*, 15(2), 38-44.

Muñoz, J. y Marín, M. (2005). Necesidades sanitarias de las personas con discapacidad intelectual y sus familias. *Siglo Cero*, 36 (215), 5-24.

Panagiotopoulou, E. (2018). Dance therapy and the public school: The development of social and emotional skills of high school students in Greece. *The Arts in Psychotherapy*, 59, 25-33.  
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.11.003>

Panhofer, H. (2005). *El cuerpo en psicoterapia: Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. Gedisa.

Paredes Gomez, D. (2008) "Estética ambiental y bienestar emocional. Explorando dos ámbitos positivos de la vida de las personas adultas con discapacidad intelectual" [Tesis Doctoral] Universidad de Extremadura. Recuperat de <http://hdl.handle.net/10662/480>

Parra, C. G., Chávez, J. F., Parra, C., Mosquera, D., & Manosalvas, C. (2019). Fotografía, entrenamiento emocional y discapacidad intelectual: "Estudio sobre la mejoría que causa el implementar talleres de fotografía en el reconocimiento emocional en personas con discapacidad intelectual". *Summa Psicológica*, 16(1). DOI:10.18774/0719-448X.2019.16.400

Pérez-Testor, S. (2010). Proyecto de D.E.C. danza esquema corporal y su repercusión emocional. *La investigación en danza en España 2010*, 108-115  
Quin, E., Redding, E., & Frazer, L. (2007). Dance science report: The effects of an eight week creative dance programme on the physiological and psychological status of 11-14 year old adolescents. Hampshire: Hampshire Dance and Laban, 1-3  
Recuperat de <http://redit.institutdelteatre.cat/bitstream/handle/20.500.11904/988/PROYECTO%20D.E.C.%20DANZA%20ESQUEMA%20CORPORAL%20Y%20SU%20REPERCUSI%c3%93N%20EMOCIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez Jiménez, R. M., Caja López, M. D. M., Gracia Parra, P., Velasco Quintana, P. J., & Terrón López, M. J. (2013). Inteligencia Emocional y Comunicación: la conciencia corporal como recurso. *Revista de Docencia Universitaria*, 11(1), 213-241 DOI:10.4995/redu.2013.5598

Paredes, D. (2010). Bienestar emocional y expresión conductual en las personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4(2), 51-60

Rodríguez-Jiménez, R. M. (2011). Uniendo arte y ciencia a través de la danza movimiento terapia. *Danzararte: Revista del Conservatorio Superior de Danza de Málaga*, 7, 4-11.

Ritter, M., & Low, K. G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249-260. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(96\)00027-5](https://doi.org/10.1016/0197-4556(96)00027-5)

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg>

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (pp. 125-154). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>

Salvany, M. (2021). *Actituds i estratègies*. [Power Point] Universitat Rovira i Virgili. Recuperat de [https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3846373/mod\\_resource/content/1/3.3.%20Actituds%20i%20estrat%C3%A8gies%20a%20psico%2020\\_21.pdf](https://campusvirtual.urv.cat/pluginfile.php/3846373/mod_resource/content/1/3.3.%20Actituds%20i%20estrat%C3%A8gies%20a%20psico%2020_21.pdf)

Sandel, S.L. (1994) Sexual issues in movement therapy with geriatric patients. *American Journal Dance Therapy* 3 (1) 4-14 DOI:10.1007/BF02579544

San Pedro, N. (2009). El papel de la danza movimiento terapia en una institución de salud mental. *Avances en salud mental relacional*, 8(3), 1-80. Recuperat de

<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=el-papel-de-la-danza-movimiento-terapia-en-una-institucion-de-salud-mental>

Schmais, C., & White, E. Q. (1986). Introduction to dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 9(1), 23–30. <https://doi.org/10.1007/BF02274236>

Schalock, R., Gardner, J., & Bradley, V. (2008) *Calidad de Vida para personas con discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo. Aplicaciones para personas, organizaciones, comunidades y sistemas*. (Trad. E. J Fernandez). Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS). Madrid. Obra original publicada en (2007)

Seligman, M. E. P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, 54, 559-562. Recuperat de [https://positivepsychologynews.com/ppnd\\_wp/wp-content/uploads/2018/04/APA-President-Address-1998.pdf](https://positivepsychologynews.com/ppnd_wp/wp-content/uploads/2018/04/APA-President-Address-1998.pdf)

Tessa Hens & Kim Frances Dunphy (2020): Developing participants' capacity for reflection and self-assessment in a dance movement therapy program for people with intellectual disability, *Disability & Society*, DOI: 10.1080/09687599.2020.1808445

Vella, G., & Solera, E. T. (2012). Desarrollo de un instrumento de observación en danza movimiento terapia (DMT). *Papeles del psicólogo*, 33(2), 148-156. Recuperat de <http://www2.papelesdelpsicologo.es/pdf/2103.pdf>

Vera, P. B. (2006). Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 3-8. Recuperat de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1120.pdf>

Verdugo, M.A., Canal, R., Fernández, S., Bermejo, L., Alonso, S., Tamarit, J., et al. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida. Las personas con necesidades complejas de apoyo, con graves discapacidades (1ª ed.)*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid.



Verdugo Alonso, M. Á. (2012). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002.

Videa<sup>1</sup>, P., & de los Ángeles, R. (2016). Comprendiendo la discapacidad intelectual: datos, criterios y reflexiones. *Revista de investigación psicológica*, (15), 101-122.

## **12. ANNEXOS**

### **Annex I. Criteris diagnòstics DSM-V**

#### **Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual)**

La discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual social y práctico. Se deben cumplir los tres criterios siguientes:

**A.** Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico i el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de Inteligencia estandarizadas individualizadas.

**B.** Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo i socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela el Trabajo y la comunidad.

**C.** Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

## Annex II. TMMS 24

### INSTRUCCIONES:

*A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.*

*No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.*

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5

13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

### **Annex III. Punts de tall TMMS-24**

#### **Evaluación**

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *Atención*, los ítems del 9 al 16 para el factor *Claridad* y del 17 al 24 para el factor *Reparación*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	<b>Puntuaciones</b> <i>Hombres</i>	<b>Puntuaciones</b> <i>Mujeres</i>
<b>Atención</b>	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

	<b>Puntuaciones</b> <i>Hombres</i>	<b>Puntuaciones</b> <i>Mujeres</i>
<b>Claridad</b>	Debe mejorar su comprensión < 25	Debe mejorar su comprensión < 23
	Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34
	Excelente comprensión > 36	Excelente comprensión > 35

	<b>Puntuaciones</b> <i>Hombres</i>	<b>Puntuaciones</b> <i>Mujeres</i>
<b>Reparación</b>	Debe mejorar su regulación < 23	Debe mejorar su regulación < 23
	Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
	Excelente regulación > 36	Excelente regulación > 35