

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica y Experimental



El teatro como herramienta en la terapia: el uso de técnicas teatrales como método de intervención terapéutica psicológica

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Miriam Bernal López

Fecha de lectura: 9 de mayo de 2025

Bajo la dirección de los doctores:

Emilio Moreno San Pedro

Félix Arbinaga Ibarzábal

Huelva, 2025



TESIS DOCTORAL



Universidad
de Huelva

El teatro como herramienta en la terapia: el uso de técnicas teatrales como método de intervención terapéutica psicológica.

Presentada por:

Miriam Bernal López

Dirigida por:

Dr. Emilio Moreno San Pedro

Dr. Félix Arbinaga Ibarzábal

Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud (La Salud y sus Determinantes)

Departamento de Psicología Clínica y Experimental

Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte

Universidad de Huelva

2025

Agradecimientos

“Agradece a la llama su luz, pero no olvides el pie del candil que, constante y paciente, la sostiene en la sombra”. Rabindranath Tagore

Este largo proceso, mediante el cual no sólo he crecido en los quehaceres de la ciencia, me ha servido para aprender de cada persona que ha formado parte de él. Ya sea por una frase, un momento de escucha atenta, o por la participación activa.

*Sin entrar en cuestiones metafísicas demasiado farragosas, creo que lo que nos ocurre a las personas en la vida nos sirve para algo, algo que mi **tía Marisa** me comentó hace ya varios años y que he asumido como un “must”.*

*Hace 9 años quise comenzar un proyecto mediante el cual poder aunar mis dos perfiles profesionales. Tras haber podido compartir durante varios años con **Ángeles Moya** (magnífica profesora y mejor persona) y con **Eli Sánchez** (intensa compañera de tablas y estudios teatrales, que no me suelta de la mano) el magnífico proyecto de “Cuidando tu Comunicación” para profesionales sanitarios y después de una reunión con las “altas esferas” en la que se nos animó a demostrar con cifras la eficacia de nuestro proyecto, decidí dar el salto al “increíble mundo del doctorado”.*

No sabía dónde me metía.

*En ese momento acudí a **Pepe Carmona**, psicólogo, profesor, metodólogo... y teatrero, que declinó amablemente ser mi director. Sin embargo, pese a ello, me ha guiado dentro de la nebulosa de los análisis, números y significaciones estadísticas. Él me animó a que buscara a un profesor del cual tuviera buenos recuerdos...pensé en la asignatura en la que más aprendí de toda la carrera y se me vino a la mente **Emilio Moreno San Pedro**. Si lo pienso ahora y me pongo en su piel, cuando me planté delante suya y le conté mi idea, yo hubiera salido corriendo. Ha tenido que aguantar mi*

ingenuidad investigadora con calma y ha estado todos estos años para ayudarme a tomar decisiones y cambios de rumbo.

*Para poder poner en pie este proyecto, necesitaba personas... sin la confianza de **Concha Boza Reposo** ni de **Sonia García Navarro**, no hubiera sido posible. Ambas, enfermeras gestoras de casos con una calidad humana enorme, que se han implicado (y a los centros de atención primaria de La Orden y Los Rosales) al 100% en mi idea. Tampoco hubiera sido posible sin las **cuidadoras** que han participado en el estudio principal, ni sin las **personas** que acudieron a mi llamada online en la pandemia (cuánta generosidad recíproca), ni a mis alumnas del **grupo de "Las Aguedillas"** (**Ana...**tu historia fue una de las inspiraciones previas) que junto con el **Ayto. de Moguer** y al **Encuentro "Dramaturgos entre Dramaturgias"** de **Diputación de Huelva** dieron cabida al teatro foro/reminiscencia en sus instalaciones/programación.*

*En uno de los penúltimos momentos de crisis (sabemos que en este camino suele haber muchos), tuve que buscar refugio en una AMIGA. Ella, que tan guardada tiene su gran maestría investigadora, me acogió y me ayudó a recalcular y a desdramatizar...esta vez ha sido a la inversa, **Amparo Callejón Leblic**.*

*De forma inesperada, comencé con la apasionante experiencia docente universitaria...como dije, nos ocurren cosas para algo...y me ví obligada a parar el ritmo de mi proyecto. Gracias a este trabajo, conocí al que sería el "agitador". **Félix Arbinaga e Ibarzábal**, con su perfeccionismo, meticulosidad, atención e interés pleno, ha sido la última, pero necesaria, incorporación para que mi tesis tuviera el derecho de llamarse de esa manera.*

Todas esas personas han sido las llamas que me han guiado en este recorrido...pero no debo olvidarme de los pies....los que me han aguantado y soportado, animado, puesto los pies en la tierra a mi mente creativa y, a veces, demasiado soñadora.

*Al **teatro**, por darme un espacio en el que puedo expresarme con confianza y en el que me siento volar.*

***Daniel**, eres la realidad de mi vida. La sinceridad comprensiva que necesito y el que me hace poner los pies en la tierra. Gracias por aguantar mis tiempos de estudio desde que nos conocimos. Nunca un baile dio tanto a nadie.*

***Natalia**, la noticia de tu esperada llegada nos sorprendió justo unos meses después de que iniciara este proceso...a veces habéis sido antagonistas...os habéis robado mi tiempo mutuamente. Gracias por entender que ella necesitaba más minutos en estos últimos meses.*

***Chloe**, gracias por tu búsqueda de caricias mientras leía o escribía...a veces más cortas por culpa del teclado.*

***Mamá**, sin quererlo (y ojalá no hubiera sido así), has sido mi inspiración (cuidadora cuidada). Me convertí en tu cuidadora demasiado pronto...y, aunque los andamios han ido disminuyendo, sigo intentando entender las sensaciones para, en un futuro, estar preparada para el cuidado con mayúsculas. Gracias también por dedicarle tiempo a la lectura de esta tesis y por inculcarme, junto con Papá, el interés por ayudar a otros en su necesidad.*

***Papá**, te la dedico a ti, que fuiste el culpable de que me interesara por la psicología. Sabías escuchar a las personas, eras observador y amabas ayudar...hubieras sido un psicólogo inmejorable. Tu ausencia me cambió, pero me da fuerzas en todo lo que emprendo a diario. Espero que te sientas orgulloso.*

ÍNDICE

Agradecimientos	1
Índice	4
Índice de tablas.....	6
Índice de figuras	9
Resumen	10
1. Antecedentes teóricos	14
1.1 Teatro aplicado	15
1.1.1 Teatro: breve exposición sobre sus orígenes	15
1.1.2 Teatro Aplicado: definición, orígenes y tipología.....	16
1.1.2.1 Definición del término Teatro Aplicado.....	16
1.1.2.2 Orígenes del Teatro Aplicado.....	17
1.1.2.3 Tipos de Teatro Aplicado	23
1.1.3 Dramaterapia.....	29
1.1.3.1 Definición del término dramaterapia.....	30
1.1.3.2 Orígenes de la dramaterapia.....	34
1.1.3.3 Modelos teóricos de la dramaterapia	40
1.1.3.3.3 Modelo de Sesame, Lindvisk.....	50
1.1.3.3.4 Modelo Integrativo de las Cinco Fases de Emunah.....	50
1.1.3.3.5 Modelo S.Pendzik.....	52
1.1.3.4 Estructura general de una sesión de Dramaterapia	54
1.1.4 Teatro terapéutico	55
1.1.4.1 Definición del término teatro terapéutico o para salud.....	55
1.1.4.2 Trabajos científicos sobre teatro terapéutico.....	56
1.1.5 Otras modalidades de teatro aplicado	65
2. Implementación de programas de intervención	67
2.1 Estudios de dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional: una revisión sistemática.....	69
2.1.1 Introducción.....	69

2.1.2 Método	71
2.1.2.1 Protocolo.....	71
2.1.2.2 Estrategia de búsqueda y proceso de selección.	73
2.1.2.3 Criterios de exclusión e inclusión	75
2.1.3 Resultados	76
2.1.3.1 Características de los estudios	76
2.1.3.1.1 Muestras de estudios seleccionados	76
2.1.3.1.2 Metodología de los estudios seleccionados.....	79
2.1.3.1.3 Resultados de estudios seleccionados	81
2.1.3.1.4 Conclusiones de los estudios seleccionados.....	86
2.1.4 Discusión.....	87
2.1.5 Conclusiones.....	90
2.2 El uso del teatro como técnica de intervención psicológica: estudios 1 y 2	91
2.2.1 Diseño de intervención.Temporalización: programa de 13 sesiones. Técnicas aplicadas: justificación y variables relacionadas.....	92
2.2.2 Instrumentos de medida	107
2.2.2.1 Cuestionario demográfico	107
2.2.2.2 Ansiedad.....	107
2.2.2.3 Depresión	108
2.2.2.4 Autoestima.....	109
2.2.2.5 Carga del cuidador.....	109
2.2.3 Estudio 1: El uso del teatro como técnica de intervención en cuidadoras de enfermos dependientes.....	110
2.2.3.1 Resumen	110
2.2.3.2 Introducción teórica: enfermos dependientes y cuidadores.....	111
2.2.3.2.1 Cuidadores informales de enfermos dependientes.....	111
2.2.3.2.2. Definición y tipología de situaciones de dependencia en España ...	112
2.2.3.2.3. Estadísticas sobre las situaciones de dependencia en España	114
2.2.3.2.4 Necesidades de los cuidadores informales de enfermos dependientes	118

2.2.3.2.5 Sintomatología en cuidadores informales de enfermos dependientes en España.....	123
2.2.3.2.6 Trabajos con los cuidadores informales de enfermos dependientes	127
2.2.3.2.6 Trabajos de teatro aplicado, teatro terapéutico o dramaterapia con cuidadores de enfermos dependientes.....	129
2.2.3.3 Contexto de aplicación del estudio.....	133
2.2.3.4 Metodología.....	135
2.2.3.4.1 Objetivos y formulación de hipótesis.....	136
2.2.3.4.2 Participantes.....	139
2.2.3.4.3 Temporalización en grupos Control y Experimental.....	140
2.2.3.5 Resultados.....	141
2.2.3.5.1 Análisis de las variables demográficas.....	141
2.2.3.5.2 Análisis de la variable “Autoestima.”.....	146
2.2.3.5.3 Análisis de la variable “Ansiedad Estado.”.....	147
2.2.3.5.4 Análisis de la variable “Ansiedad Rasgo.”.....	148
2.2.3.5.5 Análisis de la variable “Estado de Ánimo.”.....	149
2.2.3.6 Discusión.....	151
2.2.3.7 Conclusiones.....	159
2.2.3.8 Limitaciones.....	161
2.2.3.9 Líneas futuras.....	162
2.2.4 Estudio 2: El uso del teatro como técnica de intervención psicológica online como método de desarrollo personal.....	164
2.2.4.1 Resumen.....	164
2.2.4.2 Introducción teórica: intervenciones online de teatro terapéutico o de dramaterapia.....	164
2.2.4.3 Metodología.....	166
2.2.4.3.1 Objetivos y formulación de hipótesis.....	166
2.2.4.3.2 Instrumentos de medida.....	168
2.2.4.3.3 Participantes.....	168
2.2.4.3.4 Procedimiento:Temporalización.....	169

2.2.4.4 Resultados.....	170
2.2.4.5 Discusión	172
2.2.4.6 Conclusiones	174
2.2.4.7 Limitaciones.....	174
2.2.4.8 Líneas futuras	175
2.2.5 Comparación intervenciones: presencial /vs/ online	175
2.2.5.1 Resultados comparación intervenciones.....	176
2.2.5.2 Discusión comparación intervenciones	177
2.2.5.3 Conclusión comparación intervenciones	177
2.3 Estudio 3: Teatro aplicado y la autopercepción del bienestar.....	179
2.3.1 Resumen.....	180
2.3.2 Introducción teórica: teatro aplicado en población de edad avanzada	180
2.3.3 Metodología	184
2.3.3.1 Objetivos y formulación de hipótesis.....	184
2.3.3.2 Instrumentos de medida.....	184
2.3.3.3 Participantes.....	186
2.3.3.4 Procedimiento.....	186
2.3.4 Resultados	187
2.3.5 Discusión.....	189
2.3.6 Conclusiones.....	191
2.3.7 Limitaciones	192
2.3.8 Líneas futuras.....	193
Conclusiones generales.....	194
Referencias	198
Anexos	236

Índice de tablas

Tabla 1. Similitudes y diferencias entre la Dramaterapia y el Teatro Aplicado	33
Tabla 2. Modelos de Dramaterapia	44
Tabla 3. Modelo EPR de Sue Jennings	49
Tabla 4. Estudios excluidos en la revisión sistemática sobre dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional	74
Tabla 5. Criterios de exclusión y de inclusión de estudios de dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional	76
Tabla 6. Estudios seleccionados en la revisión sistemática	77
Tabla 7. Porcentaje de variables evaluadas en los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional.....	77
Tabla 8. Resultados y conclusiones de los estudios seleccionados en la revisión sistemática sobre dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional	81
Tabla 9. Planificación de sesiones, temporalización y variables trabajadas en los estudios 1 y 2	105
Tabla 10. Estadísticas del IMSERSO sobre el número de cuidadores familiares entre 2018 y 2023.....	115
Tabla 11. Solicitudes de valoración a 31 de octubre de 2023 por Comunidades Autónomas..	116
Tabla 12. Acumulado de los casos resueltos de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia.....	116
Tabla 13. Variables medidas en el estudio de intervención a través del teatro con cuidadoras de enfermos dependientes (estudio 1)	139
Tabla 14. Variables medidas en el estudio de intervención a través del teatro online (estudio 2).....	162
Tabla 15. Ítems de la EVEA organizados por subescalas.....	185
Tabla 16. Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en las variables de teatro aplicado y bienestar	187
Tabla 17. Datos descriptivos en teatro aplicado y bienestar	188
Tabla 18. Prueba t de muestras emparejadas en teatro aplicado y bienestar	189

Índice de figuras

Figura 1. Clasificación de las distintas aplicaciones del TA	29
Figura 2. Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de datos de revisión.....	72
Figura 3. Perfil de cuidadores informales en España a 31 de octubre de 2023	117
Figura 4. Estado civil de las cuidadoras informales de enfermos dependientes	142
Figura 5. Comparación ocupaciones de las cuidadoras informales de enfermos dependientes	143
Figura 6. Tipo de actividad física que realizan las cuidadores informales de enfermos dependientes.....	144
Figura 7. Patologías de los familiares dependientes de las cuidadoras informales	145
Figura 8. Parentesco de cuidadoras informales y enfermos dependientes.....	146

Resumen

El significado etimológico de la palabra “drama” es “hacer”, es decir, una invitación a actuar, hacer, manifestar y, por tanto, cambiar y transformar (Pendzik, 2006).

La dramaterapia busca provocar cambios sustanciales en la vida y las percepciones de las personas (Keisari et al., 2020). Actualmente existen múltiples ámbitos en los que se utiliza el teatro como terapia aunque se refleja la necesidad de un desarrollo teórico sustentado en datos empíricos (Cassidy et al., 2014). La dramaterapia y el teatro aplicado a la salud pueden ayudar a las personas a mejorar aspectos relacionados con la salud, específicamente en los trastornos mentales, en el desarrollo personal y en el desarrollo social (Cheung, 2022; Fernández-Aguayo, 2018).

En la literatura se han encontrado resultados a favor de la mejora en la intención comunicativa y en el estado emocional, los cuales forman parte de intervenciones sobre el déficit de habilidades sociales, cognitivas y conductuales (Manna, 2021). Asimismo, podemos encontrar estudios que sugieren la efectividad del teatro para reducir el impacto de la depresión y aumentar la motivación por la vida (Mondolfi-Miguel et al., 2021).

Quinlan y Duggleby (2009) y Quinlan et al. (2020) realizan intervenciones con teatro participativo en familiares de pacientes dependientes; mediante una serie de talleres, se centran en aspectos del lenguaje y el cuidado rutinario. En la literatura especializada podemos encontrar varias obras, con un uso diferente del teatro aplicado, donde autores como Brüggeman y Persson (2017), Greenwood (2015), Kerr et al. (2020), Lechner y Wieler (2015) y Schneider (2017) desarrollan intervenciones basadas en representaciones teatrales (teatro playback, teatro foro, teatro participativo) para que la audiencia, grupos de cuidadores formales, se identifiquen con las situaciones presentadas.

Los estudios realizados en esta tesis doctoral buscan, principalmente, ver la efectividad de programas de intervención basados en el teatro con distintas poblaciones.

Previo a la implementación de los programas de intervención, se ha realizado una revisión sistemática para conocer en detalle la literatura sobre el uso de la dramaterapia y del teatro aplicado para la salud, y su efecto en variables emocionales y comunicacionales.

Como investigación principal, se encuentra el estudio 1, en el que se ha llevado a cabo un estudio piloto cuasiexperimental de medidas pre-post con grupo control en 39 cuidadoras informales de enfermos dependientes de la ciudad de Huelva entre los años 2018 y 2023. Se ha visto un aumento del bienestar general en las personas participantes, al obtener una mejoría en las puntuaciones de la ansiedad general y una disminución en las puntuaciones relacionadas con los niveles de depresión. Se piensa que dicha mejora en los niveles de ansiedad, es debida a las dinámicas de improvisación en las que se han trabajado la flexibilidad cognitiva a la hora de resolver problemas cotidianos. La disminución en las puntuaciones en el estado de ánimo, puede ser explicada por un posible efecto lúdico del programa de intervención y por el trabajo de autoconocimiento de las emociones que se ha llevado a cabo en varias de las sesiones.

Como segundo estudio, se decidió implementar de forma online las mismas técnicas aplicadas en el primer estudio, generando así un estudio cuasiexperimental con medidas pre/post sin grupo control. Cabe destacar que no existen importantes diferencias entre los resultados de la intervención presencial y la online, con lo cual se apoya la posibilidad de la implementación de programas similares para personas que no puedan desplazarse.

Finalmente se ha desarrollado una investigación de tipo cuasi-experimental pretest-posttest intrasujeto en la cual se ha medido el estado de ánimo percibido tras la asistencia a una representación teatral relacionado con el uso del teatro aplicado en población mayor de 55 años. Los resultados nos muestran que el bienestar mejora tras la asistencia a un evento teatral cuya temática esté relacionada con la problemática personalizada en el tipo de público.

Los resultados de nuestras intervenciones utilizando las técnicas teatrales como herramientas terapéuticas, han arrojado datos a favor del uso de las mismas en las variables de ansiedad estado y ansiedad rasgo y del estado de ánimo, principalmente. Sin embargo, tenemos que tomar con cautela nuestros resultados ya que contamos con muestras pequeñas y, en dos de las intervenciones no contamos con grupo control.

Concluimos, por tanto, que es necesario seguir estudiando los beneficios de este tipo de técnicas en las poblaciones estudiadas y diseñar programas que sistematicen las intervenciones de forma clara.

1. Antecedentes teóricos

1.1 Teatro aplicado

“El teatro es poesía que sale del libro para hacerse humana”

(Federico García Lorca)

1.1.1 Teatro: breve exposición sobre sus orígenes

Para entender el devenir de cualquier disciplina, es necesario volver atrás al momento en el que se originó, ya que siempre las distintas fases de su evolución retornan a dicho punto de partida, ya sea como afirmación o como reacción.

El teatro es una actividad artística que data de varios siglos anteriores a la era cristiana. Existen muchas teorías sobre cuál pudo ser su germen principal, sin embargo, ninguna de ellas es concluyente. Varios autores (D’Ors, 1970; Gómez-García, 1997; Grimal, 1984; Jennings, 2008, 2009) coinciden en establecer un origen remoto en los rituales prehistóricos, los cuales servían para invocar a los dioses, junto con movimientos dancísticos y con acompañamiento musical. En estos casos, este tipo de expresión dramática servía a las personas para pedir por la prosperidad en la caza y en la actividad agrícola.

Precisamente ese mismo objetivo es el que está documentado a la hora de fijar el origen del teatro en dos sociedades muy influyentes de la Historia: Egipto y Grecia. Pierrotti (2006) explica que los egipcios llevaban a cabo las representaciones de mitos relacionados con el dios Ra en el año 2.500 a.C y que en la época de Amenhotep III, en el siglo XIV a.C, se reservaban varios días en el año para desarrollar dichas dramatizaciones; también se cuenta con escritos relacionados con parlamentos de algún actor profesional de la época, que demuestran la existencia de profesionalización de dicho ámbito (Pierrotti, 2006).

Está más reconocido el origen del teatro en la Grecia clásica (en torno al siglo VI a.C), el cual es tomado como punto de partida en la mayoría de los compendios teatrales, ya que se ha considerado como semilla del teatro occidental. Se sabe que se organizaban una serie de rituales en torno al dios Dionisos, dios del vino y de la

fertilidad, que conjugaban la dramatización, la danza y la música, y cuyo nombre era el de Ditirambo (Gómez-García, 1997). A continuación, se comienzan a estructurar distintas fórmulas teatrales más complejas, debido al diálogo entre un actor (Corifeo) y el resto de los actuantes (Coro). En este punto, la creación de dicho diálogo, es en el que se establece el origen real del teatro occidental (Gómez-García, 1997). Asimismo, en esta época aparecen personajes relevantes relacionados con el teatro: el poeta Tespis y los dramaturgos Esquilo y Sófocles.

A partir de este momento, los filósofos contemporáneos comienzan a versar sus tratados en esta fórmula basada en la acción escénica. Aristóteles (384-322 a. C) describe las dos formas de teatro reconocibles: la tragedia y la comedia, centrándose básicamente en la primera de ellas. Asimismo, une el término de “catarsis” con la expresión y percepción teatral, caracterizando a ésta como un tipo de reacción tanto de tipo emocional como intelectual, ya que, según Aristóteles, “a través de una tragedia aprendemos cuáles son nuestros valores” (Escobar-Carrió, 2004. pag. 7).

La teoría aristotélica va a entrar en conflicto con la de su maestro, Platón (427-347 a.C), en muchos aspectos, entre los cuales está el teatro. Por consiguiente, para Platón, el teatro era bastante peligroso y aconsejaba prohibirlo. Estas ideas volvieron a aparecer en la Edad Media, provocando prácticamente la inexistencia de cualquier expresión teatral que no estuviera estrechamente relacionada con las enseñanzas cristianas (Jennings, 1994).

1.1.2 Teatro Aplicado: definición, orígenes y tipología

1.1.2.1 Definición del término Teatro Aplicado

Motos y Ferrandis (2015) exponen que el Teatro Aplicado (TA) es una nueva forma de denominar el uso del teatro con otro fin diferente al convencional, al teatro como método de creación estético. Es en este nuevo ámbito donde entran en juego no sólo los profesionales del teatro sino también otro tipo de profesionales de otras áreas

o un amplio espectro de personas (Muñoz-Bellerín, 2018). Por lo tanto, se puede hablar de una interdisciplinaridad del teatro con la psicología, la sociología y la antropología; dicha interacción es bidireccional, por lo que todas las disciplinas se retroalimentan. Sin embargo, es necesario destacar que esta metodología de intervención se ha llevado a cabo desde mucho antes de su denominación, ya que, en múltiples casos, se solapa con términos como el “teatro social”, “teatro del oprimido”, etc (Landy & Montgomery, 2012; Prentki & Preston, 2009). A continuación, se exponen los numerosos acercamientos teórico-prácticos de los últimos 30 años, que pretenden aunar y clarificar los tipos de TA que existen.

1.1.2.2 Orígenes del Teatro Aplicado

Como se ha expuesto en el epígrafe anterior, el teatro no se origina apartado de la sociedad en la que nace, sino que bebe de todas y cada una de las tradiciones y creencias de la época, de la misma manera que sirve como vehículo para la expresión social y/o comunitaria. Cuando se buscan los orígenes del TA es complejo separarlo del teatro convencional o puro. Prentki (2015) plantea que cuando el teatro comienza a basarse en una dramaturgia escrita, los autores clásicos ya plasmaban historias que representaban una imagen real de lo que vivían los pueblos. Es, por tanto, ya desde su punto inicial, una forma de expresión social, ya que “el hombre, como ser mimético, dio origen al teatro cuando adquirió la capacidad de comunicarse, reproduciendo con los gestos y con la voz todo aquello que lo rodeaba” (Sedano-Solís, 2019. pp.106-107). Aquí es donde surge la idea de que el teatro siempre ha sido aplicado en su origen, como bien lo destacan autores como Ukaegbu, Balme y Acroyd (Sedano-Solís, 2017) y que los intentos teóricos por delimitar y definir qué es TA pueden incluso llegar a ser redundantes e improductivos.

No obstante, se relaciona la aparición del TA de manera formal con el uso de las técnicas teatrales en los centros escolares (Landy & Montgomery, 2012; Nicholson, 2010; Predergast & Saxton, 2009; Prentki, 2012; Seymour, 2009), ya que el Teatro

para la Educación es la que tiene el recorrido más amplio y afianzado de todas las que se reúnen en el amplio espectro general. Se establece el comienzo de la década de los sesenta como el momento de aparición de las innovaciones que dieron origen al uso no convencional de las herramientas teatrales, como el teatro del oprimido o el teatro para la educación. Cabe la posibilidad de pensar que dicho movimiento se iniciara desde fuera del teatro hacia otras áreas, sin embargo, son los autores teatrales los que generan ese viaje hacia otros puntos de vista.

Como momento de partida, con respecto al uso del término TA, es necesario trasladarnos a finales del siglo XIX y principios del XX, cuando se desarrolla un movimiento teórico y aplicado en el ámbito teatral que busca volver a los orígenes del teatro y a su motivación existencial. Se puede afirmar que Bertolt Brecht (1898-1956) fue el precursor del desarrollo teórico posterior, que junto con las teorías de Antonin Artaud (1896-1948) marcarían el devenir del teatro como disciplina.

El dramaturgo y poeta alemán se caracteriza por usar su obra con fines políticos y sociales, ya que, a través de ella, Brecht realizó denuncias contra varios aspectos de la sociedad, así como contra acontecimientos que se iban sucediendo: aburguesamiento de la sociedad, ascenso del nazismo, II Guerra Mundial, etc. Tuvo que huir constantemente perseguido por el nacionalsocialismo y en EEUU, del Comité de Actividades Antinorteamericanas, ya que el autor alemán tenía una estrecha relación con el Marxismo. Se destaca su aportación en varias conceptualizaciones innovadoras en el mundo del teatro, introduciendo el concepto de "Distanciamiento" ("Verfremdungseffekt"), cuya finalidad es hacer que el espectador se coloque en una posición externa a la trama para así poder analizar de forma objetiva todos los hechos que en ella se exponen. No se busca que se desarrolle una catarsis, es decir, una identificación emocional con los personajes de las historias, sino más bien un acercamiento más intelectual y analítico. Se consigue así que las personas asistentes

a una representación teatral sean capaces de reflexionar y realizar cambios en sus conductas o pensamientos.

Asimismo, presenta el carácter didáctico del drama, factor que no es nuevo en el mundo de la dramaturgia, pero lo rescata imponiendo su teatro épico frente a la supremacía superficial del teatro y la sociedad burguesa. Estéticamente, vuelve a los elementos del teatro clásico griego, con la reintroducción de un coro y su corifeo, que actúa como narrador que “desmenuza” y saca a la luz los temas de las piezas teatrales. También, con este teatro épico, que él prefiere denominar como “dialéctico”, reintroduce elementos del teatro oriental y del medieval europeo, a través de un esquema ejemplificante para las “masas”, en oposición a la búsqueda de la verdad y el naturalismo de Stanislavski (Eagleton, 1986; Gómez-García, 1997).

Dicho acercamiento más racional no sólo está diseñado para los espectadores, sino también para los actores, los cuales se adentran en las entrañas del mensaje retórico intrínseco en la obra brechtiana a través del “Gest”, es decir, el gesto físico o construcción física de los personajes (Eagleton, 1986). Brecht equipara esta forma de creación de personajes, con el proceso que los niños utilizan para aprender: primero imitan gestos o comportamientos de los adultos y a raíz de ese punto, van desarrollando pautas conductuales más afianzadas.

Aunque Antonin Artaud (1896-1948) y Brecht se encuentren en zonas teóricas aparentemente opuestas, ambos autores coinciden en la búsqueda de la transformación del público a través de las formas escénicas.

Artaud alude a lo más primitivo del ser humano y de su expresión a través del cual llega al subconsciente para conectar con el espectador (Al-Azraki, 2012). Se puede afirmar, por tanto, que mientras Brecht muestra un acercamiento más racional o intelectual, Artaud propone un procesamiento más cercano a las teorías psicodinámicas. Asimismo, ambos autores difieren a la hora de establecer la relación

que el espectador tiene con las propuestas escénicas: mientras Brecht se centra en el distanciamiento a través de la alienación del público, mediante canciones, números musicales, etc; Artaud, con su Teatro de la Crueldad, plantea que el espectador debe estar colocado en el centro de la escena (tanto en el sentido literal como en el metafórico), y que tiene que sentir todas y cada una de las emociones que están experimentando los intérpretes, como si de una experiencia cercana al chamanismo se tratara (Al-Azraki, 2012; Leach, 2004).

Se le reconoce a Artaud el emplazamiento del público en el centro de la escena, invención rescatada de Reinhard, Meyerhold o Syrkus (Grotowski, 1968). Existen otros puntos de confrontación entre ambos autores relacionados ya más con la técnica actoral, pero que en el fondo influyen al TA en su planteamiento y desarrollo. En Artaud la creación del personaje es puramente física desde un punto de partida interno, mientras que en Brecht es intelectual o a través de la emoción, pero se trabaja desde “fuera” hacia “dentro”, similar a la teoría sobre el procesamiento emocional de James & Lange (Leach, 2004).

Influenciados por estos dos autores, en el ámbito internacional, podemos hablar de tres directores y teóricos que plantean un cambio sustancial en el paradigma teatral ya bien entrado el siglo XX; estos son Grotowski, Brook y Schechner.

Jerzy Grotowski (1933-1999), director teatral polaco que se formó en sus inicios bajo los principios de las “acciones físicas” de Stanislavski y en la biomecánica de Meyerhold, siempre ha estado en constante evolución gracias a una formación bastante ecléctica y variada. Cuando busca un replanteamiento del proceso de trabajo y del montaje teatral, alude a una búsqueda necesaria de los orígenes del teatro, la antropología social y la psicología. Como ya se ha mencionado anteriormente, el origen del teatro está estrechamente unido a la religión y a sus objetivos. Según Grotowski (1968), esa unión servía como vehículo para que “la masa” o “la tribu”

(aludiendo a la sociedad) llegara a identificarse con el mito y realizara los cambios necesarios en sus conductas. Sin embargo, plantea que, en la actualidad, debido al creciente individualismo, no se lleva a cabo esa identificación tan presente en la “catarsis” sino una “confrontación” o un alejamiento del mito. Establece que el público consume arte “porque quiere experimentar ciertas emociones que le den una sensación de autosatisfacción” (Grotowski, 1968. p.12). Cuando se le pregunta sobre qué tipo de espectador espera para su “Teatro pobre”, responde que el que no asista al teatro por necesidad (o responsabilidad) social o cultural, ni el que vaya a relajarse o entretenerse, sino el que lo haga para analizarse y encontrar su identidad (Grotowski, 1968).

Por lo tanto, estamos ante un teatro que puede estar relacionado con el crecimiento personal desde un punto de vista interno y que lo aproxima a formas de TA que se verán en apartados siguientes.

Peter Brook (1925-2022), uno de los directores de teatro británico más relevantes de los siglos XX y XXI, plantea que el teatro no debe dejar indiferente al público, ya que éste es un elemento activo en la representación. Asimismo, los actores han de tener siempre presente a los espectadores, y Brook traslada sus producciones a espacios no necesariamente teatrales. Cabe destacar que se puede considerar como el precursor de lo que hoy se conoce como Teatro para el Desarrollo, tipología enmarcada dentro del TA, ya que en la década de los años setenta, viajó con un grupo de actores y técnicos a Argelia para representar de forma ambulante nuevas formas teatrales basadas en improvisaciones ya predefinidas. Brook (2019) plasmó lo siguiente:

Jamás había llegado allí ningún actor ambulante, ni mucho menos se había visto improvisación alguna, por pequeña que fuera. No existía ningún precedente. El sentimiento que predominaba entre nuestro público era el de

una simple y total atención, de la entrega más absoluta, de un entendimiento instantáneo. (p.138).

Richard Schechner (1934 -), estudia desde el campo de la Antropología, la funcionalidad que tienen los actos estéticos escénicos a la hora de transformar a los individuos. Plantea que la representación teatral necesita la presencia del público para que se genere una colaboración entre ambos “entes”, para que los actores tengan un efecto, de tipo individual, en cada una de las personas que los están observando. Sin embargo, expone que el mismo montaje escénico puede generar una producción y una recepción completamente diferente cada vez que se lleva a cabo, con lo cual depende de muchas subjetividades que influya de una u otra manera en el interior de las personas.

Establece que las actuaciones teatrales sirven de modelo en el ámbito de la conducta humana, pero no le interesa estudiar este fenómeno desde un punto de vista psicológico, sino para generar una sistematización a la hora de ordenar los tipos de “performances” y sus efectos en el público atendiendo a las diferencias culturales. Finalmente, acaba por presentar dos procesos básicos de esta relación recíproca actor-espectador: la transformación y la transportación. Equipara las situaciones escénicas a las experiencias chamánicas, en las cuales el arte permite “curar, transportar y transformar” (Schechner, 1985). Asimismo, el antropólogo y director teatral estadounidense, cuenta cómo en sus producciones teatrales ha introducido una participación más activa del público, animando a los espectadores a opinar o discutir sobre la trama a la vez que pueden asistir a talleres relacionados. Cuando habla sobre el TA, el cual lo denomina de forma más general como “teatro social”, expone la existencia de una situación paradójica, mediante la cual los que han generado las desigualdades sociales son los que implementan los programas de teatro social, del desarrollo o comunitario (Schechner, 2015).

Finalmente, no podemos terminar este apartado sobre el teatro aplicado sin hablar del autor más importante para el teatro alternativo latinoamericano, Augusto Boal (1931-2009), ingeniero químico reconvertido en dramaturgo. Tras formarse en la Universidad de Columbia y haber asistido como oyente en el Actor's Studio de Nueva York, vuelve a Brasil y genera un movimiento teatral centrado en la transformación social y política (Motos & Ferrandis, 2015). Sus postulados se centran en crear una forma de transformación grupal mediante la cual podemos influir en nuestro entorno y, por ende, en nuestras formas de pensar y actuar de forma individual. Suyos son los términos de Teatro del Oprimido y el Arco Iris del Deseo que van a influir en muchas formas de TA como el Teatro Foro, entre otras modalidades (Landy & Montgomery, 2012; Motos & Ferrandis, 2015).

1.1.2.3 Tipos de Teatro Aplicado

Si se atienden a las sistematizaciones de los tipos de Teatro Aplicado existentes, podemos observar varias clasificaciones, entre las cuales destacamos tres: 1. Prendergast y Saxton (2009), 2. Landy y Montgomery (2012) y 3. Motos y Ferrandis (2015).

La primera de ellas, la de Prendergast y Saxton (2009) establece que el TA se puede dividir en nueve subcategorías: teatro en la educación (*theatre in education*), teatro popular (*popular theatre*), teatro del oprimido (*theatre of the oppressed*), teatro en la educación para la salud (*theatre in health education*), teatro para el desarrollo (*theatre for development*), teatro en las prisiones (*prison theatre*), teatro comunitario (*community-based theatre*), teatro museo (*museum theatre*) y teatro recuerdo (*reminescence theatre*).

El *Teatro en la Educación* surge para acercar el teatro a las aulas y a los más jóvenes con temáticas adaptadas a ellos, ya sean de tipo curricular o relacionada con

alguna problemática social. Normalmente se suelen crear las piezas teatrales con los docentes o asesorados por ellos.

Por parte del *Teatro Popular*, cuyos orígenes no es otro que los rituales ancestrales a los dioses, se centra en el uso del teatro como forma de expresar sus inquietudes, temores o descontento sobre una problemática de tipo social o colectiva.

El *Teatro del Oprimido*, creado por Augusto Boal, es un tipo de teatro que tiene como objetivo principal reaccionar frente a las opresiones sociales e implica la participación activa del público, creando un subtipo de teatro llamado Teatro Foro.

Debido a la crisis sanitaria devenida por el VIH, surge el *Teatro en la Educación para la Salud*, para poder cubrir la necesidad de una herramienta teatral para que las personas (pacientes con VIH, familiares de pacientes o la sociedad en general) aprendieran de una manera más dinámica sobre dicha enfermedad. A raíz de este punto, se genera una necesidad de difundir aspectos relacionados con la salud a través de la comunicación teatral.

El *Teatro para el Desarrollo* se utiliza como herramienta para generar aprendizajes en sociedades en vía de desarrollo, las cuales tienen carencias en educación, higiene, etc.

El uso del *Teatro en las Prisiones* puede ser de tipo activo (que los prisioneros sean los que participen en el taller/producción) o pasivo (los prisioneros como espectadores).

En el caso del *Teatro Comunitario*, se basa en la creación de piezas o proyectos teatrales que versen sobre el ámbito local, de una temática variada, y suele implicar a un gran número de personas, ya que genera un acontecimiento festivo/cultural en la zona.

El *Teatro Museo* es el uso intencional de las técnicas teatrales para acercar un elemento, enseñanza o personaje de la historia a los visitantes/espectadores.

Finalmente, el *Teatro del Recuerdo* se basa en generar piezas teatrales a través de los recuerdos de los participantes, los cuales suelen ser mayores de 65 años.

Años más tarde, Landy y Montgomery (2012) le añaden a dicha clasificación los siguientes tipos:

- *Teatro de la acción (Action Theatre)*, basado en el teatro físico improvisacional.

- *Bibliodrama*, teatro aplicado que se centra en las historias bíblicas para que las personas reconecten a través de ellas con el objetivo de sanarse.

- *Teatro Comprometido (Engaged Theatre)*, que tiene aspectos similares con el Teatro del Oprimido y con el Teatro Social y se centra en aspectos políticos y sociales, pero no sólo desde una perspectiva alternativa, sino desde un tipo de teatro más comercial.

- *Etnodrama*, o la representación dramática de investigaciones etnográficas, es decir, el estudio de los aspectos culturales de las sociedades.

- *Teatro de Base (Grassroots Theatre)*, que se centra en dos aspectos fundamentales: tradición social y cultural, por un lado, y poblaciones indígenas por el otro.

- *Teatro Playback (Playback Theatre)*, en el cual el público narra una historia y es representada por los actores.

- *Teatro Social (Social Theatre)*, que como comentan los autores, muchas veces se usa como sinónimo de TA, es una forma de teatro participativo que se centra en aspectos sociales y culturales.

- *Sociodrama*, instrumento creado por Moreno para dibujar las relaciones que se establecen en los grupos.

En 2015, Motos y Ferrandis generan una nueva sistematización y proponen las siguientes cuatro categorías con sus consiguientes subcategorías:

1. Teatro aplicado para el cambio personal educativo: Dramatización y Taller de Teatro.

La Dramatización es una herramienta didáctica para transformar en forma teatral lo que no lo es, enmarcado dentro del currículum educativo del nivel donde se encuentre (primaria o secundaria). Por su parte, el Taller de Teatro usa de forma explícita las formas teatrales para trabajar temáticas diversas. Según Motos y Ferrandis (2015) se basa en “el aprendizaje vivencial, el constructivismo social y el desarrollo personal” (p.42).

2. Teatro aplicado para el cambio social: Teatro Popular, Teatro para el Desarrollo, Teatro Comunitario, Teatro de la Educación para la Salud, Teatro del Oprimido, Teatro en la Prisión, Teatro para el Recuerdo y Teatro Museo.

El *Teatro Popular* se origina en una comunidad específica y tiene como objetivo el defender los elementos de la cultura popular de dicho entorno; por lo tanto, su forma estética y su temática están estrechamente relacionadas el entorno.

Con respecto al *Teatro para el Desarrollo* se trata de una herramienta educativa para que las comunidades trabajen sobre ideas concretas o para cubrir necesidades no trabajadas por ninguna otra disciplina.

Por su parte, el *Teatro Comunitario* se centra en lo local como núcleo principal y parte de las experiencias personales y de los temas que los miembros del grupo quieran trabajar; es decir, no usan textos ya escritos, sino que parten de la improvisación para desarrollar sus puestas en escena.

En el caso del *Teatro de la Educación para la Salud*, se usa el teatro como vehículo para enseñar aspectos relevantes de procedimientos o conocimientos de la salud.

Acuñado por Augusto Boal (Balme, 2013) el *Teatro del Oprimido* se utiliza para dar solución a diversas problemáticas sociales y tienen un carácter pedagógico y ejemplarizante.

Cuando los autores hablan de *Teatro en la Prisión* se refieren a cualquier tipo de expresión teatral llevada a cabo dentro de los muros de una cárcel, ya sean los reclusos los espectadores, los alumnos o los actores.

El *Teatro para el Recuerdo* o *Teatro Reminiscencia* está diseñado para que las personas mayores puedan recordar aspectos personales, sociales o culturales de sus etapas vitales.

Finalmente, el *Teatro Museo* se centra en el uso del teatro o de la dramatización en un espacio museístico o de similares características y tiene como objetivo mostrar de forma dinámica una exposición, museo o lugar de interés histórico, cultural o natural.

3. Teatro aplicado para el cambio personal-Dramaterapia: Psicodrama, Sociodrama, Arco Iris del Deseo y Teatro Playback.

En este apartado, los autores explican que añaden las categorías que están más aceptadas y son las más usadas, aunque existan otras más. En el caso del *Psicodrama*, creado por Jacob-Levy Moreno, se trata del uso de la escenificación de situaciones que al paciente más le pueden resultar conflictivas para su bienestar mental.

Por su parte, el *Sociodrama* consiste en la representación de una problemática grupal y llevada a cabo por todos los miembros del mismo.

El término de *Arco-Iris del Deseo* se centra en la aplicación de las técnicas del Teatro del Oprimido, pero de forma colectiva para poder trabajar conceptos como marginación, exclusión y opresión.

Por último, el *Teatro Playback* se basa en la creación espontánea e improvisada que se origina a partir de una historia o vivencia contada por un espectador.

4. Teatro para el cambio en las organizaciones, Business Theater: Sin participación activa, grado medio de participación activa y participación activa.

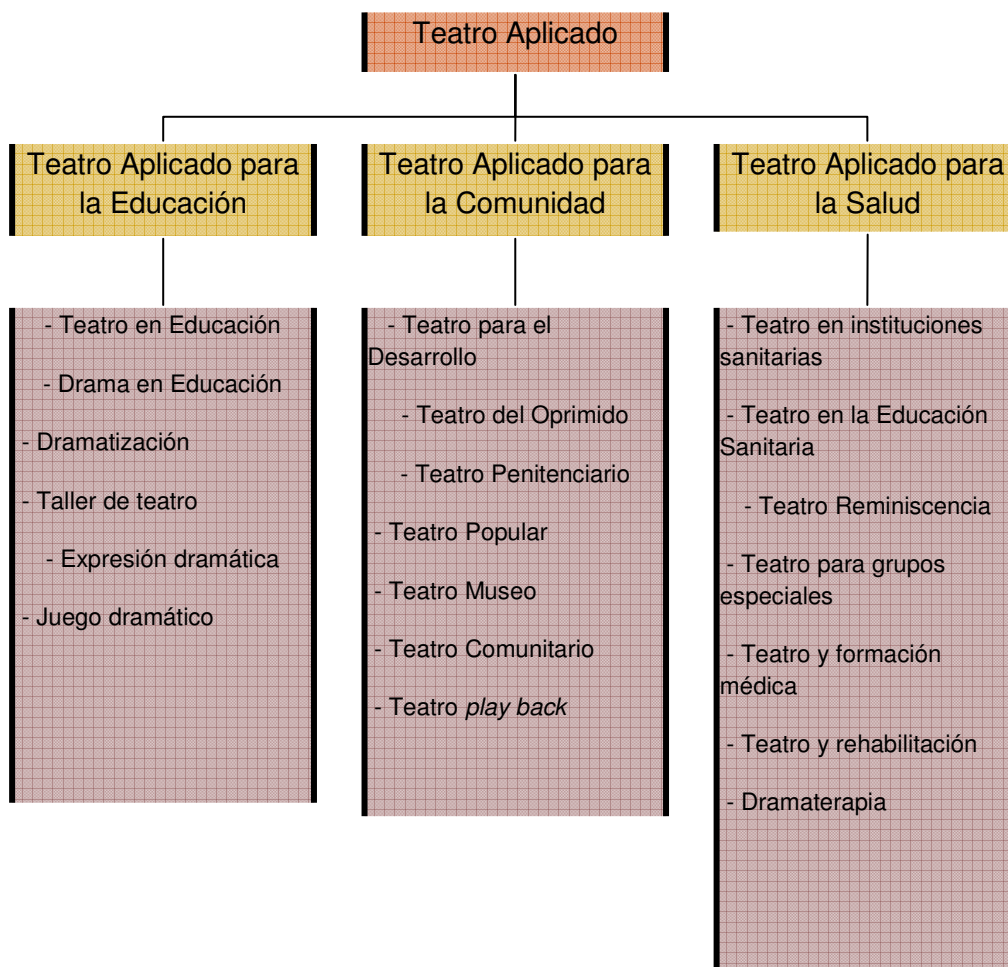
La primera modalidad, la que no tiene participación activa, se centra en mostrar (teatro a medida) a los empleados de una empresa las distintas situaciones por parte de los actores, y el objetivo final es que ellos lleven a cabo una reflexión sobre lo representado.

El que conlleva una participación media, se asimila al Teatro Playback o al Teatro Foro, pero con temática empresarial. Por parte del que requiere una participación activa, se basa en talleres cuyo objetivo es el aprendizaje de una serie de conceptos necesarios para el buen devenir del clima laboral o para adquirir conocimientos específicos del quehacer de dicha empresa.

Como forma de sintetizar las distintas clasificaciones existentes en la literatura, Sedano-Solís (2019) establece un esquema general en el que se aúnan varias sistematizaciones de forma inclusiva y realista con el uso real del teatro en sus múltiples aplicaciones fuera de su ámbito artístico tradicional (Figura 1), ya que como ella misma comenta : “Resulta urgente la construcción de un cuerpo teórico sólido que facilite el estudio sistemático de un enorme conjunto de prácticas para registrar su impacto y alcance” (p.111).

Figura 1

Clasificación de las distintas aplicaciones del TA.



(Fuente: Elaboración de Sedano-Solís (2019) a partir de Balme, 2013; Motos y Ferrandis, 2015; Nicholson, 2005; Prendergast & Saxton 2009)

1.1.3 Dramaterapia

Como se ha evidenciado en el apartado anterior, el teatro tiene múltiples usos en distintos ámbitos, entre ellos el de la salud. Dentro de ese grupo se encuentra la dramaterapia, disciplina que no todos coinciden en agrupar dentro del TA (Balme, 2013).

1.1.3.1 Definición del término dramaterapia

La dramaterapia es un campo en constante evolución y está formada por una confluencia interdisciplinar. A lo largo de este apartado se plasmarán las distintas posturas de los teóricos, así como de los profesionales que aplican dichas técnicas. Generar un apartado ordenado dónde se plasme qué es exactamente la dramaterapia, es una actividad obligatoria, debido a la falta de concreción por parte de los teóricos en la rama a la hora de plantear las líneas de separación entre “drama” y “teatro”, términos que muchas veces son utilizados como el mismo concepto, pero en otras ocasiones parecen estar separados por una barrera infranqueable.

Jones (2007) propone que el drama y el teatro no se reducen a una imitación de la realidad, sino que son formas activas de participación en el entorno. Con el teatro se activan los dos hemisferios cerebrales: el izquierdo relacionado con los datos de tipo más intelectuales y el derecho que inerva directamente a la creatividad, la sensibilidad, la intuición y la imaginación (Jennings, 1994). Como se puede ver, ambos teóricos generan una dualidad intrínseca cuando hablan de la “esencia” de la dramaterapia, sin darse cuenta de lo complejo que puede llegar a ser dicha postura a la hora de sistematizar conceptos. Esta cuestión seguirá siendo un punto de inflexión constante en los distintos apartados de esta tesis, tanto desde el punto de vista teórico como práctico.

Se exponen a continuación las distintas definiciones que existen en la literatura sobre el término “dramaterapia” para poder, posteriormente, llegar a un punto de encuentro entre todas ellas. Meldrum (1994) sostiene que existe un debate entre los que defienden que la dramaterapia proviene de las artes teatrales frente a los que piensan que se bebe de la psicoterapia. Aún así, como se observará a continuación, la mayoría de las definiciones o acercamientos teóricos no disipan esa dualidad intrínseca de esta disciplina.

La Asociación Británica de Dramaterapeutas (2020) establece que:

La dramaterapia es una forma de psicoterapia. Los dramaterapeutas son a la vez clínicos y artistas que utilizan sus conocimientos de teatro y terapia como medio de terapia psicológica que puede incluir el teatro, la creación de historias, la música, el movimiento y el arte; para trabajar con cualquier problema que se haya presentado (Badth, 2020).

Por su parte, la Asociación Norteamericana de Drama Terapia (2021) (en EEUU se utiliza el término como dos palabras separadas) propone que:

La drama terapia es el uso intencionado de procesos dramáticos y/o teatrales para alcanzar objetivos terapéuticos. Es una práctica corporal activa y vivencial. Este enfoque puede proporcionar el contexto para que los participantes cuenten sus historias, establezcan objetivos y resuelvan problemas, expresen sentimientos o logren la catarsis. A través del teatro, se puede explorar activamente la profundidad y amplitud de la experiencia interior y mejorar las habilidades de relación interpersonal (NADTA, 2021).

Para Jennings (1992) es: "La aplicación específica de estructuras teatrales y procesos dramáticos con una intención declarada que es la terapia" (p 229).

Por su parte, la dramaterapeuta norteamericana Emunah (1985) plantea que la interpretación dramática nos proporciona un espacio en el cual se pueden expresar comportamientos, actitudes y emociones, de manera estructurada o controlada mediante el cual permite que el paciente pueda experimentar tipos de comportamiento alternativos a los suyos propios.

La dramaterapia implica procesos dramáticos relacionados con cambios unidos a una clara intención sanadora para preservar la salud y el bienestar del paciente (Jones, 2007).

Landy y Montgomery (2012) exponen que

La dramaterapia es la aplicación de una o varias formas de drama o teatro que las personas eligen para explorar aspectos individuales o colectivos y realizar cambios relacionados con ellos. Los tipos de técnicas que se pueden desarrollar son: juego libre, improvisación, contar historias, role-playing, marionetas, máscaras o actuaciones teatrales (p. 171).

Dicho proceso sanador “a través del drama, permite al cliente, por medio de estructuras dramáticas, realizar un análisis interno y analizar las emociones desde un punto de vista tanto real como imaginario” (Meldrum, 1994, p.19).

Como se ha podido observar, no todos los teóricos coinciden en incluir a la dramaterapia como una forma de TA; es tal la distancia existente entre ambas denominaciones, que podemos hablar claramente de una ruptura institucional entre ambas. Precisamente, Sedano-Solís (2017) hace hincapié en el hecho de que las asociaciones profesionales de dramaterapeutas se distancian del TA para la salud porque establecen que éste no tiene una intención clara de ser terapéutico, aunque finalmente si lo resulte siendo. La autora defiende que ambas disciplinas consiguen una mejora en la calidad de vida de los pacientes/participantes.

Tabla 1

Similitudes y diferencias entre la Dramaterapia y el Teatro Aplicado.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS	DRAMATERAPIA	TEATRO APLICADO
FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES	- Formación de postgrado universitario como terapeutas con una licencia exclusiva para poder atender a los pacientes.	- Formación de postgrado universitario.
DEONTOLOGÍA PROFESIONAL	- Uso de la confidencialidad, con código deontológico oficial. - Supervisión profesional durante los primeros tres años tras la formación oficial. - Los dramaterapeutas deben acudir a sesiones de dramaterapia como pacientes de forma obligatoria.	- No existe.
VARIABLES SOBRE LAS QUE SE TRABAJA	- Variables emocionales en una población clínica. - De forma individual o grupal.	- Variables cognitivas, sociales y/o políticas. - De forma grupal.
INSTITUCIONES DÓNDE TRABAJAN	- Instituciones comunitarias. - Instituciones sanitarias dependientes del Sistema Público de Salud (en RU).	- Instituciones comunitarias.
TEORÍAS EN LAS QUE SE BASAN	- Técnicas teatrales. - Teorías de Brecht y Boal. - Teoría de J.L. Moreno. - Base Psicológica y Sociológica. - Psicoterapia: Jung, Freud, Rogers, Klein y Winnicott.	- Técnicas teatrales. - Teorías de Brecht y Boal. - Salud pública y medicina. - Sociología Marxista. - Ideas pedagógicas de Freire.

Elaboración propia, basada en Jones (2007), Landy & Montgomery (2012) y Seymour (2009)

Landy y Montgomery (2012) presentan las diferencias entre ambas disciplinas, dejando abierta la puerta a una mayor comunicación y mejor entendimiento entre los profesionales de ambas. Dichos autores plantean las diferencias y similitudes concluyendo que son prácticamente lo mismo, con diferencias mínimas. En la Tabla 1 puede verse una comparación entre ambos planteamientos sobre los puntos en común y los que los distancian.

1.1.3.2 Orígenes de la dramaterapia

Siguiendo la dicotomía entre la dramaterapia y el teatro aplicado a la salud, establecida al final del apartado anterior, se van a exponer los orígenes de la dramaterapia como disciplina separada del TA. No obstante, cabe destacar que ambos campos profesionales comparten las mismas bases teatrales, por lo que tomamos a Brecht, Artaud, Brook y Grotowski como influencias también para la dramaterapia.

Desde sus orígenes, el uso del teatro ha tenido una conexión estrecha con el proceso de bienestar emocional. Pendzik (2006) menciona que, en hebreo, las palabras “creación” (*beriah*) y “salud” (*beriyuth*) tienen la misma raíz. Esto nos lleva a la antigua creencia de la característica terapéutica de las disciplinas creativas. Jennings (1994), Pendzik (1994) y Landy y Montgomery (2012) coinciden en afirmar que el teatro tiene una estrecha relación con la tradición chamanista y los rituales, ya que tanto el teatro clásico griego, el africano y el asiático se basan en dichas formas performativas. Pendzik (1994) subraya el hecho de que el emplazamiento de los teatros en la Grecia clásica siempre estuvo cercano al templo de adoración a los dioses; es más, en la arquitectura de los teatros también queda plasmado una organización similar a la de un templo o espacio de adoración: un altar para el dios Dionisos y la Orchestra rodeándola. Dicha influencia va a seguir estando en fórmulas posteriores y lo conectan con la vertiente terapéutica del uso del teatro. En concreto, vuelve a estar en boga en el siglo dieciocho cuando el Marqués de Sade realizó

representaciones teatrales con pacientes psiquiátricos (Landy & Montgomery, 2012) y posteriormente con la reaparición del teatro como terapia en Europa, en el siglo diecinueve, debido a la publicación de numerosos artículos sobre el efecto “sanador” de la catarsis y la construcción de teatros en los hospitales psiquiátricos en Francia y Alemania.

En Rusia la corriente teatral procedente de Stanislavsky, crea una línea de trabajo relacionada con la dramaterapia, utilizando la improvisación y el juego que, a su vez, lleva también a la aparición del PsicoDrama de Moreno, el cual también proviene de las mismas fuentes o raíces que la dramaterapia (Andersen-Warren & Grainger, 2000).

En el Reino Unido, la dramaterapia como se conoce hoy en día, empieza a tomar forma a principios de la década de los sesenta, cuando desde el Teatro para la Educación (un tipo de teatro aplicado) se le da importancia al desarrollo expresivo de los más pequeños. Peter Slade plantea que los niños deben tener momentos en los que su creatividad se deje ver intentando evitar el encapsulamiento debido a las múltiples tareas y obligaciones (Meldrum, 1994). Asimismo, propone que dicha comunicación expresiva se puede volver a instaurar en los adultos, ya que puede ser útil para el aprendizaje y el crecimiento personal (Landy, 1997a). A raíz de este movimiento en el campo de la educación se genera un movimiento que influye a dos autoras que serán unas de las más relevantes para el devenir de la disciplina en aquel país: Sue Jennings (1938-) y Marian Lindkvist (1919-2017).

La primera de ellas puso en práctica dichas técnicas con un marcado carácter terapéutico, en lo que se conocía como *Remedial Drama Group*, precursor del primer centro de entrenamiento y aplicación de las técnicas dramaterapéuticas del mundo, el *Remedial Drama Centre* en Holloway Road en Londres. A parte de la implementación de las técnicas de forma aplicada, ha desarrollado diversas teorías y ha generado

multitud de trabajos científicos desde el campo de la Dramaterapia y de la Antropología Social.

La segunda autora, de forma paralela, genera un programa de intervención conocido como Sesame, que se basa en la dramaterapia y la Danza Movimiento Terapia (DMT) (Meldrum, 1994; Landy 1997a). Ambos modelos han provocado que la dramaterapia se haya instaurado como una disciplina regulada y establecida en un gran número de los programas de postgrado de las universidades británicas. Asimismo, el Reino Unido cuenta con la introducción de la profesión en el Sistema Público de Salud. Se pueden destacar a varios terapeutas y científicos adscritos a esta corriente que tienen un gran impacto en la actualidad: Alida Gersie, Ann Cattanach, Phil Jones, Dorothy Langley, Steve Mitchel, Roger Grainger y Ditty Dokter, entre otros.

Casi al unísono, en los EEUU de la década de los sesenta, se puede relacionar la Drama Terapia con la Psicología de la Gestalt, así como con el Psicodrama. El psicodrama se lleva a la práctica a través de dramatizaciones en las que se representan situaciones significativas para el cliente. Primero este construye su relato y a partir de él se extraen los hechos para dramatizar. En la puesta en escena, la persona que ha relatado su caso suele ser la protagonista de la representación.

Normalmente suelen tener una carga emocional importante para el cliente, ya que versan sobre sus propios problemas. Las escenas pueden referirse a sucesos pasados, presentes o expectativas futuras (Motos & Ferrandis, 2015).

Por su parte, el sociodrama se lleva a cabo de manera similar pero el tema a dramatizar es un problema relativo al grupo o colectivo donde se desarrolla, no a un individuo como ocurre con el psicodrama. Ambas técnicas fueron iniciadas por Moreno (1889-1973), psiquiatra y psicólogo, alrededor de 1920. El autor, alumno de Sigmund Freud y colaborador de Frank Kafka, crea una nueva forma de aplicar el teatro mediante el uso de sus técnicas de improvisación con colectivos tales como

prostitutas o refugiados políticos en campos de concentración. Se puede afirmar que el Psicodrama ha ido evolucionando desde una forma innovadora de teatro hacia una forma instaurada de psicoterapia (Kedem-Tahar & Kellerman, 1996).

La dramaterapia y el psicodrama comparten sus comienzos: el chamanismo, el juego infantil y la danza ritual cercana al trance (Kedem-Tahar & Kellerman, 1996). Llega un momento en la historia en la que la dramaterapia y el psicodrama se separan, ya que el primero permite a las personas ver sus problemas desde el punto de vista de otros personajes, es decir, a través del distanciamiento. El trabajo desde la dramaterapia es más relajado, menos directo y se basa en procesos de entrenamiento o ensayo (Casson, 1996). Desde la Psicología de Gestalt, su terapia basada en los roles proviene directamente de las teorías de Moreno, ya que Perls, su precursor, fue alumno del creador del Psicodrama, pese a que nunca lo mencionara con gran entusiasmo (Espina-Barrio, 2001; Landy & Montgomery, 2012).

Si seguimos con la evolución de la dramaterapia en EEUU, más adelante, rondando el principio de la década de los setenta, Gertrud Schattner (1905-) se postula como una figura importante, ya que desarrolla programas de dramaterapia en el Hospital psiquiátrico Bellevue de Nueva York. Tanto ella como Marian Chace, creadora de la Danza Movimiento Terapia, se pueden establecer como coetáneas de Lindvisk. Justo antes de que terminara la década, se crea la Asociación Nacional de Drama Terapia. El psicólogo clínico y drama terapeuta David Read Johnson (1951-) trabajó con personas adultas con esquizofrenia y con veteranos de la Guerra de Vietnam para tratar el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT). Renée Emunah, formada en el programa Sesame en el Reino Unido, desarrolla programas de dramaterapia en varias instituciones académicas y va a tratar a adolescentes con problemas de San Francisco. Por su parte, Robert Landy, autor de varios manuales que intentan integrar posturas y teorías, también cuenta a sus espaldas con una amplia carrera como dramaterapeuta aplicado, atendiendo, entre otros muchos casos,

a niños de un colegio cercano a los atentados del 11-S para trabajar su Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT). A su vez, plantea uno los modelos de la dramaterapia, el modelo de los roles.

Motos y Ferrandis (2015) incorporan la dramaterapia como un tipo de TA, la cual, mostrando apoyo a los postulados de Johnson, proviene de tres raíces principales: la psicoterapia, la atención psiquiátrica con la terapia ocupacional como expresión principal y el teatro. Plantean que las terapias psicodinámicas, sobre todo las de los discípulos de Freud, son parte de la base de la dramaterapia; el psicodrama de Moreno, la terapia del juego de Erikson o las teorías de Winnicott serían sus máximos exponentes con clara influencia en la intervención dramaterapéutica. La Terapia Ocupacional tiene en común con la dramaterapia una metodología basada en la acción de elementos cotidianos que busca, principalmente, la salud y el bienestar de los participantes (Motos & Ferrandis, 2015).

Asimismo, Motos y Ferrandis (2015) postulan a Stanislavski como punto de partida, con su “psicologicismo” de los métodos interpretativos actorales, que más adelante transformarán autores como Artaud, Brecht, Grotowski o Beckett. El hecho de colocar a la dramaterapia como un tipo de TA viene justificado por el uso de las mismas técnicas, pero con diferentes fines y por el origen, que también coincide (Motos & Ferrandis, 2015). Específicamente, junto con la dramaterapia, posicionan al teatro para la salud o teatro aplicado a la medicina: el uso del teatro y de los procesos dramaterapéuticos para explicar o mostrar una serie de procesos relacionados con la salud a futuros profesionales sanitarios, cuidadores, o los propios enfermos. Asimismo, el uso del teatro puede estar enfocado a la prevención y/o la educación en salud para la población general o susceptible de sufrir una serie de enfermedades.

Existe poca literatura que verse sobre el desarrollo del teatro aplicado y de la dramaterapia en España. Al igual que ocurre en otros países ya mencionados, el

origen más cercano se encuentra en el uso de las técnicas teatrales en un ámbito pedagógico. Por lo tanto, Motos y Ferrandis (2015) postulan que autores como Carme Aymerich, Juan Cervera, José Cañas, Francisco Tejado y el propio Tomás Motos son los precursores de dicha corriente en nuestro país. Por su parte, Domingo Ferrandis ha sido el primer español miembro de la North American Drama Therapy Association.

En los últimos años, de forma progresiva, se han ido implementando propuestas de intervención en diversos campos gracias a los trabajos de investigación realizados por Sara Fernández-Aguayo, Margarita Pino-Juste, María Luisa Mondolfi-Miguel. Pese a que la disciplina no está reconocida como tal en los Colegios Oficiales de Psicólogos, ni existen asociaciones de profesionales del campo, parece que en los últimos años el número de trabajos aplicados están aumentando, sobre todo desde la Universidad de Vigo con el trabajo de las tres últimas autoras mencionadas. Sus trabajos abarcan un amplio espectro de poblaciones en las que se han llevado a cabo las intervenciones: personas con Parkinson (Mondolfi-Miguel et al., 2021), mujeres que han sufrido violencia de género (Mondolfi-Miguel & Pino-Juste, 2020), personas con patologías mentales (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2023; Fernández-Aguayo, 2018.), niños en atención temprana (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2014), para niños en riesgo de exclusión (Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2015). Asimismo, y gracias al empuje que le han dado dichas investigadoras, la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) de Pontevedra ofertó cursos sobre dramaterapia (Fernández-Aguayo, 2018). Por su parte, dentro del TA, podemos encontrar trabajos arteterapéuticos más holísticos cuya finalidad es la producción de propuestas escénicas cuyo hilo conductor es el teatro y que están incluidos en diversos ámbitos: con variables de personalidad y socialización en adolescentes en riesgo de exclusión (Callejón-Chinchilla, 2012; Granados, 2009) y en menores con necesidades educativas especiales o diversidad funcional (Cruz-Cruz, 2014; Martín, 2018).

Cabe destacar que, en 1991 se crea el European Consortium of Art-Therapy Education (ECARTE), institución con presencia en la mayoría de los países europeos (España incluida), que incluye a la dramaterapia como una de las integrantes. A raíz de este hito, se establecen las bases para la profesionalización, homologación y validez de las disciplinas que se aglutinan dentro de ella (Domínguez, 2014).

1.1.3.3 Modelos teóricos de la dramaterapia

En la literatura se ha llamado la atención de la falta de concreción sobre lo que es realmente la dramaterapia (Armstrong et al., 2019; Landy & Montgomery, 2012); desde el punto de vista de nomenclaturas y definiciones. Sabemos que existe ese punto crítico, dicha dificultad está también presente a la hora de organizar los distintos modelos teóricos en los que se basan las técnicas aplicadas a esta disciplina. Muchas veces el campo de la dramaterapia puede parecer un “cajón de sastre” en el cual se utilizan una amplia variedad de técnicas, las cuales no han sido operativizadas previamente, ni cuentan con el respaldo de estudios estandarizados (Armstrong et al., 2019). Landy y Montgomery (2012) resaltan que el hecho de que haya tantas posturas diferenciadas o modelos existentes en un campo tan reducido, genera que la disciplina no sea lo suficiente sólida

A continuación, se van a exponer las distintas propuestas realizadas por diversos autores para organizar las bases teóricas de la dramaterapia, para después generar una visión común que agrupe a las mismas y a las más relevantes de las propuestas realizadas.

Brenda Meldrum (1994) propone cuatro modelos teóricos de la Dramaterapia:

1) Modelo teatral de la Dramaterapia.

Como principal autora se establece a Sue Jennings, una de las precursoras más importantes de la Dramaterapia en el Reino Unido. Se presentan los mismos

componentes que puede tener el teatro convencional: actores/clientes, director/terapeuta, espacio, tiempo y objetivo común. A través de la “distancia estética” los clientes son capaces de analizar la realidad de una forma más concreta y profunda. En palabras de Meldrum (1994), Steve Mitchell, otro autor que desarrolla este modelo, plantea que el director/terapeuta ayuda al cliente a traducir lo que le pasa a un lenguaje teatral y lo acerca al conocimiento emocional y cognitivo del mismo. Por su parte, la propia Meldrum se postula como defensora de este modelo y afirma que es a través de la “metáfora” la forma en la que los clientes traducen sus problemas de la vida cotidiana y que las sesiones toman forma de una producción teatral, con calentamiento, ensayos y representaciones (Meldrum, 1994).

2) Drama terapéutico y Dramaterapia.

Esta tradición está más relacionada con las teorías psicodinámicas que usan textos mitológicos, leyendas u obras ya escritas para ejemplificar la problemática de los clientes. En muchas ocasiones se pide a los clientes que pongan en pie sus propios relatos y se analizan los mismos según una serie de criterios incluidos en el “acercamiento multimodal” de Lahad: creencias y valores, afecto (emoción), social, imaginación, cognitivo y físico. Tanto Lahad como Gersie van a desarrollar las sesiones a través del uso y del análisis de las historias creadas por los clientes (Meldrum, 1994). Por su parte, Jenkyns usa textos ya escritos (por ejemplo, de Shakespeare) y se centra en la proyección y las metáforas cuando los clientes “juegan” con el texto (Meldrum, 1994).

3) Modelo dramaterapéutico de la teoría de roles.

Meldrum (1994) postula a Robert Landy y a David Read Johnson como los máximos exponentes de este modelo, el cual se centra en la importancia de los roles en el desarrollo de las personas. Se plantea que las personas tenemos que llevar a cabo numerosos roles a lo largo de la vida y que éstos pueden ser explorados en las

sesiones de Dramaterapia para mejorar o resolver problemas concretos. Es como si el “espacio de juego” fuera un laboratorio en el que el cliente es capaz de ver las distintas posibilidades en la resolución de problemas y es básico para trabajar la empatía. La autora recalca que este modelo está despuntando por su alta calidad en los trabajos presentados (Meldrum, 1994).

4) El acercamiento antropológico de la Dramaterapia.

Basado en el trabajo desarrollado por Grotowski, que se centra en el chamanismo como base esencial de las sesiones, en las que el terapeuta forma parte del proceso como chamán o conductor del acto sanador. Este modelo no suele tener mucha aceptación por parte de la mayoría de los dramaterapeutas.

Por otra parte, y siguiendo con las propuestas de organización en modelos, Pendzik (2003) establece que no existe uno sólo debido a la pluralidad de las propuestas dentro de la dramaterapia. La autora señala un nuevo hito en la aparición del uso del teatro en ciencias sociales o psicología: año 1893 cuando Binet llevó a cabo una investigación con niños en la que usó escenas dramatizadas. En los años 40 y 50 se comienza a usar el role play y las técnicas proyectivas. Autores como Kelly y Moreno empiezan a proponer nuevas formas de trabajo en los años 50 y 60. En los años 80 hay un gran número de escritos que describen los trabajos con técnicas teatrales, pero no incluyen en ningún momento ningún tipo de evaluación. El objetivo de estos trabajos era compartir conocimiento y experiencias. La autora quiere sistematizar la práctica real de la dramaterapia, y establece que existen 5 tipologías de intervenciones dramaterapéuticas (Pendzik, 2003).

Pendzik (2003) propone a Sue Jennings como la autora de dos de ellos:

a) EPR (embodiment-projection-role): establece las distintas etapas del juego dramático en los niños.

- b) The Dramatic Structure of the Mind: teoría de personalidad basada en la dramaterapia.

Establece a Mooli Lahad como creadora del tercero de los modelos aplicados en Dramaterapia (Pendzik, 2003); éste utiliza la creación de historias como base de trabajo y se basa en seis categorías de experiencia:

- a) Creencias y valores.
- b) Afecto y emociones.
- c) Social.
- d) Imaginación.
- e) Cognición.
- f) Físico.

El cuarto de los modelos pertenecería a Robert Landy, que centra su propuesta desde el concepto de “rol”, se organiza en una taxonomía de seis elementos: somático, cognitivo, afectivo, social, espiritual y estético (Pendzik, 2003).

Como último en la lista, Johnson se basa también en el concepto de “rol” para desarrollar su propuesta, sin embargo, plantea su acercamiento a través de un test mediante el cual se analiza lo siguiente: repertorio de roles, temática, estilo, espacios, tareas y estructura, complejidad de las interacciones entre los personajes, grado y formas de afecto. Se establece que las personas pueden proyectar su personalidad en las improvisaciones (Pendzik, 2003).

Pendzik (2003) se postula dejando claro que la dramaterapia no va a desarrollarse como un campo independiente a menos que se genere un desarrollo teórico fuerte, del cual carece.

El concepto con el que están de acuerdo la mayoría de los autores es el de la “realidad dramática”, la cual se describe como “la unión entre la realidad y la ficción.

Es la salida desde la rutina más ordinaria y la manifestación de una alternativa aquí y ahora” (Pendzik, 2003. p. 93).

Tabla 2

Modelos de Dramaterapia

NOMBRE DEL MODELO	AUTOR/ES
MODELO INTEGRATIVO DE LAS CINCO FASES	RENÉE EMUNAH
TEORÍA Y MODELOS DE ROLES	ROBERT LANDY
TRANSFORMACIONES DEL DESARROLLO	DAVID READ JOHNSON
TEATRO RITUAL	STEPHEN SNOW
MODELO “HERIDAS DE LA HISTORIA” PARA LA RESOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS INTERCULTURALES	ARMAND VOLKAS
NARRADRAMA	PAMELA DUNNE
OMEGA TRANSPERSONAL	SAPHIRA BARBARA LINDEN
DRAMATERAPIA PSICOANALÍTICA	ELEANOR IRWIN
MODELO DE LA TEMÁTICA DEL DESARROLLO	PENNY LEWIS
MÉTODO “ENACT”	DIANA FELDMAN, FARA SUSSMAN JONES, EMILIE WARD
MÉTODO “STOP-GAP”	DON LAFFOON, FIONNUALA KENNY
MÉTODO “BERGMAN” PARA PRISIONES	JOHN BERGMAN
“ENSAYOS PARA EL CRECIMIENTO”	DANIEL WIENER

(Elaboración propia basada en Read-Johnson & Emunah, 2009).

Por su parte, Johnson y Emunah (2009), en el libro “Current Approaches in Drama Therapy”, presentan un total de 13 modelos de Dramaterapia, los cuales se muestran en la Tabla 2.

A continuación, se desarrollan los modelos más relevantes de los expuestos en dicha tabla.

1.1.3.3.1 Modelo de Roles de Robert Landy

Landy, dramaterapeuta y teórico norteamericano, plantea que a través de los roles las personas construyen el significado de sus vidas. El rol lleva implícito una serie de propiedades: “somático, cognitivo, afectivo, social/cultural, espiritual y estético, los cuales nos definen como humanos, dando significado a nuestra conducta” (Landy, 1991a. p.3). Menciona que, ya desde el uso de las actuaciones rituales de las sociedades del 2000 a.C, el concepto de rol estaba ya presente. Posteriormente, sobre el 600 a.C, dentro de la cultura griega, este tipo de representaciones rituales, estaban relacionadas con el dios Dionisos, y se llamaban Ditirambos. No es hasta la aparición de los textos dramáticos, con el primer autor conocido, Tespis, cuando los personajes adquieren mayor importancia y estructura. Landy (1991a) mantiene y defiende la idea de Nietzsche con respecto a la tragedia griega: la dualidad o contraposición de dos prototipos de personajes o roles, el de Dionisos y el de Apolo; a su vez, menciona la similitud con las teorías psicoanalíticas del ello, el yo y el super yo.

El dramaterapeuta norteamericano enfatiza la evolución de esos personajes prototípicos del teatro clásico griego hasta la actualidad, resaltando que la variedad va aumentando en tipologías (Landy, 1991a). Incluso aparecen personajes colectivos, como lo podía ser el coro clásico, pero en la actualidad más relacionado con la cotidianidad como son las familias. Se menciona cómo la dramaturgia clásica romana añade prototipos de personajes más coloridos o con otras características más complejas. Con la aparición de la religión cristiana, el teatro y, por tanto, los personajes y sus funciones en el drama cambiaron. El personaje principal de los autos es Jesucristo, el cual, de alguna manera, sigue conservando las características del héroe/dios griego. Con el Renacimiento comienza el florecimiento del trabajo dramático que poseía una mayor profundidad y, por tanto, esto desembocó en un desarrollo más específico de los personajes. Autores como Shakespeare, Marlowe, Lope de Vega, Cervantes o La Comedia dell Arte, dotan a sus personajes de

complejidad y variabilidad psicológicas. Aparecen también roles más actuales y reales, como la gente del pueblo, no sólo realeza, nobleza y dioses. En el neoclásico, Molière se encarga de transformar y perfeccionar los roles de las comedias romanas. Al final del siglo XVIII vuelve a aparecer la dualidad de los antagonistas: Fausto vs Mefistófeles, espiritual vs tirano.

Por su parte, menciona Landy (1991a), Ibsen va a ser el autor que mejor desarrolle estos prototipos clásicos dentro del realismo del drama moderno. En el siglo XIX siguió predominando lo que comenzó en el anterior: el uso del realismo más puro, presentando a personajes de carne y hueso, lo más parecido a la realidad. Y precisamente con el realismo en las dramaturgias, vino una nueva forma de interpretar que conecta con todo lo emocional y psicológico, mediante el cual el actor tiene que hacer un ejercicio de identificación profundo con los roles que tiene que interpretar. Se trata del estilo realista de Stanislavsky, el cual lo desarrolló con las obras de Chejov. Sin embargo, pronto apareció, en respuesta, obras que se enmarcan en el surrealismo, expresionismo y el absurdo y, por tanto, también un acercamiento actoral a los roles basado en lo político, lo social, el intelectualismo, las ideas, etc. En el caso de Brecht, vuelve a presentar la dualidad existente en el teatro clásico y el uso de máscaras. A la hora de preparar los personajes, los actores deben distanciarse emocional y psicológicamente de los roles. Otro autor que se contrapone a los roles más realistas con su propuesta del clown existencial es Beckett. Con esta reacción hacia el Realismo, tanto Brecht como Beckett crean un nuevo acercamiento actoral a los personajes, ya que éstos tienen acciones mecánicas y determinadas.

Tras exponer cuál es la base teatral de su teoría de roles en Dramaterapia, Landy (1991a) explica cómo se lleva a cabo el uso de dichos roles con objetivos terapéuticos. Para ello, recalca que es muy importante que el dramaterapeuta tenga formación y entrenamiento teatral y debe, asimismo, conocer el proceso de creación de roles basado en la literatura. A su vez, es necesario llevar y conocer muy bien el rol

de terapeuta, sus funciones en este tipo de terapia, como guía, tomando forma en distintos roles imaginativos que ayuden a los pacientes a entrar en el juego de los roles. En ocasiones, no hace falta que participe como personaje, sino simplemente de observador o público (Landy, 1991b).

Landy plantea que el acercamiento inicial sea el del juego y la exageración, para seguir con el análisis de las funciones de los personajes; esta última etapa de análisis ayuda al paciente a entender, de forma más cognitiva o intelectual, los procesos que en su vida no es capaz de hacer. Lo último que debe hacerse es conseguir el estilo del rol; es decir, si un personaje es realista o abstracto. Cuanto más abstracto es el rol, mayor puede ser la identificación del paciente con el personaje (Landy, 1991b).

Con respecto al objetivo de la dramaterpia, Landy (1991c) afirma que es el de balancear lo intelectual y lo emocional del paciente. Explica cómo realmente las personas hoy en día clasificamos o etiquetamos nuestras vidas a través de los roles que nosotros y los demás llevamos a cabo. Y cómo las relaciones con uno mismo y los demás dependen de estos roles. Por tanto, los roles son como “célula” o “átomo” de nuestra existencia social y personal, estando presentes en los posibles problemas psicológicos.

Landy (1991a) propone dos clasificaciones, la primera de ellas es cómo podemos organizar de forma general los papeles o funciones que llevamos a cabo en sociedad, él lo llama “Taxonomía de Roles”:

1. Propiedades: psicósomática, psicodramática y social.
2. Clasificación de las propiedades.
3. Tipo de rol.
4. Subtipos.

5. Cualidades.
6. Cualidades alternativas.
7. Ejemplos.
8. Función.
9. Estilos: Representacional (relacionado con la realidad) o Presentacional (relacionado con lo abstracto).

Por otra parte, plantea un modelo de acercamiento a los roles de los pacientes/usuarios o clientes que sigue el siguiente esquema, mediante el cual se trabaja de forma clínica:

1. Invocación del rol.
2. Nombramiento del rol.
3. Interpretación del papel.
4. Explorar cualidades y subroles alternativos.
5. Reflexión sobre la representación: descubrimiento de las cualidades, funciones y estilos inherentes al papel.
6. Relacionar el papel ficticio con la vida cotidiana.
7. Integrar los roles para crear un sistema de roles funcional.
8. Modelado social: descubrir de qué manera el comportamiento del cliente afecta a los demás en su entorno social.

1.1.3.3.2 Modelo de Jennings

Pese a ser una de las autoras pioneras de la dramaterapia en el Reino Unido y en muchos países europeos y de ser una figura muy relevante en la práctica aplicada

de la disciplina, es complejo tener un modelo cerrado de su forma de organizar el trabajo con los pacientes. Sin embargo, si es cierto que va a proponer el acercamiento a través de posturas posibles: la Dramaterapia relacionada con los rituales y su forma más arcaica, por una parte, y la relación de la Dramaterapia y el juego con las etapas del desarrollo por otra.

Jennings (1994,2008) equipara el trabajo realizado por el chamán con el del dramaterapeuta: ambos ayudan a las personas a introducirse en un rol que les facilitará la resolución de una serie de problemas. Plantea que a través de la “Realidad Dramática” las personas pueden jugar con realidad, probar distintas fórmulas de hacer las cosas, sin tener miedo a las posibles consecuencias, ya que es como una zona experimental, de laboratorio (Jennings, 2008). A través del modelo EPR (Embodiment-Projection-Role) se demuestra el proceso natural de forma evolutiva, ya que para Sue Jennings existen tres tipos de juegos: juego corporal, juego proyectivo y juego de roles. Estas etapas lo son también del desarrollo del juego en la Dramaterapia (Jennings, 1994). En la tabla 3 se pueden observar las equivalencias.

Tabla 3

Modelo EPR de Sue Jennings

ETAPAS DEL DESARROLLO DEL JUEGO	ESTAPAS DEL JUEGO DRAMÁTICO
Juego corporal: juegos con las manos, canciones y juegos con partes corporales.	Calentamiento físico, expresión corporal.
Juego proyectivo: hacer pequeñas figuras (plastilina)	Ejercicios de esculturas con objetos, pinturas.
Juego de roles: marionetas, muñecos, creación de mini historias.	Role Play, Dramatización, Improvisación

Elaboración propia basada en Jennings (1994).

Cuando expone los beneficios de la Dramaterapia, Jennings (2008) plantea que permite realizar ejercicios empáticos cuando la persona lleva a cabo diversos

personajes, ya que lo pone en otra perspectiva e, incluso, no sólo aumenta el conocimiento del otro sino de uno mismo.

1.1.3.3.3 Modelo de Sesame, Lindvisk

El modelo dramaterapéutico Sesame, creado por Marian (Billy) Lindvisk e impartido desde el 2005 en el Royal Central School of Speech and Drama de Londres, se centra en aspectos metafóricos o simbólicos de la comunicación no verbal de los participantes. Se trata de una aproximación psicodinámica mediante la cual los pacientes accionan a través de los movimientos, la proyección de objetos o el uso de mitos (Pritchard, 2019). Se establece a Jung, Laban y Slade como principales fuentes de inspiración, por lo que cualquier acción generada en una sesión dramaterapéutica tiene una simbolización concreta.

Sin embargo, Lindvisk nunca plantea abiertamente las influencias de dichos autores ya que ella se centra en las técnicas que han mostrado tener buenos resultados más que si provienen de uno u otro autor (Johnson, 2018). Desde este modelo, el terapeuta va a ayudar a los pacientes a entender sus imágenes y arquetipos creados en terapia y a traducirlos en un lenguaje más analítico (Hougham, 2006). Se genera un espacio seguro en el que los pacientes pueden aprender de sus propios errores y de su experiencia (Johnson, 2018).

Tanto este modelo como el de su compatriota Jennings cuentan con una amplia tradición en la Antropología Social, por lo que podemos extrapolar este tipo de trabajo analítico no sólo a nivel molecular sino también al grupal (Hougham, 2012). Han sido muchos los autores y dramaterapeutas que siguen esta corriente, la mayoría de ellos con una robusta formación psicodinámica.

1.1.3.3.4 Modelo Integrativo de las Cinco Fases de Emunah

Renée Emunah (2009) propone un modelo que debe servir como una guía, similar a los modelos de aprendizaje entre padres e hijos, en los cuales se establece

un entrenamiento que va a ir disminuyendo progresivamente la presencia de los primeros para dejar que los hijos vayan probando la adquisición de forma autónoma. La autora establece que el origen de su modelo tiene claras influencias del Humanismo, la Psicoterapia y la Terapia Cognitiva-Conductual. Los procesos en los que se centra son la catársis emocional, el insight cognitivo y el cambio conductual (Emunah, 2009) y las fases que propone son las siguientes:

- 1) Juego dramático integrativo: se basa en un modelo de salud que quiere potenciar las fortalezas y las capacidades de los usuarios, así como entrenar las habilidades resilientes de las personas. Para ello se recalca que se deben usar técnicas apropiadas que no generen ansiedad en los participantes, es decir, que sean adecuadas para el comienzo de la aproximación a las dramatizaciones. Son técnicas introductorias para entrenar el concepto del “juego dramático”.
- 2) Desarrollo de escenas teatrales: esta segunda fase se centra en la capacidad de poner a las personas en situaciones diversas y que éstas observen cómo reaccionan y qué emociones se elicitan. Al ser escenas improvisadas completamente externas a la realidad de las personas, existe un distanciamiento que facilita una observación “desde fuera”.
- 3) Role Play para situaciones personales: en este punto del entrenamiento, los participantes ya están preparados para accionar sus problemas de la vida diaria a través del Role Play. Se generan situaciones parecidas a la realidad para poder ejecutar, de forma segura, las distintas fórmulas para resolverlas. Aquí se integran aspectos tanto emocionales como cognitivos con un resultado básicamente conductual, ya que están continuamente reformulando las

escenas, es decir, realizando cambios en la conducta que mejoren el bienestar.

- 4) Análisis psicodramaterapéutico: a través del cual se lleva a cabo un análisis pormenorizado sobre lo ocurrido en las escenas del Role Play. Se hace uso del Psicodrama y del Sociodrama.
- 5) Ritual dramático: es una forma de concluir el proceso terapéutico, ya que vuelve al juego, al elemento estético. Esta fórmula ayuda a resumir todo lo trabajado y a sacar conclusiones de forma consciente y lo más objetivamente posible.

Como se observará en apartados posteriores, el modelo de las Cinco Fases de Emunah es uno de los más utilizados en los distintos estudios de intervención.

1.1.3.3.5 Modelo S. Pendzik

Aunque no está incluida en ninguna de las clasificaciones anteriores, se ha añadido a Susana Pendzik (2003). Pendzik es la creadora de un modelo basado en seis apartados, que se centra en una visión integradora y ecléctica de los distintos modelos que ella misma ha investigado y puesto en práctica. La autora sostiene que hay que adaptar el trabajo con cada uno de los pacientes según sus habilidades y/o capacidades. Estos apartados serían:

- 1) Habilidad para viajar de la realidad a la ficción y viceversa: entrenar la capacidad de entrar y salir de ambos campos de trabajo. Es decir, marcar muy bien las diferencias entre el espacio de la dramatización y el del análisis.
- 2) Creación de las cualidades de la realidad dramática: establecer las características del espacio “simulado” a través de elementos físicos o imaginados, para que el trabajo de dramatización sea lo más real posible. “Una de las principales tareas de un dramaterapeuta es averiguar cómo mantener la

realidad dramática, cómo mejorarla, para que así sea significativa para el sentido terapéutico” (Pendzik, 2003. p. 94).

- 3) Establecimiento de Roles y Personajes: diferenciar entre los papeles que pueden llevar a cabo los personajes (multiplicidad de roles) y los personajes.
- 4) Elementos: guión, temática, conflicto. Se trata de analizar pormenorizadamente qué ocurre, cuál es el tema principal que centra la trama y qué conflictos existen entre los personajes y en el mismo personaje de forma interna.
- 5) Respuesta del público, teniendo en cuenta que no se trata de teatro convencional, sino de procesos terapéuticos. El público son otros compañeros de terapia y el dramaterapeuta, por lo que hay que tener en cuenta que no se trata de dar feedback sobre lo “bien o mal” que lo han hecho, sino sobre cómo poder mejorar la resolución de problemas, etc.
- 6) Subtexto: concepto que se trabaja en el “Método Stanislavski”, se basa en lo interno que hay en el trasfondo de las obras y los personajes: las emociones, intenciones y sentimientos.

La autora israelí plantea el análisis filosófico sobre la “realidad dramática”, que no es otra cosa que un proceso central que participa en la dramaterapia. Es más, establece que siempre y cuando los pacientes estén dentro de dicha realidad dramática, podemos decir que están realizando dramaterapia (Pendzik, 2003). Afirma que la fantasía existe en el ámbito privado y que la realidad dramática en el público; mientras la fantasía es subjetiva, interna y pertenece al contexto más personal que participa en la mente de las personas, la realidad dramática se vive aquí y ahora, experimentándose como una forma legítima y alternativa de la realidad.

Una de las características más importantes de la realidad dramática es que permite una mayor flexibilidad, es decir, los problemas y conflictos que son difíciles de resolver en la vida cotidiana, pueden ser resueltos dentro de esa realidad dramática, ya que

nos da la posibilidad de ver las distintas opciones para hacerlo. Con esta finalidad se apoya el “significado etimológico de la palabra “drama” es “hacer”, por tanto, atendiendo a ésta, realidad dramática es sinónimo de realidad a través de la acción, es decir, una invitación para actuar, hacer, manifestar y, por tanto, cambiar y transformar” (Penzik, 2006.p6).

Para que se pueda llevar a cabo dicho proceso, la autora establece cuatro tareas que debe realizar un dramaterapeuta:

1. Facilitar la transición entre la realidad ordinaria y la dramática.
2. Darle apoyo, enriquecer la materialización de la realidad dramática.
3. Hacer terapéuticas las intervenciones con la realidad dramática.
4. Ayudar a las personas que integren esa realidad dramática en su vida cotidiana.

1.1.3.4 Estructura general de una sesión de Dramaterapia

Cattanach (1994) establece que existen tres fases básicas en las sesiones de dramaterapia, muy similares a las fases de un ensayo en teatro convencional, éstas son las siguientes:

- a) Calentamiento: etapa en la que los participantes entran en contacto unos con otros y se crea la unidad grupal. Es cuando el terapeuta marca los límites y las reglas del trabajo posterior y establece los objetivos a conseguir. Se va entrando en la convención de la realidad dramática.
- b) Desarrollo: es la parte central de la terapia en la que se desarrollan las dramatizaciones según los temas a tratar de cada uno de los participantes o de algunos de ellos. Como ya han “entrado” en la realidad dramática, todo el acercamiento se hace desde ese lugar.

- c) Cierre: etapa en la cual se puede o no analizar desde fuera todo lo ocurrido en la fase anterior o simplemente dejar abiertas varias incógnitas para que los participantes trabajen con ellas en casa.

Tanto las fases de cierre como la de introducción tienen una metodología basada en rituales o dinámicas que generan “inicio a la actividad” o “vuelta a la calma” para facilitar ambos procesos de la forma menos abrupta posible.

1.1.4 Teatro terapéutico

1.1.4.1 Definición del término teatro terapéutico o para salud

El uso de la dramaterapia con fines clínicos o de prevención se ha expuesto en los apartados anteriores, siendo esta corriente un campo en plena expansión sobre todo en el ámbito de la investigación. Sin embargo, la falta de concreción y de acuerdo genera que exista un vacío a la hora de incluir o excluir trabajos que se encuentran a medio camino entre el teatro y la terapia y que no se autodenominan como dramaterapia. Como se pudo observar en la clasificación sobre el teatro aplicado (Figura 1), existen diversas fórmulas en las que el teatro se utiliza en el ámbito de la salud y el desarrollo personal.

Es, por tanto, necesario generar aquí un apartado teórico en el que poder englobar todas esas experiencias terapéuticas que se encuentran “en tierra de nadie” y que al mismo tiempo sirva como reflexión ante la falta de sistematización de muchos métodos, lo que provoca que exista una amalgama de nomenclaturas para etiquetar el mismo tipo de intervención.

Cuando hablamos de los orígenes del teatro como disciplina artística, se hizo patente su carácter social intrínseco, así como su relación con los procesos de curación. Muchos autores se han planteado si el teatro puede ser terapéutico sin proponérselo (Arias et al., 2020; Pendzik et al., 2016), sin tener una intencionalidad

terapéutica como tal, a lo que concluyen que sí es posible, ya que el acto de actuar frente a otras personas puede generar bienestar y satisfacción inmediatos (Bailey, 2009; Landy, 1997b).

Por tanto, ¿qué es el Teatro Terapéutico? Snow (2003) lo define como: “obra de teatro que debe desarrollarse con intenciones terapéuticas y el establecimiento de objetivos; ser facilitada por un terapeuta o un terapeuta teatral; y culminar en una representación para una comunidad más allá de la esfera social del propio grupo terapéutico” (p.76).

1.1.4.2 Trabajos científicos sobre teatro terapéutico

Como se ha comentado en apartados anteriores, la investigación en el ámbito de las terapias creativas progresivamente va creciendo. Con respecto al teatro como técnica terapéutica, existen diversas intervenciones que han llevado a cabo evaluaciones para ver cuál es el efecto de dicha disciplina en la salud de los participantes. Podemos hablar del uso de dichas técnicas para trabajar aspectos concretos de la salud de las personas, así como en prevención o educación de diversas variables. La participación en un proyecto teatral con fines terapéuticos es una modalidad de teatro aplicado a la salud, y se ha demostrado en los últimos años su eficacia con respecto a los objetivos marcados por los equipos terapéuticos.

Tras una intervención basada en la aplicación de técnicas teatrales, Pinelopi et al. (2022) obtuvieron resultados con una alta significación estadística con respecto al bienestar autopercebido tras el uso de técnicas teatrales en pacientes con epilepsia, aumentando, por tanto, la satisfacción tras la intervención.

Teóricamente, Pendzik (1994) realiza un análisis sobre la importancia que puede llegar a tener el hecho de “subirse al escenario” en las experiencias del teatro como terapia. Plantea que en algunas ocasiones esa “amplificación” puede beneficiar el proceso terapéutico del paciente, mientras que en otras puede ser

contraproducente. El beneficio proviene del hecho de que el paciente pueda romper varias barreras frente a los demás y porque se siente capaz de mostrar a otros lo conseguido, pero hay elementos como el miedo escénico o la ansiedad relacionada con mostrarse frente a otros, que pueden tornar esta experiencia como desagradable.

Como plantea Arias et al. (2020) *“el escenario tiene el poder de elevar y compartir las historias ocultas que retan a las normas culturales, la opresión y el sufrimiento”* (p. 1784). Ray y Pendzik (2021) plantean que el uso del teatro terapéutico autobiográfico ha demostrado tener un efecto importante en las funciones ejecutivas de los participantes activos, así como un beneficio general en el público asistente. Dichas funciones ejecutivas beneficiadas implican una mejora en la comunicación, en el pensamiento imaginativo y en la teoría de la mente debido a la práctica de técnicas como el rol-play, la improvisación o las interpretaciones teatrales.

Con respecto al trabajo con personas con algún tipo de Trastorno del Espectro Autista (TEA), existen en la literatura diversos trabajos en el campo del teatro terapéutico. El equipo de investigadores encabezados por Corbett (Corbett et al., 2011; Corbett et al., 2014; Corbett et al., 2016) han generado un modelo de intervención basado en el uso del teatro llamado SENSE Theatre en el cual varios actores jóvenes sin discapacidad sirven como modelos/compañeros en el proceso del montaje de una producción teatral para grupos de adolescentes con autismo. Se han observado mejoras en las habilidades sociales, en concreto en los aspectos relativos a la sensibilización social, la memoria facial y la teoría de la mente; asimismo, se ha demostrado que este tipo de experiencias reducen el estrés social que las personas con Autismo pueden llegar a sufrir.

Por su parte, en nuestro país, Fernández-Aguayo y Pino-Juste (2015) han llevado a cabo un estudio piloto con niños usuarios de un servicio de atención temprana, entre los cuales se encuentran sujetos con Trastorno del Espectro Autista

(TEA), Trastorno de la Comunicación Social y Deficiencia Cognitiva. Pese a ser una muestra pequeña, se observa una tendencia en la mejora de las habilidades sociales y las variables que participan en ellas: aumentan la desinhibición, el conocimiento y reconocimiento de las emociones, la comprensión e imitación y la adquisición de normas. Snow et al. (2003) también llevaron a cabo un estudio cualitativo con varios pacientes que presentaban déficit general del desarrollo con problemas cognitivos, sociales y comunicacionales. Se observa en dicha intervención, que la cohesión grupal aumenta al igual que la empatía y la autoestima de los participantes, asimismo son capaces de mostrar afrontamientos más sensibles y un aumento en la comunicación de sus propias emociones.

También se ha utilizado el teatro para el abordaje de personas con algún tipo de trastorno mental. Assad y Pedrão (2013) llevaron a cabo un estudio que establece el Teatro de lo Cotidiano como la manera de trabajar las posibles carencias que presentan personas con algún tipo de trastorno mental. Es una forma de intervención psicosocial. Este tipo de terapia está compuesta por: psicodrama, teatro espontáneo, teatro del oprimido, juegos de teatro, improvisación, teatralidad y simbolismo. Es un estudio cualitativo basado en el modelo de rehabilitación psicosocial y en el interaccionismo simbólico. En cada sesión se trata un tema diferente, sin embargo, tienen el mismo esquema y se trabajan de la misma manera, lo único que cambia es el tema a tratar. Las partes o fases de cada sesión fueron:

1. Calentamiento, ejercicios de concentración, de percepción
2. Dinámicas, juegos improvisaciones.
3. Abordaje del tema del día.
4. Dramatización del tema.
5. Coloquio sobre las dramatizaciones.
6. Opiniones personales sobre lo trabajado en la sesión.
7. Acuerdo grupal para nombrar, con una sola palabra, la sesión del día.

Se observa que los participantes caracterizan su discapacidad con la imposibilidad de desarrollar las actividades cotidianas, las rutinarias del día a día; éstas van a marcar sus relaciones sociales. Se concluye que, gracias al uso del teatro, los participantes fueron capaces de expresarse abiertamente sobre cada uno de los temas que se expusieron, así como de servirles para comunicarse y reconectarse socialmente (Assad & Pedrão, 2013).

Emunah y Jonhson (1983) describen cómo afecta a la autoimagen de pacientes psiquiátricos su participación en producciones teatrales. Establecen que los participantes suelen desarrollar “excitación” y “ansiedad” en el proceso de ensayos. La primera debido a ser aceptados en un grupo especial en el que van a poder “entrar” o formar parte de algo perteneciente a la sociedad. La ansiedad la desarrollan porque dudan de sus propias capacidades para ser un miembro de esa sociedad; piensan que pueden ser ignorados o menospreciados por el público que vea las obras. Desarrollan un sentimiento de inutilidad. Cuando las sesiones avanzan, un elemento que tiene mucho poder es el grupo en sí, ya que les proporciona un espacio seguro para mostrarse tal y como son; su autoimagen se expande y expresa sin tantas inseguridades. A la mitad del periodo de ensayos, se crea una identidad grupal muy cohesionadora, que les proporciona bastante protección. Sin embargo, pueden aparecer dificultades, ya que los pacientes psiquiátricos suelen exagerar los problemas que les van surgiendo y, por tanto, interfieren en el proceso (Emunah & Jonhson, 1983).

Existen dos tipos de estudios atendiendo al hecho de si van a representar frente a un público lo ensayado o no. En el caso que sí tengan establecida dicha representación/es, implica que pueda repercutir en la autoimagen, añadiendo, por ende, la posibilidad de aumento de presión y ansiedad en los participantes.

Los pacientes no están acostumbrados a tener éxitos y se plantean lo siguiente: Si la obra resulta un éxito, ¿dejaré de tener apoyo externo porque ven que soy capaz de cumplir objetivos? Es decir, desarrollan un miedo a que se les vea autosuficientes. El hecho de actuar proporciona a los pacientes una nueva imagen de fortaleza que mandan a la sociedad. Como las piezas teatrales se crean a través de la improvisación, exponen su autoestima al público; el aplauso al final de la obra significa un apoyo férreo a dicha autoestima y, por tanto, la autoimagen mejora. Los autores aconsejan que, tras el estreno, sigan existiendo vínculos con la puesta en escena o con el grupo creado; de esta manera se evita la posible vuelta al estado anterior. Muchos de ellos llevan a cabo varias actuaciones de dichas obras o siguen con el grupo trabajando algún otro proyecto. Hay incluso participantes que se sienten con la valentía de probar en grupos externos a los de la terapia (Emunah & Jonhson, 1983).

Con respecto a la aplicación de técnicas teatrales en intervenciones en el ámbito emocional y de la salud mental, Hylton et al. (2019) llevaron a cabo una intervención a través del teatro con alumnos de un centro donde se había producido un episodio de tiroteo, y tras la misma, se redujeron de forma significativa los síntomas asociados a la ansiedad, los síntomas depresivos y al trastorno de estrés post traumático (TEPT). Resultados similares también se obtuvieron en los otros dos grupos experimentales, los que tuvieron arteterapia (artes plásticas) y musicoterapia, con lo cual, se equipara la efectividad de las tres modalidades de intervención dentro de las terapias creativas.

Asimismo, se han implementado intervenciones teatrales con pacientes que padecen esquizofrenia, aumentando su capacidad en el reconocimiento emocional relacionado con las expresiones faciales (Mele et al., 2019). No obstante, se han encontrado resultados en contra del uso del teatro como terapia en pacientes con esta patología, ya que el nivel de ansiedad aumentó al mismo tiempo que disminuyó los valores de bienestar (Moore et al., 2017).

Enmarcado en el ámbito de los trastornos mentales, en España, Díaz-Sibaja et al. (2007) desarrollaron una intervención desde el teatro a través de 10-14 sesiones con 20 adolescentes con diversas patologías psicológicas y que tenían problemas con las habilidades sociales y con la autoestima. Tras la intervención se ve que es efectiva, con significación estadística, debido al aprendizaje incidental y al fomento de la generalización de las habilidades aprendidas.

También las técnicas teatrales se suelen aplicar a poblaciones de niños y jóvenes para trabajar distintas variables. Martín (2018) plantea que una intervención a través del teatro permite al niño percibir su cuerpo desde una totalidad tal que las dificultades o discapacidades existentes suelen pasar desapercibidas. A través del juego dramático, el niño es capaz de observar situaciones, de activar ideas y estructurarlas para que formen parte de las respuestas dadas a los diferentes estímulos presentes, y a aprender a través de la observación. La autora plantea que la manera que tiene el teatro de sombras, y el teatro en general, de generar emociones en los espectadores es a través de las neuronas espejo. Se ha llevado a cabo una intervención cuyos participantes muestran dificultades en el lenguaje, en la motricidad, tienen baja autoestima, nula conciencia corporal y dificultades en la comunicación interpersonal. Los resultados arrojan datos a favor de dicha intervención, suponiendo una mejora sustancial en la psicomotricidad, en el estado emocional, social, expresiva y comunicacional de los niños participantes (Martín, 2018).

Por su parte, Barnes (2013) obtiene resultados similares con un programa específico para niños de seis y siete años tras el que concluye que hacer teatro benefició a los participantes al aumentar su autoconocimiento emocional, la empatía y la capacidad comunicativa. Por otro lado, pese a obtener mejora en algunas escalas medidas, Rousseau et al. (2014) no pudieron concluir que el uso del teatro mejorara las dificultades en el aprendizaje, los problemas de conducta o las variables emocionales.

Fernández-Aguayo y Pino-Juste (2014) estudian la influencia de técnicas de dramatización para mejorar la cooperación y la creatividad en menores con riesgo de exclusión social cuyos resultados muestran una tendencia a favor de dicha intervención.

Respecto al trabajo con adolescentes, Granados (2009) busca averiguar si existe un posible impacto en las variables de personalidad que participan en las conductas antisociales y prosociales en un grupo de adolescentes de un colegio de un barrio marginado de Sevilla, tras una intervención artística general cuyo objetivo final es poner en pie un proyecto de teatro negro. Tras un análisis exhaustivo de los datos, se concluye que ha habido una mejora general en las variables medidas por el cuestionario de Personalidad EPQ-J tras la intervención artística. Asimismo, siguiendo en el ámbito educacional, Callejón-Chinchilla (2012) también implementa un programa de teatro negro con alumnos, obteniendo resultados estadísticamente significativos en “Dureza” y “Consideración con los demás”, mejorando las relaciones interpersonales entre ellos.

También en nuestro país, Arroyo-Naranjo (2016) realizó un estudio piloto con 10 ancianos institucionalizados, mediante el cual se quiere ver si una experiencia con un taller de teatro para personas mayores institucionalizadas tiene un efecto positivo en las relaciones interpersonales, valoradas mediante la Escala de UCLA (University California Los Angeles) de Russel (1996). Los participantes en el estudio, al tener un gran número de horas de tiempo libre, aumentan la probabilidad de que se aislen socialmente y pierdan su autoconcepto. Al contar con un bajo apoyo social, varios aspectos se ven afectados: baja el bienestar, las interacciones sociales se afectan, la autoimagen física y psicológica se ven perjudicadas y creen que tienen menos capacidades de las que realmente pueden desarrollar. El hecho de que no existan apenas actividades grupales, no facilita la comunicación y la relación entre los usuarios de los centros residenciales. Fomentar actividades que ayuden a la participación social, es un elemento seguro para preservar el posible deterioro de las

habilidades sociales entre los ancianos. La elección de una actividad grupal basada en el teatro permite que las personas participantes cuenten con una mayor socialización y una mejora del autoconcepto. Tras la intervención, se observó que la puntuación en la escala mejora, por lo que se concluye, que las relaciones interpersonales mejoran tras la participación en el taller de teatro, así como la puntuación general de soledad (Arroyo-Naranjo, 2016).

Asimismo, el uso del teatro como herramienta terapéutica también tiene su razón de ser en las intervenciones de tipo preventivas, pese a que no todas muestran resultados significativos.

Neumark-Sztainer et al. (2009) llevaron a cabo un estudio en el que se planteaba una intervención con niños entre 9 y 12 años y sus padres; el objetivo era crear nuevos hábitos con respecto a la alimentación saludable a través del teatro. El programa está compuesto por tres tipos de sesiones:

1- Sesiones de teatro

14 sesiones de dos horas de duración en la que se introducen a los participantes las técnicas teatrales y dinámicas a través de las cuales se profundiza en conceptos como: mejora de la imagen corporal, hábitos saludables, reducción del sedentarismo y aumento de autoestima. Se cierran estas sesiones con la muestra a público de una obra creada por ellos mismos.

2- Sesiones “impulsoras”

Ocho sesiones en las que desarrollan la creatividad e intentan trasladar en casa lo aprendido en las sesiones con respecto a los hábitos saludables.

3- Sesiones con la familia

Actividades comunes y organización de jornadas para las familias.

El 75 % de los niños y el 90% de los padres se muestran satisfechos con el programa. Sin embargo, concluyen que, aunque sí existen tendencias hacia hábitos

saludables tras haber participado en el programa, el teatro no fue lo suficientemente eficaz para generar cambios importantes en los hábitos debido a la falta de significación estadística de la mayoría de las variables estudiadas (Neumark-Sztainer et al., 2009).

Por su parte, Joronen et al. (2012) también implementaron un programa de psicoeducación con carácter preventivo respecto a las relaciones sociales y el acoso escolar, de una duración de 8 semanas en pre-adolescentes con edades comprendidas entre los 9 y los 12 años. Los resultados obtenidos en el grupo experiemntal muestran una mejora en las relaciones sociales, sin embargo, no todos los factores son estadísticamente significativos.

Siguiendo en el ámbito de la prevención, Costa-Hermeto et al. (2013) realizan un estudio de tipo cualitativo con 10 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 18 en situación de vulnerabilidad social. Se evidenció que las actividades de teatro utilizadas como recurso terapéutico ocupacional constituyen un potente recurso para la prevención de usos de drogas ilícitas, favoreciendo el aumento de la autoestima, la reestructuración del modelo de identidad social, el descubrimiento de potencialidades y capacidades de los adolescentes para ser agentes multiplicadores de la prevención de uso de drogas en la comunidad. Como plantean los autores de la investigación: “El teatro proporciona al ser humano la capacidad de autoexpresarse, de respresentar situaciones de lo cotidiano. El papel del teatro en la prevención de drogas, permite a la persona que se apropie de su papel individual, social y cultural para estar dentro de un espacio para expresar los conflictos y concienciarse sobre los problemas cotidianos.” (Costa-Hermeto et al., 2013. p.6).

Felsman et al. (2023), intervienen también en población pre-adolescente y adolescente de varios centros educativos y obtienen resultados estadísticamente significativos respecto con la intolerancia a la incertidumbre, la cual se reduce tras la

intervención a través de técnicas teatrales; dicha reducción se presupone que disminuye, a su vez, los niveles de la ansiedad social.

1.1.5 Otras modalidades de teatro aplicado

En la exposición de los distintos tipos de Teatro Aplicado se presentaron diversas tipologías atendiendo al ámbito en el que se enmarcaban. En una de las intervenciones menores desarrolladas en el corpus práctico de esta tesis se encontrará una intervención de TA que está a medio camino entre tres tipos de estas modalidades. Por lo tanto, es necesario exponer claramente el trasfondo teórico y funcional de las mismas para después poder enmarcar el trabajo realizado. Pese a situarse en un término medio de las distintas fórmulas, su ámbito de acción es meramente social, aunque previsiblemente presente una tendencia a generar beneficios en la salud de los participantes.

Schuchner y Ferrandis (2017), respecto a la dramaterapia en el ámbito social, postulan que “se utiliza en cualquier lugar donde la gente necesite expresarse, hablar, ser escuchada, debatir, entender... prácticas centradas en la condición humana, dinámicas y en ocasiones, divertidas y desenfadadas, conducentes al cambio.” (p. 17).

El Teatro Popular tiene como objetivo una utilidad política mediante el cual se intenta realizar algún tipo de modificación en los miembros de la sociedad en la que se enmarca la actividad o representación. Para ello se ponen en práctica recursos escénicos vistosos de forma que sean capaces de disimular o disfrazar el verdadero objetivo de la pieza, a modo de lo que establece Brecht con el “Distanciamiento”. En conclusión, a través de piezas estéticamente llamativas, pero con temática social, se pretende generar una reflexión abierta en el público asistente, ya que al ser pertenecientes a la misma comunidad son capaces de conectar con la problemática expuesta en la representación (Landy & Montgomery, 2012; Motos & Ferrandis, 2015; Sedano-Solís, 2017).

En el caso del Teatro para el Recuerdo es una invitación a que las personas mayores hagan coincidir sus recuerdos, sus preocupaciones, sus posturas e inquietudes con una temática variada en un mismo espacio, en este caso, el escenario. La finalidad de este tipo de teatro aplicado no es otra que generar un proceso de recuerdo del pasado, desde una perspectiva emocional que ayude a los participantes a interactuar con el resto de los colectivos de la sociedad (Ferrandis, 2020). Este momento escénico, puede servir para conectarse de forma intrageneracional. Asimismo, puede llegar a crear un vínculo intergeneracional, necesario en las sociedades modernas con un envejecimiento en aumento (Landy & Montgomery, 2012). Motos & Ferrandis (2015) plantean que este tipo de TA se puede incluir dentro del teatro para la educación y la dramaterapia, ya que no deja de ser una experiencia pedagógica para el posible espectador, a la vez que beneficiosa para la salud de sus participantes activos.

El Teatro Comunitario, cuyo origen data de la década de los 70 en el Reino Unido y en EEUU, es un tipo de teatro social que se ejecuta por y para los miembros de una comunidad o colectivo concreto. Para desarrollar el contenido escénico que se va a trabajar y posteriormente presentar al público, es necesario el trabajo de un dramaturgo profesional que ponga en pie los contenidos que el grupo quiera desarrollar (Landy & Montgomery, 2012; Motos & Ferrandis, 2015; Sedano-Solís, 2017). Bidegain (2007) establece que el propósito de los participantes no es terapéutico ni lúdico, sino que implica una integración e inclusión de todos los miembros que quieran formar parte del colectivo y, por ende, la aceptación de sus ideas o propuestas.

2. Implementación de programas de intervención

2.1 Estudios de dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional: una revisión sistemática

2.1 Estudios de dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional: una revisión sistemática

2.1.1 Introducción

Pese a que en el campo de la dramaterapia no existe una gran cantidad de revisiones sistemáticas o de meta-análisis, en los últimos años han ido aumentando de manera progresiva haciendo que la disciplina vaya ganando en rigor metodológico (Orkibi et al., 2023).

Se han realizado varias revisiones sistemáticas sobre el uso de la dramaterapia donde se destaca que es un área de investigación en crecimiento, pero “que necesita metodologías más vigorosas, robustas y diseños transparentes” (Bourne et al., 2018. p. 8). Se han establecido estudios sistemáticos con poblaciones muy diversas, incluidas personas con dificultades de comunicación debido a problemas verbales o cognitivos (Feniger-Schaal & Orkibi, 2020). Asimismo, los componentes emocional y expresivo también están presentes (Bololia et al., 2022; Keiller et al., 2022). Sin embargo, como tema central de la mayoría de las revisiones, se destaca la salud mental general en relación con intervenciones basadas en la dramaterapia (Bourne et al., 2018; Jiang et al., 2023; Orkibi et al., 2023). Progresivamente, el teatro se está utilizando como terapia cada vez en más ámbitos y, consecuentemente, han aumentado los estudios, aunque todavía con muestras pequeñas y algunos problemas metodológicos (Bourne et al., 2018; Leather & Kewley, 2019).

Armstrong et al (2019) y Feniger-Schaal y Orkibi (2020) animan a los profesionales en el campo a participar en la puesta en común teórica y se fomenta la investigación sistemática y empírica, ya que la dramaterapia carece de tales estudios, a pesar de la amplia variedad de contextos y poblaciones en las que se ha aplicado. En consecuencia, las revisiones sistemáticas y bibliométricas están aumentando debido al interés por organizar la literatura en este campo (Armstrong et al., 2019; Bololia et al., 2022; Bourne et al., 2018; Constien et al., 2024; Cook et al., 2024; Dunphy et al., 2019;

Feniger-Schaal & Orkibi, 2020; Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018; Jiang et al., 2023; Keiller et al., 2023; Keiller et al., 2024; Korde et al., 2023; Leather & Kewley, 2019; Melvin et al., 2024; Orkibi et al., 2023). Éstos versan sobre poblaciones con diferentes edades y patologías y con la intervención dramaterapéutica como nexo de unión (Bololia et al., 2022; Bourne et al., 2018; Constien et al., 2024; Dunphy et al., 2019; Feniger-Schaal & Orkibi, 2020; Fernández-Aguayo & Pino-Juste, 2018; Keiller et al., 2023; Keiller et al., 2024; Leather & Kewley, 2019; Melvin et al., 2024; Orkibi et al., 2023). Asimismo, se han realizado estudios sobre teorías y temas (Armstrong et al., 2019; Cook et al., 2024; Korde et al., 2023). También hay revisiones en función de las características del momento histórico-temporal (Jiang et al., 2023).

En el caso de la presente revisión, el objetivo principal es estudiar dos aspectos interrelacionados: conocer y clasificar las intervenciones sobre la comunicación y cuestiones emocionales y anímicas mediante el uso de la dramaterapia. Se afirma que la curación a través de la dramaterapia permite a la persona investigar sus propias emociones desde lo real y lo imaginario (Andersen-Warren & Grainger, 2000; Meldrum, 1994; Moneta & Rousseau, 2008). También se sostiene que la dramaterapia y el uso de técnicas teatrales aumenta la posibilidad de comunicación, tanto verbal como no verbal, “intra (autoexploración) e interpersonal (frente a un público)” (Geiger et al., 2020).

Los objetivos específicos son los siguientes: 1. Identificar y comparar las metodologías de cada estudio. 2. Caracterizar las muestras en las que se han aplicado las intervenciones. 3. Precisar qué variables se estudian en cada intervención. 4. Analizar las conclusiones de los estudios.

2.1.2 Método

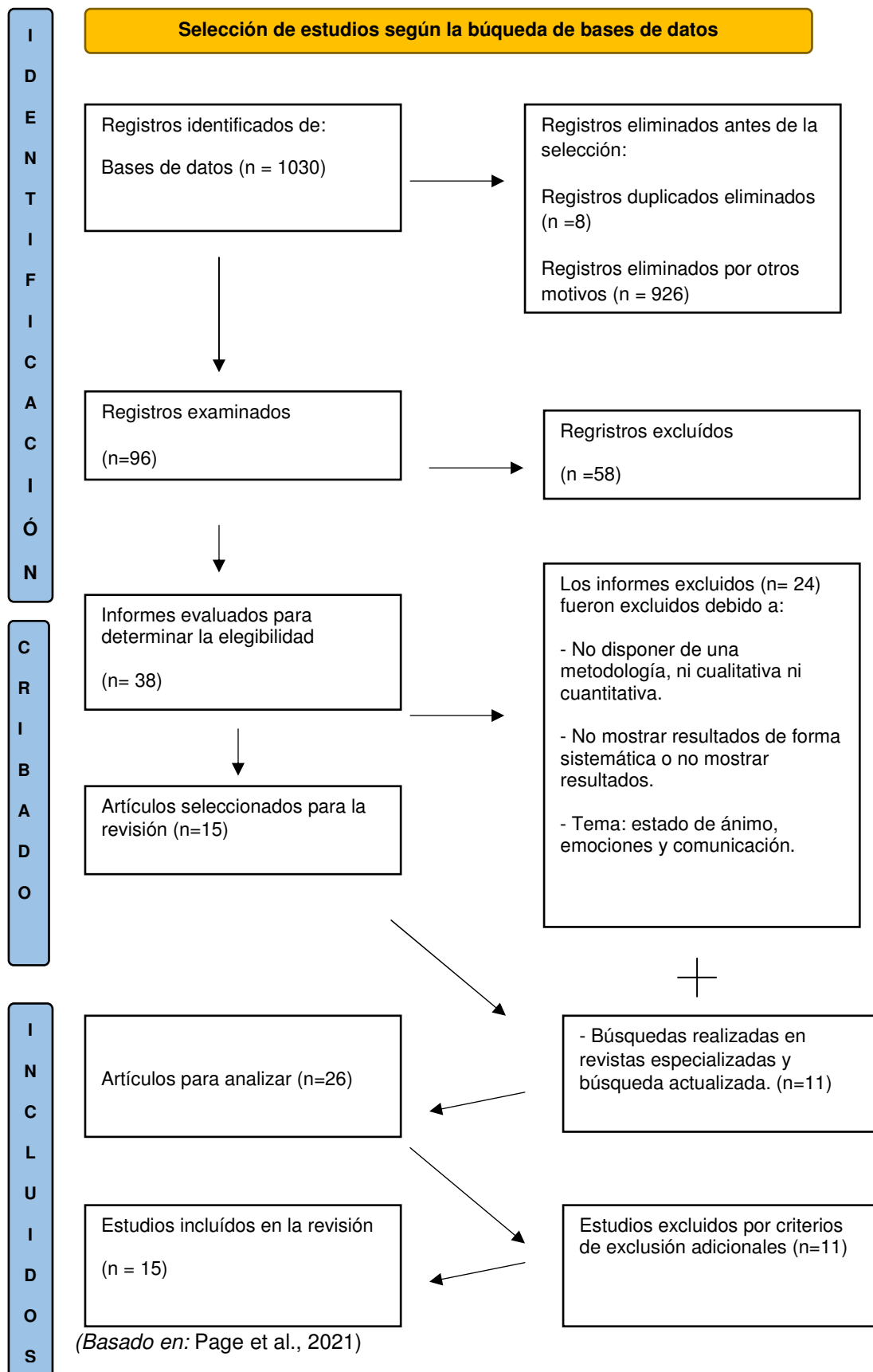
2.1.2.1 Protocolo

Se realizó una búsqueda en el Registro Prospectivo Internacional de Revisiones Sistemáticas (PROSPERO; Center for Reviews and Dissemination University of York, 2016) para averiguar la existencia de estudios o revisiones sobre el uso de la dramaterapia con variables emocionales y comunicacionales, sin resultados según nuestros términos. Por lo tanto, en octubre de 2022, nuestra revisión fue registrada en PROSPERO (CRD42022351819).

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo los elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA), establecidos para proporcionar revisiones o metanálisis transparentes (Moher et al., 2009).

Figura 2:

Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de datos de revisión



2.1.2.2 Estrategia de búsqueda y proceso de selección.

Se realizó una búsqueda en cinco bases de datos: Web of Science, Pubmed, PsylInfo, Scopus y Psycodoc. Los términos y booleanos utilizados en la búsqueda fueron "Dramatherapy" OR "Drama Therapy", "(Dramatherapy" OR "Drama Therapy") AND "anxiety" AND "mood" AND "communication". Se acotó la búsqueda exclusivamente a artículos de revistas. Se aplicaron los filtros de: idioma (solo artículos en inglés o español) y la exclusión de artículos sobre "psicodrama".

Al principio se encontraron un total de 1030 documentos entre todas las bases de datos (ver Figura 2). La primera fase tuvo como objetivo descartar artículos cuya temática no fuera la adecuada, debido al uso del término "drama" con significados totalmente diferentes. A pesar de haber aplicado filtros en la búsqueda, se realizó un cribado preliminar para excluir capítulos de libros y artículos que trataran sobre psicodrama. A continuación, se procedió a la detección de posibles duplicados entre las búsquedas en las diferentes bases de datos. Una vez completado este paso, fue necesario pasar a la lectura de los resúmenes para ver si los textos cumplían con los criterios de inclusión. En este punto quedaron un total de 38 artículos, los cuales fueron leídos en su totalidad y de los cuales se eligieron 14 que cumplieron con todos los criterios de inclusión.

Al finalizar el proceso de búsqueda a través de las bases de datos, se decidió realizar una búsqueda específica en varias revistas especializadas en el tema. Las revistas elegidas fueron: Arts & Health, Arts in Psychotherapy, The Journal of Applied Theatre and Performance, Dramatherapy, Drama Therapy Review y Empirical Studies of the Arts. Aunque todos ellos fueron incluidos en los resultados iniciales, se realizó una búsqueda más exhaustiva, especialmente de artículos publicados entre 2020 y 2024. Desde este punto, se fueron sumando los artículos que cumplían con los mismos criterios utilizados anteriormente. Asimismo, se realizó una última búsqueda a al final de mes de diciembre de 2024, para incluir los trabajos más recientes. En

consecuencia, se incluyeron 11 textos más, finalizando el proceso de búsqueda a finales del año 2024. Finalmente, se seleccionaron 26 artículos en total para el análisis.

Tabla 4

Estudios excluidos en la revisión sistemática sobre dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional

AUTORES Y AÑO	TÍTULO	REVISTA	TIPO DE INTERVENCIÓN
Corbett et al., 2011	Brief Report: Theatre as Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder.	Journal of Autism and Developmental Disorders.	Programa de Expresión teatral basado en un modelo de modificación de conducta junto con técnicas teatrales.
Joronen et al., 2012.	An evaluation of a drama program to enhance social relationships and anti-bullying at elementary school:a controlled study.	Health Promotion International	Actividades teatrales diseñadas por los autores del estudio.
Rousseau et al., 2014.	A Cluster Randomized-Controlled Trial of a Classroom-Based Drama Workshop Program to Improve Mental Health Outcomes among Immigrant and Refugee Youth in Special Classes	Plos One.	Programa "Expresión teatral"
Moore et al., 2017.	Development and Pilot Randomized Control Trial of a Drama Program to Enhance Well-being Among Older Adults	The Arts in Psychotherapy.	Taller de teatro
Hylton et al., 2019.	Improvements in adolescent mental health and positive affect using creative arts therapy after a school shooting: A pilot study	The Arts in Psychotherapy.	Campamento de artes
Mele et al., 2019.	Efficacy of theatre activities in facial expression categorization in schizophrenia	The Arts in Psychotherapy.	Actividades teatrales
Mundt et al., 2019.	Initiating Change of People With Criminal Justice Involvement Through	Frontiers in Psychiatry	Participación en un taller de teatro

	Participation in a Drama Project: An Exploratory Study		
Celume et al., 2020.	Developing Children's Socio-Emotional Competencies Through Drama Pedagogy Training: An Experimental Study on Theory of Mind and Collaborative Behavior	Europe's Journal of Psychology	Teatro Pedagógico
Wood et al., 2020a.	Aphasia Park: A pilot study using the co-active therapeutic theater model with clients in aphasia recovery	The Arts in Psychotherapy	CoActive Therapeutic Theater (CoATT) Model
Pinelopi et al., 2022.	Changes in the quality of life of persons with epilepsy, after the implementation of an occupational therapy intervention with drama activities	Epilepsy & Behavior	Actividades teatrales
Felsman et al., 2023.	Reducing social anxiety and intolerance of uncertainty in adolescents with improvisational theater	The Arts in Psychotherapy	Teatro improvisacional

Sin embargo, al final del proceso, debido a la falta de claridad sobre qué es la dramaterapia frente al uso del teatro como herramienta terapéutica o pedagógica, se decidió excluir 11 estudios (Tabla 4); ya que no cuentan con el término dramaterapia de forma explícita en su título o que no tienen su fundamento teórico basado en alguna de las teorías existentes en la materia. Por tanto, de los 26 artículos seleccionados, 15 de ellos se consideró que versan sobre estudios de dramaterapia; por lo tanto, se realiza el análisis detallado para estos artículos.

2.1.2.3 Criterios de exclusión e inclusión

Para realizar el análisis sistemático se establecieron una serie de criterios de exclusión e inclusión (Tabla 5).

Tabla 5

Criterios de exclusión y de inclusión de estudios de dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional

EXCLUSIÓN	INCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Basado en Psicodrama - Libro - Capítulo de libro o manual - Desarrollo teórico o ensayo - Sin metodología clara - No muestra resultados - Cualquier tipo de "Teatro Aplicado" diferente a la Dramaterapia o Drama terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Idioma: inglés o español - Artículo de revista - Título que contenga: "dramatherapy", "drama therapy", "Artes Escénicas", "Drama", "Actuación", "Teatro" o "Realidad Dramática". - Término de "dramaterapia" o "drama terapia" incluido en título o justificación teórica. - Intervención educativa, psicosocial o terapéutica - Temas: Dramaterapia para trabajar las emociones, el estado de ánimo y la comunicación. - Metodología cualitativa o cuantitativa - Mostrar resultados

2.1.3 Resultados

En la Tabla 6 podemos observar los datos principales sobre los estudios seleccionados en la revisión.

2.1.3.1 Características de los estudios

2.1.3.1.1 Muestras de estudios seleccionados

En cuanto al número de participantes en los estudios o intervenciones, observamos que hay muestras con menos de 20 personas (Campbell-Kirk, 2015; Chang et al., 2019; D'Amico et al., 2015; Jaaniste et al., 2015; Keulen-de Vos et al., 2017; McLachlan & Laletin, 2015; Mondolfi & Pino-Juste, 2021; Mondolfi et al., 2021; Porter, 2014; Reiss et al., 1998; Wu et al., 2020) y muestras con un tamaño superior a

20 (Feniger-Schaal & Koren-Karie, 2021; Keisari & Palgi, 2017; Lin et al., 2022; Rousseau et al., 2007).

Tabla 6

Estudios seleccionados en la revisión

AUTOR Y AÑO	TÍTULO	REVISTA	PAÍS
Reiss et al., 1998.	Drama Therapy for mentally disordered offenders: Changes in levels of anger.	Criminal Behaviour and Mental Health	Reino Unido
Rousseau et al., 2007.	Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: a pilot study	Clinical Child Psychology and Psychiatry	Canadá
Porter et al., 2014.	Making sense: Drama Therapy with adults with Asperger's Syndrome	Dramatherapy	Reino Unido
Campbell-Kirk, 2015.	Drama Therapy with women survivors of domestic abuse: a small scale research study.	Dramatherapy	Reino Unido
D'Amico et al., 2015.	Evaluating the efficacy of drama therapy in teaching social skills to children with Autism Spectrum Disorders.	Drama Therapy Review	Canadá
Jaaniste et al. 2015.	Psychotherapy Drama therapy with older people with dementia—Does it improve quality of life?	The Arts in Psychotherapy	Australia
McLachlan & Laletin, 2015.	An evaluation of a mindfulness group in CAMHS using Drama Therapy practice	Dramatherapy	Reino Unido
Keulen-de Vos et al., 2017.	Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques	The Arts in Psychotherapy	Holanda
Keisari & Palgi, 2017.	Life-crossroads on stage: Integrating life review and drama therapy for older adults.	Aging & Mental Health	Israel
Chang et al., 2019.	Drama Therapy Counseling as Mental Health Care of College Students	International Journal of Environmental Research of Public Health	Taiwan
Wu et al.,	Early intervention for children with	Children and	China

2020.	intellectual and developmental disability using drama therapy techniques.	Youth Services Review	
Feniger-Schaal & Koren-Karie, 2021.	Using Drama Therapy to Enhance Maternal Insightfulness and Reduce Children's Behavior Problems	Frontiers in Psychology	Israel
Mondolfi & Pino-Juste, 2021.	Therapeutic Achievements of a Program Based on Drama Therapy, the Theater of the Oppressed, and Psychodrama With Women Victims of Intimate Partner Violence	Violence Against Women	España
Mondolfi et al., 2021.	Designing short-term drama therapy with people who have Parkinson's disease in Vigo, Spain	Drama Therapy Review	España
Lin et al., 2022.	Effects of Drama Therapy on Depressive Symptoms, Attention, and Quality of Life in Patients with Dementia.	Journal of Nursing Research	Taiwan

Respecto al resto de datos muestrales se ha encontrado cierta variabilidad. Por ejemplo, según el tipo de patología o problema a tratar mediante las intervenciones, se establecen tres grupos distintos: el primero de ellos son las personas con un problema mental o conductual. En este grupo también se encuentra heterogeneidad: se pueden observar muestras con problemas de desarrollo, de conducta y de discapacidad intelectual grave (Wu et al., 2020), niños con trastorno del espectro autista o síndrome de Asperger (D'Amico et al., 2015; Porter, 2014), psicopatías generales (Chang et al., 2019; Keulen-de Vos et al., 2017; McLachlan & Laletin, 2015), demencia senil (Jaaniste et al. 2015; Lin et al., 2022) y la enfermedad de Parkinson (Mondolfi et al., 2021).

El segundo grupo incluye participantes que han sufrido algún tipo de evento o situación traumática que les ha los llevó a sufrir cualquier tipo de problema emocional o anímico; dentro de este grupo se pueden encontrar dos subgrupos: mujeres que han sufrido violencia doméstica (Campbell-Kirk, 2015; Mondolfi & Pino-Juste, 2021), mayores con problemas psicológicos asociados al envejecimiento (Keisari & Palgi, 2017) y personas reclusas con problemas emocionales (Reiss et al., 1998).

Como tercer grupo resultante de este análisis, se incluyen personas que no tienen una patología clara, pero algunas variables relacionadas con su estado de ánimo pueden afectar a otras. Se destaca que existe un estudio cuya población objetivo son las madres cuyo comportamiento podría ser responsables de un estilo educativo deficiente, que es evaluado como motivo de problemas conductuales y emocionales en sus hijos (Feniger-Schaal & Koren-Karie, 2021).

2.1.3.1.2 Metodología de los estudios seleccionados.

Cabe señalar que existen estudios de dramaterapia que carecen de grupos de control. Esto podría deberse a la idiosincrasia de las intervenciones y al tiempo necesario para realizarlas. En la presente revisión, 9 estudios no tienen grupo control (Chang et al., 2019; D'Amico et al., 2015; Feniger-Schaal & Koren-Karie, 2021; Keulen-de Vos et al., 2017; McLachlan & Laletin, 2015; Mondolfi & Pino-Juste, 2021; Mondolfi et al., 2021; Porter, 2014; Reiss et al., 1998; Wu et al., 2020), frente a cinco que sí lo tienen (Campbell-Kirk, 2015; Keisari & Palgi, 2017; Jaaniste et al., 2015; Lin et al., 2022; Rousseau et al., 2007).

Tabla 7

Porcentaje de variables evaluadas en los estudios incluidos en la revisión sistemática sobre dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional

Variables evaluadas en los estudios de la revisión sistemática	Número de estudios/ Porcentajes (%)
Nivel de ira	2 estudios /13 %
Herramientas comunicativas	3 estudios /19 %
Vulnerabilidad emocional	1 estudio / 7 %
Expresión emocional	2 estudios / 13 %

Angustia psicológica	1 estudio / 7 %
Mindfulness	1 estudio / 7 %
Ansiedad	1 estudio / 7 %
Depresión	2 estudios /13 %
Perspicacia paterna	1 estudio / 7 %
Comportamientos en niños/as	1 estudio / 7 %

Las variables evaluadas son diversas, debido a la heterogeneidad de cada estudio. En la tabla 7 se muestran los porcentajes de cada uno, todos ellos pertenecientes al espectro de la emoción y la comunicación.

Se puede establecer que también existe variabilidad en cuanto a los tipos de metodología aplicada. Esto se puede comprobar en nuestra propia búsqueda ya que siete de los artículos seleccionados son estudios cuantitativos, frente a cuatro puramente cualitativos y cuatro que combinan ambas metodologías. En el caso de estudios cuantitativos o mixtos, en cada uno de ellos se utilizan instrumentos estandarizados, pero en ninguno de ellos coincide. Cabe destacar que algunos de ellos realizan estudios pre/post (Chang et al., 2019; D'Amico et al., 2015; Jaaniste et al., 2015; Keisari & Palgi, 2017; Lin et al., 2022; McLachlan & Laletin, 2015; Mondolfi & Pino-Juste, 2021; Mondolfi et al., 2021; Reiss et al., 1998; Rousseau et al., 2007).

En los estudios cualitativos podemos encontrar trabajos que utilizan registros observacionales estandarizados o algún tipo de instrumento cualitativo ad hoc para la anotación de los hallazgos (Jaaniste et al., 2015; Keulen-de Vos et al., 2017; Porter, 2014; Wu et al., 2020;) y, como ocurre con los instrumentos cuantitativos, todos son diferentes, dificultando la comparación.

Respecto al tipo de intervención, los diseños son diferentes debido a la variabilidad de las técnicas implementadas. Sólo dos estudios comparten la misma propuesta de intervención (Keulen-de Vos et al., 2017; Mondolfi et al., 2021). El resto de artículos proponen protocolos diferentes.

2.1.3.1.3 Resultados de estudios seleccionados

La mayoría de los resultados (Tabla 8) muestran datos a favor de la intervención con dramaterapia para resolver problemas emocionales y comunicacionales, como se puede comprobar en los estudios de Chang et al. (2019), con significaciones menores a ,01 en varias escalas; Feniger-Schaal y Koren-Karie (2021) con parte de los resultados estadísticamente significativos ($p = 0,003$); Keulen-de Vos et al. (2017), con significaciones de $p = ,017$, $p = ,014$ y $p = ,006$ y Reiss et al. (1998) con unas significaciones de $p = ,02$, $p = ,04$, $p = ,02$ y $p = ,01$ en distintas escalas del Inventario de Ira y en el STAXI. Por su parte, Rousseau et al. (2007) y Mondolfi et al., (2021) no obtienen resultados significativos de mejora emocional, pese a mejorar los niveles de los mismos, ratificados por los datos cualitativos.

En otros, sin embargo, muestran resultados cercanos a la significación o simplemente no se especifican. Por otro lado, los estudios cualitativos generalmente muestran resultados positivos para la intervención (Jaaniste et al., 2015; McLachlan & Laletin, 2015; Mondolfi & Pino-Juste, 2021; Porter et al., 2014; Wu et al., 2020).

Tabla 8

Resultados y conclusiones de los estudios seleccionados en la revisión sistemática sobre dramaterapia en el ámbito emocional y comunicacional

AUTORES Y AÑO	RESULTADOS	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	CONCLUSIONES
Reiss et al., 1998.	<p>Inventario de Ira: estadísticamente significativo.</p> <p>STAXI: Hay diferencias significativas solo para algunas escalas.</p>	<p><u>Inventario de ira</u></p> <p>Escala de 'cómo de enfadado':</p> <p>$p = ,02$</p> <p>escala 'cómo reaccionar':</p> <p>$p = ,04$</p> <p><u>STAXI</u></p> <p>T-escala de ira:</p> <p>$p = ,02$</p> <p>Escala AX/con:</p> <p>$p = ,01$</p>	<p>Se observa una reducción significativa en la ira autoinformada en pacientes con antecedentes de violencia severa. También hay una mejora en la sección de ira rasgo del STAXI, específicamente en las escalas de respuesta psicológica y conductual del inventario de ira.</p>
Rousseau et al., 2007.	<p>No hay diferencias significativas en ninguna escala en las pruebas t de muestras emparejadas, pero sí diferencias significativas en la regresión de muestras independientes.</p>	<p>-Informe de los docentes:</p> <p>-Interferir en las amistades ($p < .05$)</p> <p>- Angustia ante las dificultades ($p = .024$)</p> <p>- Interfiere con la vida hogareña ($p = .030$)</p> <p>- Interfiere con las amistades ($p = .023$)</p> <p>- Interfiere con las actividades de ocio ($p = .049$)</p> <p>- Puntuación de impacto total ($p = 0,019$)</p>	<p>Aunque la intervención no tiene ningún efecto sobre los síntomas informados por los adolescentes o los maestros, disminuye significativamente la percepción global de los síntomas y disminuye la interferencia de los síntomas con las amistades, la vida familiar y las actividades de ocio.</p>
Rousseau et al., 2007	<p>Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ no estadísticamente significativo</p> <p>Self Esteem Scale SES no estadísticamente</p>	<p>SDQ:</p> <p>Síntomas emocionales:</p> <p>$p = ,12$ en grupo experimental</p> <p>SES: $p = ,17$</p>	<p>Los resultados sugieren que los talleres pueden repercutir en la adaptación social de los inmigrantes y refugiados recién llegados. Al igual que en su</p>

	significativo		rendimiento escolar.
	Rendimiento escolar mejora.		
Porter et al., 2014.	Se trabajaron las áreas de deficiencia de los sujetos y se observó una mejora especialmente en las siguientes: comunicación, interacción social, conversación, pensamientos, emociones, concentración, organización, conceptualización y sentido de la experiencia.	No especificado	Los sujetos, después de la breve intervención con dramaterapia, comenzaron a dar sentido a sus situaciones de manera más consciente. Gracias a la dramaterapia, los clientes pudieron sistematizar estas mejoras.
Campbell-Kirk, 2015.	NÚCLEO-OM: Reducción de la angustia mental en el grupo experimental fue significativo al final de la dramaterapia.	No especificado	Aunque las mujeres del grupo de control también mostraron mejoras después de los talleres a los que asistieron, no se puede concluir que estas fueran significativas, como lo fueron para el grupo experimental.
D'Amico et al., 2015.	Social Skills Improvement System-Rating Scales (SSIS-RS)	Resultados significativos: -Compromiso con otros. -Externalización. -Hiperactividad. -Desatención y Comportamientos problemáticos	Existe una influencia positiva de la intervención sobre las relaciones sociales en niños con TEA. Reduce las conductas problemáticas y aumenta la creatividad y la imaginación.
Jaaniste et al. 2015.	Sin resultados estadísticamente significativos. Las variables medidas en la investigación fenomenológica apoyan la sugerencia de una mejora en las puntuaciones del cuestionario cuantitativo, aunque no fue significativa. Los datos cualitativos sugieren que aspectos como las	No hay resultado significativos.	Aunque no se obtuvieron resultados cuantitativos significativos, la investigación cualitativa no sólo respalda la mejora sugerida en la calidad de vida, sino también que las personas con demencia pueden mejorar en la forma en que expresan

	relaciones, las habilidades comunicativas y la identidad personal sufren modificaciones.		sus sentimientos y se relacionan con los demás.
McLachlan & Laletin, 2015.	<p>Medidas cuantitativas:</p> <p>Las puntuaciones CAMM mostraron que no hubo cambios significativos.</p> <p>RCADS: cambios mínimos en las puntuaciones.</p> <p>Medidas cualitativas:</p> <p>ESQ: responde a favor.</p>	No especificado	Los resultados cuantitativos no mostraron mucha evidencia, sin embargo, los resultados cualitativos apuntan a una mayor confianza y una mejor comprensión de la atención plena y su práctica.
Keisari & Palgi, 2017.	Los índices de sentido de la vida, autoaceptación y éxito en la experiencia del envejecimiento aumentaron significativamente en el grupo experimental. Los síntomas depresivos disminuyeron en este grupo.	<p>-Significado en la vida $p < .001$</p> <p>-Autoaceptación $p < .001$</p> <p>-Éxito en la experiencia del envejecimiento $p < .05$</p> <p>-Síntomas depresivos $p < .001$</p>	La participación en la intervención demostró un efecto positivo, ya que mejoró la salud mental y el bienestar psicológico.
Keulen-de Vos et al., 2017.	<p>Se ha observado que los sujetos mostraron una mayor vulnerabilidad emocional en tres de las cinco sesiones.</p> <p>Con respecto a la "ira" no hay resultados concluyentes.</p>	<p>La intervención provocó un "modo de niño más vulnerable" en comparación con la puntuación de referencia</p> <p>$p = ,017$</p> <p>Los clientes expresaron un "modo de niño vulnerable" significativamente más intenso después de que se inició la intervención que antes del inicio de la intervención.</p> <p>$p = ,014$</p> <p>Los participantes mostraron significativamente más el "modo Niño Vulnerable" en la sesión de inducción de ira (sesión 4) que en la sesión de recapitulación $p = ,006$</p>	<p>Este tipo de dinámicas tiene la capacidad de evocar aspectos emocionales incluso en personas con psicopatías.</p> <p>Apoya la idea de que una intervención puede ser realizada por terapeutas de teatro con pacientes internados en un hospital psiquiátrico, ya que evoca vulnerabilidad emocional.</p>

<p>Chang et al., 2019.</p>	<p>Los significados positivos se encuentran en los indicadores de salud mental. Los hombres muestran puntuaciones más altas en autoconciencia y toma de decisiones.</p>	<p>La dramaterapia aumentó significativamente las puntuaciones de los participantes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autoconciencia $p < ,01$ - autoexpresión $p < ,01$ - interacción interpersonal y habilidades de comunicación $p < ,01$ - capacidad de autorreconocimiento $p < ,01$ -capacidad de rol social $p < ,01$ - capacidad de toma de decisiones $p < ,01$. 	<p>Se concluye que es beneficioso establecer un módulo de salud mental a través de la dramaterapia en el sector educativo en Taiwán.</p>
<p>Wu et al., 2020.</p>	<p>30 sesiones de dramaterapia grupal con niños: incremento y mantenimiento de sus índices de comunicación y cooperación durante y después de la intervención.</p>	<p>No especificado</p>	<p>Efectividad de las técnicas de dramaterapia en la intervención temprana para niños con discapacidades intelectuales y del desarrollo de leves a severas.</p>
<p>Feniger-Schaal y Koren-Karie, 2021.</p>	<p>La mitad de las escalas de perspicacia materna mostraron un cambio estadísticamente significativo.</p> <p>Los resultados también mostraron un cambio en los problemas de conducta de los niños.</p>	<p>La mejora en la perspicacia materna entre T1 y T2 no fue significativa ($p = 0,11$).</p> <p>La mejora en la clasificación de la perspicacia materna entre T1 y T3 fue significativa ($p = 0,003$).</p>	<p>Cambio significativo tanto en la perspicacia materna como en los problemas de comportamiento de los niños. Después de 6 meses, también hubo cambios significativos tanto en la perspicacia materna como en los problemas de comportamiento generales y externalizados de los niños.</p>
<p>Mondolfi & Pino-Juste,</p>	<p>Resultados estadísticamente significativos en BDI-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BDI-II: $p = .017$ -Escala global PIL: $p = .041$ -PIL percepción de 	<p>La intervención con dramaterapia en mujeres que han</p>

2021.	<p>II y tres escalas PIL: percepción de significado, experiencia de significado y escala global.</p> <p>Evaluación cualitativa: cambios en las competencias personales y sociales.</p>	<p>significado: $p = < .001$</p> <p>-PIL experiencia de significado: $p = .02$</p>	<p>sufrido violencia, es beneficiosa para su estado de ánimo, ya que reduce la depresión y mejora su propósito de vida.</p>
Mondolfi-Miguel et al., 2021.	<p>Autoestima: resultados a favor.</p> <p>Depresión: a favor.</p> <p>Calidad de vida: en contra.</p> <p>Evaluación cualitativa del taller: beneficioso.</p>	<p>Ninguno de los resultados cuantitativos es estadísticamente significativo ($p > 0,05$)</p>	<p>Se establece que el estado de ánimo mejora y hay una reducción de los síntomas relacionados con la depresión.</p>
Lin et al., 2022.	<p>Después de 8 semanas y después de 12 semanas, el grupo experimental mostró una mejora significativa en todas las escalas.</p> <p>Además, los resultados mostraron que las diferencias entre los grupos experimental y control en CSDD fueron estadísticamente significativas.</p>	<p>8 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -síntomas depresivos ($p < 0,001$) -atención ($p < .001$) -calidad de vida ($p < 0,001$). <p>14 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -síntomas depresivos ($p < 0,001$) -atención ($p < .001$) -calidad de vida ($p < 0,001$). <p>Exp/vs/Cont:</p> <ul style="list-style-type: none"> -CSDD: $p = .04$. 	<p>La Dramaterapia mejora la salud mental y reduce los síntomas depresivos. También mejora las otras dos escalas.</p>

2.1.3.1.4 Conclusiones de los estudios seleccionados.

Como se muestra en la Tabla 8, en el caso de la mayoría de los estudios seleccionados, se concluye que el uso de la dramaterapia como método terapéutico o para trabajar aspectos socioemocionales ha sido totalmente positivo, asumiéndolo como una herramienta válida para lograr los objetivos planteados previamente a las intervenciones. Como se puede comprobar en el apartado que analiza las muestras, se han conseguido mejoras en aspectos relacionados con personas con dificultades intelectuales o del desarrollo (Wu et al., 2020).

Los aspectos más estudiados y que, previsiblemente, mejores resultados arrojan, son los relacionados con el campo emocional o estado de ánimo. En dos de los estudios analizados se presentan conclusiones que respaldan el uso de la dramaterapia para abordar problemas emocionales u otras cuestiones de comportamiento (Chang et al., 2019; D'Amico et al., 2015; Keisari & Palgi, 2017; Lin et al., 2022; Mondolfi & Pino-Juste, 2021; Mondolfi et al., 2021).

Respecto a los estudios que miden variables relacionadas con la agresividad, uno de ellos concluye a favor de la intervención con dramaterapia, con una alta significación (Reiss et al., 1998), sin embargo, el otro estudio (Keulen-de Vos et al., 2017) que mide esta variable, entre otras, se muestra cauteloso al respecto. Hay que señalar que sólo hay dos artículos que utilizan la misma intervención (Keulen-de Vos et al., 2017; Mondolfi et al., 2021), que se basa en el modelo de cinco fases para terapia breve de Emunah que, aunque miden diferentes variables, coinciden en encontrar datos a favor de la intervención. Sin embargo, existen otros estudios que no pueden mostrar conclusiones que apoyen el uso de la dramaterapia como único método, ya que los resultados obtenidos no son significativos (Jaaniste et al., 2015; Campbell Kirk, 2015; McLachlan & Laletin, 2015).

Como se repite en las conclusiones de la mayoría de ellos, el hecho de tener muestras pequeñas o no tener una estandarización en las técnicas utilizadas, puede suponer un hándicap a la hora de poder hacer generalizaciones con los resultados.

2.1.4 Discusión

El objetivo de este estudio fue ampliar el conocimiento existente sobre el uso de la dramaterapia con respecto a las variables emocionales y comunicativas y se puede concluir que se han cumplido los objetivos del mismo.

El primero de nuestros objetivos fue identificar y comparar las metodologías de cada estudio. Pieri et al. (2023) establecen que la falta de confianza en los resultados

se debe a una falta de rigor en la metodología y la recolección de datos. Se sostiene que la inclusión de grupos control en los estudios favorece la comparación del trabajo con otros trabajos y, por tanto, la demostración o no de su eficacia (Bourne et al., 2018; Feniger-Schaal & Orkibi, 2020). Por lo tanto, los autores alientan el inicio de una mayor tradición cuantitativa en dramaterapia con instrumentos de medición validados (Armstrong et al., 2019), así como “diseños transparentes” (Bourne et al., 2018; Dokter & Winn, 2010; Feniger-Schaal & Orkibi, 2020). Como se puede observar en esta revisión, no existe unanimidad en el diseño de los estudios de dramaterapia. Es lógico que existan diferentes enfoques de experimentación en este campo, sin embargo, debe haber una sistematización cuando el tipo de metodología coincide.

El segundo objetivo fue caracterizar las muestras en las que se han aplicado las intervenciones. Como el objetivo principal era buscar estudios que abordaran estos dos grupos de variables, se sabía que aparecerían muestras heterogéneas. Sin embargo, y vinculado a los dos últimos objetivos, la dificultad que plantea la falta de sistematización hace que no existan diferentes estudios con muestras del mismo tipo.

Por tanto, el tercer objetivo, que fue concretar resultados, y el cuarto, sacar conclusiones de los estudios, y muestran todo lo ya mencionado anteriormente. Cabe señalar que no todos los resultados tienen evidencia clara de eficacia, ya sea por falta de sistematización en la recogida o presentación de los datos, o por falta de significancia en los resultados estadísticos, obteniendo muchos de ellos un valor residual. Por tanto, existe cierta fragilidad a la hora de generalizar los resultados, ya que rara vez se puede afirmar la significación estadística (Feniger-Schaal & Orkibi, 2020; Pieri et al., 2023).

Parte de los estudios seleccionados en esta revisión muestran que a través de la dramaterapia se pueden lograr objetivos relacionados con las emociones, el estado

de ánimo y la comunicación. Al no cumplirse dicha afirmación para todos los estudios incluidos, hay que tomársela con cautela.

En la literatura se observa que los grupos que han seguido una intervención de dramaterapia trabajan aspectos sociales y psicológicos (Bourne et al., 2018; Leather & Kewley, 2019). Como se puede observar en esta revisión, el campo de la dramaterapia avanza hacia la mejora metodológica y cuenta con un número de estudios y profesionales en camino de un gran avance.

Uno de los principales obstáculos a superar en esta revisión ha sido la dificultad de establecer qué estudio pertenece realmente al campo de la dramaterapia, debido a que las definiciones oficiales son demasiado eclécticas (BADTH, 2020; NADTA, 2021). Si bien existen muchos postulados teóricos sobre qué es la dramaterapia, no existe una sistematización de cómo intervenir en este campo. Tampoco ayuda que la gran mayoría de los estudios que finalmente quedan excluidos de este campo tengan sus fundamentos teóricos en la dramaterapia (Celume et al., 2020; Corbett et al., 2011; Felsman et al., 2023; Hylton et al. , 2019; Joronen et al., 2011; Mele et al., 2019; Moore et al., 2017; Mundt et al., 2019; Pinelopi et al., 2022; Rousseau et al., 2014; Wood et al. , 2020.), aunque a la hora de intervenir denominan sus técnicas como teatro terapéutico, el teatro pedagógico y muchas otras nomenclaturas similares dentro del teatro aplicado.

Este tipo de problema, pero a la inversa, suele aparecer en estudios que abordan disciplinas relacionadas con la dramaterapia, como se puede comprobar en Lewandowska y Węziak-Białowolska (2020). A modo de crítica, se debe hacer una aclaración de las intervenciones, para que quede claro qué es y qué no es dramaterapia. También es necesario señalar aquí que sólo dos estudios de esta revisión comparten el mismo tipo de intervención, por lo que es difícil hacer generalizaciones a partir del resto de estudios.

Todo ello lleva a valorar el trabajo realizado ya que supone un paso adelante en el campo de las terapias creativas, especialmente en el campo de la dramaterapia. Mostrar todas estas debilidades no debería ser un freno sino un desafío motivador para investigadores y dramaterapeutas, ya que el progreso científico implica una mayor incorporación de estas técnicas en diferentes poblaciones.

2.1.5 Conclusiones

Esta revisión es la única basada en la temática emocional y comunicativa de los estudios en el campo de la dramaterapia. Es necesario sistematizar de forma más concreta las obras existentes ya que, debido a la elevada heterogeneidad, es compleja una búsqueda con criterios coincidentes. Por ello, es necesario describir todas y cada una de las áreas de experimentación e investigación existentes en dramaterapia, para que los investigadores puedan tener un mejor acceso a las mismas y así poder seguir avanzando en la disciplina. El objetivo final es conseguir que las técnicas sean efectivas con las personas y para ello es fundamental poder tener una unificación de información.

2.2 El uso del teatro como técnica de intervención psicológica:

Estudios 1 y 2

2.2 El uso del teatro como técnica de intervención psicológica: estudios 1 y 2

“As an art-based researcher you stand with one foot in the world of science and one foot in the world of art” (Gjærum & Rasmussen, 2013).

El objetivo principal de esta tesis doctoral es analizar cómo influye el uso de técnicas teatrales en la salud emocional de los participantes en el estudio; en el caso del estudio 1, en cuidadoras informales de enfermos dependientes; en el 2, en los participantes de la modalidad online.

Se obtuvieron los informes favorables el Comité de Ética de la Junta de Andalucía (PEIBA) (Anexo 1). Tras ello, se iniciaron los estudios en diversos grupos pequeños de cuidadoras informales de enfermos dependientes usuarias del servicio de enfermería comunitaria, de casos o de enlace de dos centros de atención primaria de la ciudad de Huelva.

Asimismo, se generó un estudio, adscrito al principal, el cual representa una investigación piloto de las mismas técnicas aplicadas de forma online.

A continuación, se expondrán las fases comunes de ambas aplicaciones, es decir, del estudio 1 y del estudio 2.

2.2.1 Diseño de intervención. Temporalización: programa de 13 sesiones.

Técnicas aplicadas: justificación y variables relacionadas.

Cabe destacar que las sesiones expuestas a continuación son el nexo común, junto con los instrumentos de evaluación empírica, de ambas intervenciones dentro de colectivos diferentes y en dos tipos de modalidades: presencial y online. Previo a la primera sesión, se requirió de cada participante la lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 2) y del cuestionario demográfico (Anexo 3).

- Primera sesión

La primera sesión consistió en la continuación de la evaluación: la aplicación de los cuestionarios estandarizados que medían ansiedad, estado de ánimo, autoestima y

la carga del cuidador. Para cerrar la sesión se llevaron a cabo varias dinámicas con la finalidad de que las participantes se conocieran y sirvieran como actividades de cohesión grupal y de desinhibición. Al mismo tiempo, las técnicas aplicadas sirvieron para trabajar diversas variables incluídas en la tabla 8.

* Juego de la pelota imaginaria: Mantovani & Morales (2009) y Mantovani et al. (2020) establecen que existen varios objetivos en este juego. Por una parte, sirve para que los participantes aprendan los nombres del resto de los integrantes, así como para aumentar la concentración y la atención. También se pretende movilizar las distintas partes del cuerpo. La consigna física de la actividad es la siguiente: para lanzar el balón imaginario hay que colocar una pierna más adelantada que la otra, la que está delante se flexiona y la de atrás se estira, como si se estuviera pivotando el peso desde atrás hacia delante. Dicho movimiento coincide con el de los brazos y manos, mediante los cuales se da una palmada y seguidamente se “lanza” una de las manos cuando pivotamos nuestro peso hacia delante. Cuando se realiza dicho movimiento, es necesario mirar a los ojos de la persona a la que se le lanza. Cuando se recibe la pelota, simplemente hay que dar una palmada. El grupo se coloca en círculo. El juego consiste en varias fases:

- a) Fase Primera: los participantes tienen que lanzar la pelota imaginaria a la persona de su izquierda o a la de la derecha. El conductor de la actividad puede ir incluyendo balones o suprimiéndolos conforme vaya decidiendo.
- b) Fase Segunda: los participantes tienen que lanzar la pelota a la izquierda o la derecha, pero existen varias fórmulas mediante las cuales no tenemos por qué cogerla. Una de ellas es diciendo “boing” y abriendo los brazos hacia los lados y flexionados en ángulo recto; en este caso estaríamos rebotando la pelota. La otra forma sería agachándose, siendo la pelota para la persona que está a continuación (siempre que no esté agachada también).

- c) Fase Tercera: los participantes tiran la pelota de forma aleatoria, no pudiéndose ejecutar las fórmulas de la fase 2. Antes de tirar la pelota, la persona que la tenga en su poder, tendrá que decir su nombre alto y claro.
 - d) Fase Cuarta: los participantes tiran la pelota de forma aleatoria, no pudiéndose ejecutar las fórmulas de la fase 2. Antes de tirar la pelota, la persona que la tenga en su poder, tendrá que decir el nombre de la persona a la que se la tira alto y claro.
- * Juego silencio ojos cerrados: el objetivo de esta dinámica es conseguir que los participantes se concentren, aumenten su confianza y pongan en práctica todos los sentidos menos el de la vista. Consiste en andar por el espacio con los ojos cerrados y la consigna es que, si sienten que los demás se paran, ellos también lo hagan y si empiezan a andar que también hagan lo mismo.
- * Juego de ojos cerrados y contacto: esta dinámica es la continuación de la anterior. Tras andar con los ojos cerrados, se les pide a los participantes que busquen unas manos, aún con los ojos cerrados; cuando ya están cogidos de las manos tienen que adivinar, sin hablar ni hacer ningún sonido, de quién se trata. Se vuelve a trabajar la confianza y cuyo objetivo es conocer a los compañeros.
- * Juego contar números: el grupo se pone en círculo y tienen que contar del 1 al número que lleguen de forma consecutiva pero aleatoria, no pudiendo coincidir dos personas a la misma vez diciendo un número; si eso pasara, se tendría que volver a empezar de nuevo. Con esta dinámica se persigue que los participantes desarrollen la capacidad de escucha y la concentración, así como ser el primer juego que implica un trabajo en equipo, por lo que la cohesión grupal es altamente relevante.

-Segunda sesión

* Calentamiento vocal básico: ejercicios cuya finalidad es la de calentar la musculatura participante en la producción vocal: lengua, resonadores, labios, boca. Junto al calentamiento físico de esas zonas para una buena salud vocal y un correcto uso de la voz como herramienta, sirve como dinámica para tomar conciencia de los mecanismos de la fonación, así como para concentrarse. Es necesario entrenar la voz en el actor para tener la sensación de “obediencia” hacia los sonidos, los detalles, las intenciones, el ritmo y los matices que el autor quiere transmitir con los textos (Stanislavski, 1975).

* Calentamiento vocal con trabalenguas: A través de la dicción correcta de varios trabalenguas, se pone en práctica todo lo entrenado en los ejercicios previos de calentamiento técnico.

* Improvisaciones de relación de personajes mediante gestos: se divide el grupo a la mitad, y cada subgrupo se coloca en línea una enfrente de la otra en los extremos del aula. Se emparejan los miembros de un subgrupo con los del otro. En la primera fase, los del subgrupo 1 tendrán que acercarse al espacio del otro subgrupo y allí realizarán un gesto, a continuación, volverán a su sitio. La segunda fase es a la inversa, los del subgrupo 2 irán a la zona del otro y llevarán a cabo un gesto para después volver a sus sitios. Finalmente, ambos subgrupos se unirán en el centro y, con sus parejas respectivas, repetirán ambos gestos y comenzarán a improvisar una conversación. Las variables que se trabajan en esta actividad son la flexibilidad cognitiva, ya que tienen que hacer frente a situaciones novedosas e improvisadas. Al mismo tiempo se ponen en práctica conceptos de reconocimiento emocional y de resolución de problemas.

* Presentación de parejas: Las participantes andan por el espacio al ritmo de la música, y cada vez que ésta se para, las participantes se ponen en parejas y se cuentan datos de sí mismas. Tras haber pasado varias rondas, las participantes irán entrando en el aula, cogidas de la mano y tendrán que presentar a sus compañeras haciendo hincapié en sus rasgos y cualidades positivas, así como contar la

información que les han confiado anteriormente. En este ejercicio no es necesario conocerse previamente. El objetivo es generar un espacio de confianza entre las participantes, así como el trabajo de memoria.

* Improvisaciones de situaciones rotativas con gestos: Se organizan las participantes en parejas. Una de ellas sentada en una silla y la otra caminando antes de pararse junto a la que está sentada. Ambas deben aprender un breve texto, a partir del cuál tendrán que improvisar situaciones y conversaciones. Esta fase las realizarán todas las parejas a la vez.

- Texto para improvisar:

A: Me voy.

B: ¿A dónde vas?

A continuación, podrán realizar las improvisaciones con “público” delante del resto de las parejas.

Los objetivos trabajados en esta dinámica se centran en la flexibilidad cognitiva, la resolución de problemas y el reconocimiento emocional.

-Tercera sesión

*Imitación de compañeras: Primero andan todos los participantes por el espacio. A continuación, se le dice a cada uno que, sin dejar de andar, vaya observando a un/a compañero/a. Cada participante tendrá que observar las formas de caminar de un/a compañero/a, estando todos cubiertos. Cuando hayan terminado de observarlos/as, se procede a realizar la segunda fase del ejercicio, en el que uno/a por uno/a, imitan las formas de andar de su compañero sin decir a quién están haciendo. El objetivo es que los/las demás, que hacen de público, deben de indentificar a la persona que están imitando. El objetivo principal es que los participantes ejerciten la observación,

herramienta cuya utilidad está relacionada con las variables que participan en el reconocimiento emocional.

*Calentamiento vocal básico y con trabalenguas: Tal y como se realizó en la sesión anterior segunda.

*Improvisaciones: Se realizan improvisaciones con una pareja en el espacio designado como “escenario” y el resto del grupo actúa como observadores/público. El objetivo de ambas improvisaciones es poder experimentar la resolución de problemas, poniendo en práctica la flexibilidad cognitiva, la expresión y el reconocimiento emocional.

a) Rotativos-parejas-urgencia: De los que están improvisando, hay dos tipos de personajes; el personaje 1 que tiene que estar realizando una actividad con mucha urgencia. El segundo personaje va a entrar en el espacio pidiendo que el otro le ayude impidiendo que realice la tarea que está llevando a cabo. Ambos tienen que tener claro cuáles son sus motivos para negarse a hacer lo que se están pidiendo mutuamente.

b) Situaciones grupales con frase: Se organizan los participantes de tres en tres y se le da a cada uno una frase que deben aprender para que después comiencen la improvisación con esas tres frases. Antes de realizar la representación delante de los compañeros, pueden tener un tiempo libre para preparar las acciones que van a llevar a cabo.

* La ducha: Ejercicio de cierre de sesión mediante el cual los participantes simulan una ducha. Una persona se coloca en el centro con los ojos cerrados, mientras el resto le rodea. Las personas que están en el círculo le dan un masaje a la persona del centro con sus dedos como si éstos fueran gotas de agua y, finalmente, comienzan con el secado. La finalidad de este juego es que las participantes se relajen.

- Cuarta sesión

Esta sesión se basa en el trabajo desde la técnica del Clown (payaso) a través de la cual las personas somos capaces de conocer nuestras emociones y la manera en que éstas forman parte de nuestro día a día (Jara, 2007). Este tipo de técnicas son muy efectivas para conseguir que se realicen cambios en las conductas de las personas, ya que desde el uso del humor y las actividades lúdicas se genera un contexto seguro para realizar cambios y practicar habilidades (Martin, 2008). Como rezaba la clásica cita latina “*ridendo castigat mores*”, es decir, “riendo modificamos costumbres” (Jara, 2007).

* Introducción a la nariz de Clown: Se les explica a los participantes cómo se suele trabajar la técnica de Clown (payaso) y a continuación se les entregará una nariz y se les pide que las monten. Después se explica cómo se la han de que colocar para comenzar la siguiente dinámica.

* Estar payaso: Dinámica mediante la cual simplemente tienen que salir, darse la vuelta, colocarse la nariz de payaso y girarse hacia el público; a partir de ahí, no tienen que hacer nada.

* Piña clown: Este es un ejercicio de caldeamiento mediante el cual se pide a los participantes que se vayan agrupando en “piñas” según se vaya solicitando. El ejercicio se hace con nariz, con lo cual, se pide que lo realicen con la mayor desinhibición posible. Se puede hacer con música o sin ella y se busca que los participantes se encuentren distendidos y busquen la espontaneidad en sus acciones.

A continuación, se llevan a cabo una serie de dinámicas que se desarrollarán en con la nariz de payaso. En todos los juegos se trabajarán las seis emociones básicas postuladas por Ekman (1984). Se pretende, por tanto, un auto-reconocimiento emocional, así como consciencia de las formas expresivas de las mismas.

* Espacio dividido: En esta dinámica, los participantes se dividen en dos grupos, los cuales se colocan a un lado y al otro del aula. Cada grupo tendrá que expresar una

emoción mientras que el otro tendrá que llevar a cabo otra. Dicha expresión se desarrollará “in crescendo”, acercándose desde los extremos hasta el centro del aula. Mientras se desplazan, la intensidad de cada emoción va en aumento. Cuando lleguen al centro la intensidad será alta. Como están trabajando con la nariz de payaso puesta, pueden jugar con las emociones como ellos quieran. Cada subgrupo va a ir rotando por cada una de las seis emociones básicas.

*Silla mágica: Se siguen trabajando las emociones desde el mismo punto de vista que la actividad anterior, con la diferencia que en esta dinámica la participación es de carácter individual. Se coloca una silla en el centro del espacio habilitado como “escenario”; cada vez que la persona se sienta en la silla va a tener que representar una emoción a elección del terapeuta, cuya intensidad estará marcada por éste. Cada persona puede experimentar varias de las emociones que se han trabajado en la dinámica anterior. El resto del grupo actúa como público mientras espera su turno.

*Tabú de emociones: se hacen dos subgrupos, cada uno de ellos elige a un portavoz y éste coge una tarjeta que sólo podrá ver él. En el taco de tarjetas estarán las seis emociones básicas, así como alguna emoción compleja. El objetivo del juego es que, mediante expresión corporal, cada grupo adivine de qué emoción se trata. Los portavoces de cada grupo irán cambiando cada ronda. El equipo ganador será el que más emociones acierte.

Al final de esta sesión se les pide a las participantes que piensen una habilidad que tengan y que en la próxima sesión lleven elementos que les puedan permitir desarrollarlas de forma semi simulada, es decir, mediante mímica.

-Quinta sesión

* Calentamiento físico general: Se llevan a cabo ejercicios de calentamiento físico y de consciencia corporal. Junto a la ejercitación de las distintas articulaciones del cuerpo desde la cabeza hasta los pies, se plantean diversas disociaciones físicas, para que

los participantes sean capaces de generar un control corporal y aumenten su concentración.

* **Estar payaso:** Se vuelve a repetir la dinámica de la sesión cuarta con la nariz de payaso, ya que en ésta también se trabajará desde la perspectiva de la técnica del clown.

* **Habilidades clown/Casting de habilidades:** Se organizan dos o tres subgrupos, mientras uno de ellos está en el “escenario” el resto hacen función de público. El grupo que sale se va a colocar un “post-it” o pegatina con un número en el pecho y como si de un casting se tratara, van a realizar las distintas pruebas. Primero se les permite que realicen la actividad que traen preparadas de casa, pero finalmente el conductor de la actividad les indica que tienen que hacer otra prueba de otro tipo. De esta manera, se observará la flexibilidad cognitiva que presentan cada uno de los participantes.

* **Safari/Imitación de animales:** Todo el grupo participará en una improvisación en la que se les pedirá que imiten a distintos animales. Es una actividad que realizarán sin saber previamente las reglas del juego y, por tanto, tendrán que aceptar realizarla o no. Aquí estamos poniendo en práctica las habilidades resilientes de las personas ante situaciones novedosas y desconocidas.

-Sexta sesión

***Respiración abdominal y relajación:** Se les explica cómo funciona la respiración abdominal y se les muestra los beneficios de su práctica. A continuación, se muestra cómo se realiza la Relajación Muscular Proyectiva de Jacobson. Cuando haya terminado la explicación se les pide que se sienten o tumben para que pongan en práctica los conceptos explicado anteriormente. Se van a introducir dos o tres grupos musculares: brazos, piernas y cara.

*Exposición de emociones: Se explicará de forma teórica, pero a nivel divulgativo cómo funcionan las emociones y los diferentes términos que se suelen utilizar en el lenguaje cotidiano para referirse a los distintos tipos de componentes. Se hace hincapié en la diferencia entre sentimiento, emoción y estado de ánimo.

*Juego contar números: Se realiza la dinámica de concentración explicada en la sesión primera.

*Espacio dividido: Se realiza la dinámica del “Espacio Dividido” que ya se hizo en la sesión cuarta, pero sin nariz de payaso. Se busca que la expresividad sea lo más parecida a la realidad.

*Trabajo del concreto: Se trata de un ejercicio de puesta en práctica de concentración y emociones unidas. Se les pide a los participantes que se sienten en una silla y que se centren en su respiración; a continuación, han de generar una imagen que les lleve a una emoción básica concreta y recrearse en ella a partir de dicha imagen. Tras esto, se les dice que memoricen una frase corta y que la reproduzcan intentando expresar la emoción que estaban trabajando.

*Mirroring: Para terminar la sesión, se organizan los participantes en parejas y se colocan uno enfrente del otro. Uno de ellos ejecuta movimientos y el compañero tiene que imitarlo como si fuera su reflejo en el espejo. Se suele realizar con música instrumental. Van cambiando la iniciativa del movimiento, así como los miembros de las parejas. Es una dinámica para cerrar la sesión.

-Séptima sesión

*Calentamiento físico y vocal: Se realizan ambos calentamientos unidos para ejercitar la parte técnica y para aumentar la concentración. Como forma excepcional van a poder realizar los ejercicios con la nariz de payaso puesta.

*Habilidades clown/Casting de habilidades: Vuelven a realizar el casting de habilidades con la nariz de payaso puesta.

*Escenas cotidianas mimadas: Se explica brevemente cómo se realizan las acciones mimadas, es decir, a través de la técnica de la mímica. Tras esto, se les pide que piensen en una actividad cotidiana y que planifiquen cómo la realizarían con mímica. Se les da un tiempo para que las ensayen todos los miembros a la vez. A continuación, irán pasando de uno en uno por el espacio destinado como “escenario” y van a “representar” sus historias.

*Masaje colectivo en filas: Todos los participantes se colocan en fila y comienzan a darse un masaje colectivo: los de detrás le dan un masaje a los de delante. Se puede hacer que la fila cierre un círculo para que todos puedan dar y recibir masajes.

-Octava sesión

*Ciego y lazarillo: Se lleva a cabo este juego para obtener la confianza de los compañeros (Mantovani & Morales, 2009). Se organizan los participantes en parejas y la persona de delante va con los ojos cerrados, mientras la de detrás va realizando indicaciones gestuales basadas en el tacto al compañero. Si se toca la espalda en el centro significa que se tiene que andar hacia delante; si se toca el hombro de la derecha, se tiene que girar a la derecha; se girará a la izquierda si se toca el hombro izquierdo; si se coloca la mano en la cabeza, significa que se tiene que parar; y si toca la zona debajo del cuello, se tiene que andar hacia atrás.

*Juego silencio ojos cerrados: Se realiza la misma dinámica que en la sesión primera.

*Calentamiento corporal básico.

*Escenas cotidianas semi-mimadas con pensamientos verbalizados: Se retoman las historias que mimaron en la sesión séptima, pero tienen que verbalizar los pensamientos que forman parte de las actividades cotidianas.

*Reflexión: Se analizan las escenas tras la realización de todos los participantes. Se pide la participación de todo el grupo.

*La ducha.: dinámica realizada en la tercera sesión.

-Novena sesión

*Calentamiento corporal y vocal: al igual que en las sesiones anteriores.

*Improvisaciones: Se llevan a cabo varias improvisaciones donde se les plantean situaciones diversas, en las cuales tienen que intentar resolver los problemas que se plantean. El objetivo es que se vea la capacidad de resiliencia y la flexibilidad cognitiva de las personas ante situaciones un tanto cómicas. El poder ver dichas capacidades con temáticas alejadas, permite que podamos desglosar los componentes, por si existiera algún tipo de error cognitivo.

Situaciones planteadas:

- a) Ascensor: se van montando en un gran ascensor todas las personas, cuando lleven un momento dentro, se queda parado.
- b) Cupón de Lotería: una persona va caminando por la calle y se encuentra un décimo de lotería que está premiado. De repente van llegando personas que dicen haber perdido un décimo en ese mismo lugar.
- c) Portero: Un grupo de personas quiere entrar en un local, pero el portero no les deja.

Estas escenas se juegan e improvisan en esta sesión, pero en las siguientes se ensayarán, ya que el objetivo es que formen parte de una breve representación para familiares y personal sanitario de los centros.

- Décima sesión

* Calentamiento vocal y corporal: al igual que en las sesiones anteriores.

* Ensayo de escenas improvisadas en la novena sesión.

- Undécima sesión

* Calentamiento vocal y corporal: al igual que en las sesiones anteriores.

* Ensayo de escenas improvisadas en la novena sesión.

- Duodécima sesión

* Calentamiento vocal y corporal: al igual que en las sesiones anteriores.

* Ensayo de escenas improvisadas en la novena sesión.

-Treceava sesión

* Muestra de lo trabajado: Se invita a los familiares que puedan acudir al centro de salud y a los profesionales sanitarios que puedan asistir. Se realiza una pequeña muestra de las escenas ensayadas en las últimas sesiones, así como el casting de habilidades con las narices de payaso. Esta sesión es completamente opcional. Tras la representación, se abre la posibilidad de hablar sobre lo experimentado en las sesiones del taller. También el público puede opinar y preguntar.

- Catorceava sesión

* Evaluación: Se vuelven a realizar las evaluaciones que se llevaron a cabo en la primera sesión, es decir, los cuestionarios estandarizados que miden estado de ánimo, ansiedad, autoestima y carga del cuidador.

Tabla 8

Planificación de sesiones, temporalización y variables trabajadas en los estudios 1 y 2

Nº sesión	Actividades	Duración	Variables que se trabajan
0ª	Bienvenida. Presentación y explicación del taller	60 min	
	Evaluación: Consentimiento informado y demográfico	40 min	
1ª	Evaluación: ansiedad, estado de ánimo, autoestima, carga, esfuerzo.	90 min	
	Juego de la pelota imaginaria. Juego de silencio ojos cerrados. Juego ojos cerrados contacto.	20 min	Concentración. Escucha. Espontaneidad.
	Juego contar números	10 min	Concentración. Escucha.
2ª	Calentamiento vocal básico. Calentamiento vocal con trabalenguas.	20 min	Salud y autoconocimiento vocal.
	Improvisaciones de relación de personajes mediante gestos.	30 min	Estado de ánimo. Emociones. Resolución.
	Presentación de parejas.	30 minutos	Memoria. Espontaneidad. Autoestima.
	Improvisaciones situaciones rotativos con texto.	30 minutos	Estado de ánimo. Emociones. Resolución.
3ª	Imitación de compañeros.	20 min	Estado de ánimo. Observación.
	Calentamiento vocal básico y con trabalenguas	30 min	Salud y autoconocimiento vocal.
	Improvisaciones: a) Rotativos parejas urgencia. b) Situaciones grupales con frase.	40 min	Estado de ánimo. Emociones. Resolución.
	Ducha	10 min	Relajación
4ª	Introducción nariz de clown. Estar payaso. Piña clown.	40 min	Estado de ánimo. Autoestima.
	Espacio dividido. Silla mágica. Tabú de emociones.	60 min	Emociones. Comunicación. Habilidades sociales.
5ª	Calentamiento físico general. Estar payaso.	20 min	Concentración
	Casting de habilidades clown. Imitaciones de animales.	80 min	Emociones Comunicación Autoestima Resolución
6ª	Respiración abdominal. Relajación.	40 min	Autoconocimiento mecanismo respiración. Concentración
	Exposición emociones.	20 min	Emociones. Comunicación.
	Juego contar números.	10 min	Concentración
	Trabajo del concreto. Espacio dividido sin nariz. Mirroring.	30 min	Estado de ánimo. Emociones. Observación.

7ª	Calentamiento clown físico y vocal con nariz.	30 min	Concentración Estado de ánimo. Autoestima. Confianza.
	Habilidades clown.	40 min	
	Escenas cotidianas mimadas.	40 min	
	Masajes colectivos fila.	10 min	
8ª	Lazarillo y ciego. Silencio: ojos cerrados.	40 min	Confianza Concentración
	Calentamiento corporal básico.	20 min	Salud y autoconocimiento vocal.
	Escenas cotidianas semi-mimadas con pensamientos verbalizados.	60 min	Emociones. Estado de ánimo.
	Reflexión. Ducha.	10 min	Emociones.
9ª	Calentamiento vocal y corporal básico.	20 min	Salud y autoconocimiento vocal.
	Improvisaciones: ascensor, cupón de lotería y el portero.	80 min	Estado de ánimo. Emociones. Resolución.
10ª	Calentamiento vocal y corporal básico	20 min	Salud y autoconocimiento vocal.
	Ensayo escenas clown Ascensor Cupón de lotería Castings	80 min	Estado de ánimo. Emociones. Resolución.
11ª	Calentamiento vocal y corporal básico	20 min	Salud y autoconocimiento vocal.
	Ensayo escenas clown Ascensor Cupón de lotería Castings	80 min	Estado de ánimo. Emociones. Resolución.
12ª	Calentamiento vocal y corporal básico	20 min	Salud y autoconocimiento vocal.
	Ensayo escenas clown Ascensor Cupón de lotería Castings	80 min	Estado de ánimo. Emociones. Resolución.
13ª	Muestra final de los trabajos que más han gustado.	120 min	Estado de ánimo. Emociones. Resolución. Autoestima.
14ª	Evaluación final Ansiedad. Estado de ánimo. Autoestima. Carga del cuidador-	120 min	

2.2.2 Instrumentos de medida

2.2.2.1 Cuestionario demográfico

Se elaboró y administró un cuestionario demográfico antes de la intervención, que se adjunta en el anexo 3. Se registraron los datos personales sobre las participantes en el estudio, así como información relativa al cuidado de sus familiares, incidiendo en la existencia o no de apoyo social.

2.2.2.2 Ansiedad

El *State-Trait Anxiety Inventory* fue desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) en la década de los años sesenta del siglo XX. Se ha utilizado la versión de Buela-Casal et al. (2011), que es una versión actualizada de la adaptación para población española de 1982 realizada por los mismos autores.

Es un instrumento psicológico autoadministrado formado por ítems con una escala Likert de cuatro factores cada uno. Mide dos tipos de ansiedad, estado (AE) y rasgo (AR). La primera es una condición transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos de aprensión y tensión, así como por la activación del sistema nervioso autónomo. La ansiedad rasgo implica una propensión ansiosa relativamente estable, que predispone a los individuos a percibir las situaciones como amenazantes. Con respecto a la interpretación de los resultados obtenidos, se pueden generar las puntuaciones en percentiles o en decatipos. Siendo de 1 a 3 leve, de 4 a 7 moderada y de 8 a 10 ansiedad alta.

Con respecto a la fundamentación estadística del instrumento original, cabe destacar que la consistencia interna del mismo muestra unos coeficientes alfa de Cronbach de 0,83 y 0,92 en población normal. Su validez de criterio con la Escala de Ansiedad (IPAT) de Cattell et al. (1957) y la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (TMAS) (1953) muestran unas intercorrelaciones elevadas (0,76 y 0,79). Con respecto

a la correlación con el Inventario de Adjetivos de Afectos de Zuckerman (AAFL), es más reducida en comparación (0,58). Su validez de constructo también es alta.

Los análisis de fiabilidad de la adaptación española actualizada muestran coeficientes alfa de Cronbach que rondan desde 0,82 a 0,95, con lo cual se muestra una buena consistencia interna. Con respecto a la validez de criterio, se ha comprobado con la adaptación española del Inventario de personalidad de Cattell 16PF (Seisdedos, 1981) intermedia, rondando entre 0,55 y 0,58, siendo más estadísticamente significativa en el caso de la AR.

2.2.2.3 Depresión

Elaborado por Beck et al., en 1961, el *Beck Depression Inventory* es uno de los instrumentos más utilizados para medir la depresión y su gravedad. La versión actualizada es el BDI-II, el cual utiliza descripciones literales de los síntomas de los pacientes y los estructura en una escala que refleja la gravedad de los síntomas que se presentan. En nuestro estudio hemos aplicado la adaptación española del BDI-II realizada por Sáenz y Vázquez (2011).

Se generan puntuaciones de corte para interpretar los resultados; de 0 a 13: rango mínimo; de 14 a 19: rango leve; de 20 a 28: rango moderado; de 29 a 63: rango grave.

Con respecto a los estudios de fiabilidad del instrumento, el alfa de Cronbach rondaba valores entre 0,92 y 0,93 en la consistencia interna y 0,93 en la correlación test-retest. Asimismo, la validez de constructo muestra un valor de 0,93. En la versión española su fiabilidad de consistencia interna muestra un alfa de Cronbach entre 0,89 y 0,91.

2.2.2.4 Autoestima

El Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (1965) es una de las escalas más utilizadas para la medición general de la autoestima. Se ha utilizado la adaptación española realizada por Echeburúa (1995). Su autor lo diseñó originalmente para la evaluación de la autoestima en jóvenes. Incluye diez ítems cuyo contenido se centra en los sentimientos de autoestima y autoaceptación. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. Tras la aplicación, se obtienen tres tipos de puntuaciones; Autoestima elevada, de 30 a 40 puntos; autoestima normal, de 26 a 29 puntos; Autoestima baja, menos de 25 puntos.

En cuanto a los datos de fiabilidad y validez, cabe destacar que existen altos índices de fiabilidad: las correlaciones test-retest van de 0,82 y 0,88, con alfa de Cronbach entre 0,77 y 0,88 (Blascovich & Tomaka, 1993; Rosenberg, 1986). Con respecto a la muestra clínica española de adultos y adolescentes se encontró una correlación alta con SCL-90-R ($r = -0,61$) y una moderada ($r = 0,40$) con la Escala de Actitudes Alimentarias (EAT) (Vázquez-Morejón et al., 2004).

2.2.2.5 Carga del cuidador

Para evaluar la carga del cuidador se utilizó la Zarit Scale of Caregiver Burden (1980), concretamente la traducción española, validada por Martín et al. (1996). Se trata de un inventario de 22 preguntas con 5 respuestas (nunca, casi nunca, a veces, bastante a menudo, casi siempre), puntuadas de 1 a 5, con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que refleja los distintos grados de carga del cuidador según la puntuación obtenida: sin carga (≤ 46), carga ligera (47-55) y carga pesada (≥ 56).

Con respecto a la fiabilidad de esta escala se ha obtenido un coeficiente α de Cronbach =0,91 para la consistencia interna y un coeficiente de correlación de Pearson =0,86 para fiabilidad test-retest. Si atendemos al análisis de validez de constructo, ésta muestra una fuerte correlación de la sobrecarga del cuidador con el

Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire) (Delgado-González et al., 2011).

2.2.3 Estudio 1: El uso del teatro como técnica de intervención en cuidadoras de enfermos dependientes

2.2.3.1 Resumen

Se ha llevado a cabo un estudio piloto cuasiexperimental de medidas pre-post con grupo control en cuidadoras informales de enfermos dependientes de la ciudad de Huelva entre los años 2018 y 2023. Se contactó con dos centros de salud de Huelva capital, más en concreto con los servicios de enfermería de casos/enlace de ambos centros para poder trabajar con la población en cuestión. Tras conseguir la muestra (n=30), se hicieron dos grupos, uno control y otro experimental. Con el primero de ellos (control) se establecieron dos momentos de evaluación sin tener una intervención. Se les ofreció la posibilidad de participar en el taller de teatro terapia más adelante. Con el grupo experimental, se evaluó cuando se les asignó al grupo y tras las trece sesiones del programa de intervención. Las dinámicas desarrolladas en la intervención provienen de técnicas de diversos ámbitos teóricos teatrales. La temporalización y diseño del programa ha sido generado siguiendo los principios generales de las sesiones de dramaterapia expuestos en el corpus teórico. Se presupone que el gasto de recursos en el cuidador implica una peor salud mental y un menor bienestar general. Los resultados obtenidos nos permitirán averiguar si este tipo de técnicas son eficaces para disminuir la ansiedad y la carga del cuidador, así como para mejorar la autoestima y el estado de ánimo de la persona cuidadora.

2.2.3.2 Introducción teórica: enfermos dependientes y cuidadores

2.2.3.2.1 Cuidadores informales de enfermos dependientes

Desde hace ya varias décadas se está desarrollando un proceso de sobreenvjecimiento de la población mundial que conlleva un mayor número de personas de avanzada edad; asimismo, las edades son también mayores en comparación a lo que solían ser anteriormente. Por lo tanto, se ha hecho necesario que haya quienes tengan que asumir el cuidado de dichas personas mayores, aumentando sustancialmente el número de cuidadores familiares en la mayoría de las sociedades actuales (Losada-Baltar, 2006). Su relevancia social ha hecho que deba legislarse sobre los asuntos que intervienen en el cuidado de las personas, cuya autonomía se haya visto mermada por cualquier tipo de complicación física o psíquica. También ha sido necesario establecer una serie de clasificaciones del grado de dependencia, para poder organizar los distintos tipos de intervención o ayudas implementadas.

En España el apoyo de recursos sanitarios, sociales y/o económicos lo comparten diversas instituciones de los ámbitos locales, autonómicos y nacionales, viéndose también aumentado el número de cuidadores formales como respuesta ante el crecimiento de la demanda. Como plantea el Artículo 1.2 de la Ley 39/2006, se establece que “el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

2.2.3.2.2. Definición y tipología de situaciones de dependencia en España

El Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD) se centra en hacer disponible una cartera de servicios básicos. El Imserso (2022) los define como:

Un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

Es necesario, por tanto, que se desarrolle una base legislativa que regule dichas acciones. La Ley 39/2006, se presenta el 5 de marzo de 2006 públicamente. El 20 de abril de 2006 fue aprobada por el Consejo de Ministros y fue aceptada de forma definitiva por en el Pleno del Congreso de los Diputados con una amplia mayoría el 30 de noviembre de 2006. Se publicó en el *Boletín Oficial del Estado* nº 299, del 15 de diciembre de 2006. El Artículo 1.1 de la Ley 39/2006 citada, establece que:

La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado Español (Imserso, 2022).

Dicha ley establece cuáles son las características de las necesidades a cubrir, a partir de las cuales se establecerá una clasificación de niveles de dependencia.

Por tanto, se estipula en el Artículo 2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que la autonomía es:

La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (Imsero, 2022)

Dichas actividades aparecen en el Artículo 2.3 de la citada Ley como:

Aquellas que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (Imsero, 2022).

Por lo tanto, en el Artículo 2 de la Ley 39/2006, una situación de dependencia es establecida como el:

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Imsero, 2022).

El artículo 26 de la citada Ley, establece los distintos niveles o grados de dependencia que existen a través de los cuales se procederá a recibir ayuda de tipo social y/o económica, previa solicitud reglamentada:

- Grado I de dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II de dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III de gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria (ABVD) varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

2.2.3.2.3. Estadísticas sobre las situaciones de dependencia en España

El SAAD realiza, con carácter mensual, un análisis estadístico de la situación de dependencia en todos los territorios del país, aparte de un informe de la evolución de los indicadores de gestión de los servicios del mismo, para poder valorar si están cumpliendo o no con su cometido. El período de tiempo del estudio, que comprende entre 2018 y 2023, presenta la peculiaridad de la presencia de una situación de

Tabla 9

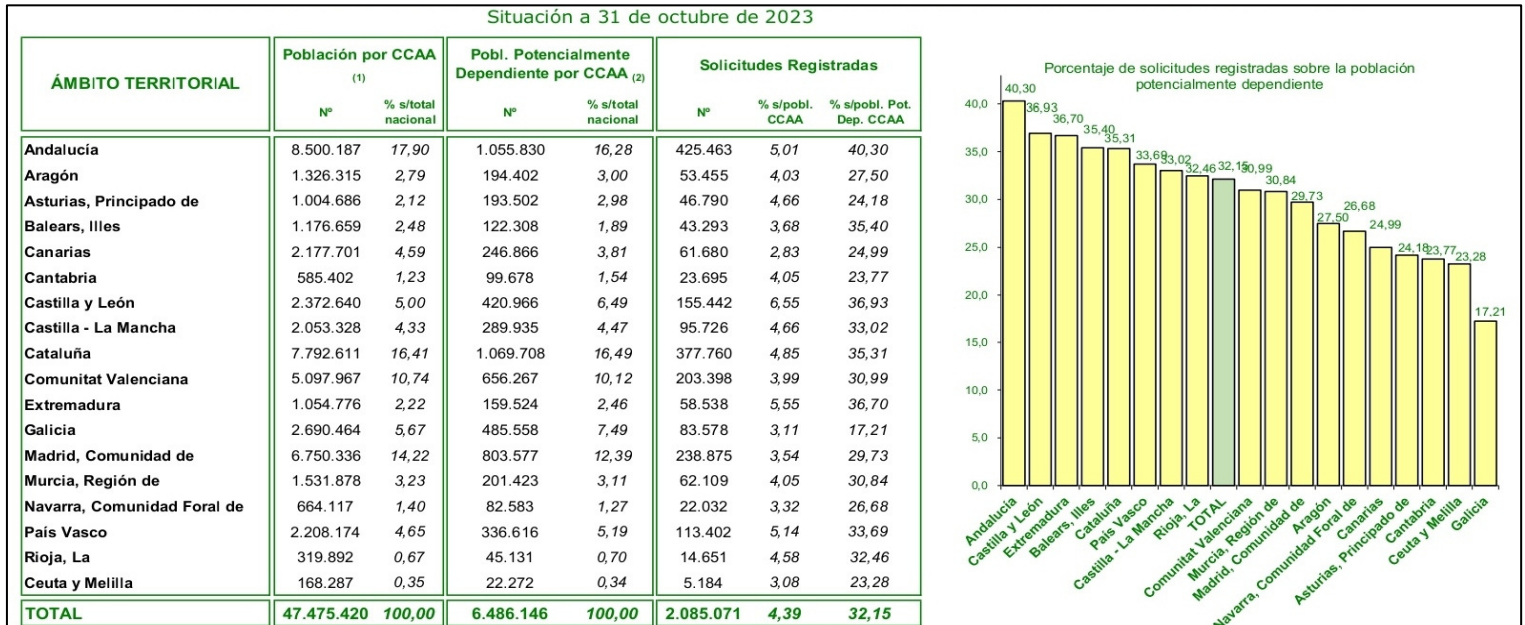
Estadísticas del IMSERSO sobre el número de cuidadores familiares entre 2018 y 2023

	Número						Tasas de variación anual									
							31/12/2019		31/12/2020		31/12/2021		31/12/2022		31/10/2023	
	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022	31/10/2023	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num	%	Num
Andalucía	388.846	410.355	396.745	402.114	422.621	425.463	5,5%	21.509	-3,3%	-13.610	1,4%	5.369	5,1%	20.507	1,2%	5.014
Aragón	49.707	51.252	47.953	48.669	51.170	53.455	3,1%	1.545	-6,4%	-3.299	1,5%	716	5,1%	2.501	5,5%	2.807
Asturias, Principado de	38.844	40.697	39.355	41.002	43.882	46.790	4,8%	1.853	-3,3%	-1.342	4,2%	1.647	7,0%	2.880	7,6%	3.297
Baleares, Illes	27.993	32.479	32.836	35.355	39.461	43.293	16,0%	4.486	1,1%	357	7,7%	2.519	11,6%	4.106	11,9%	4.610
Canarias	48.834	53.168	54.714	58.012	57.712	61.680	8,9%	4.334	2,9%	1.546	6,0%	3.298	-0,5%	-300	6,6%	3.817
Cantabria	24.752	25.483	25.356	23.258	23.164	23.695	3,0%	731	-0,5%	-127	-8,3%	-2.098	-0,4%	-94	3,2%	741
Castilla y León	129.374	146.192	140.933	142.154	146.929	155.442	13,0%	16.818	-3,6%	-5.259	0,9%	1.221	3,4%	4.775	6,4%	9.410
Castilla - La Mancha	86.579	89.837	84.968	87.354	89.947	95.726	3,8%	3.258	-5,4%	-4.869	2,8%	2.386	3,0%	2.593	5,6%	5.066
Cataluña	318.602	334.206	321.411	337.967	354.754	377.760	4,9%	15.604	-3,8%	-12.795	5,2%	16.556	5,0%	16.787	7,8%	27.231
Comunitat Valenciana	116.879	144.556	155.768	166.723	185.933	203.398	23,7%	27.677	7,8%	11.212	7,0%	10.955	11,5%	19.210	11,6%	21.113
Extremadura	54.680	56.883	52.977	54.286	56.834	58.538	4,0%	2.203	-6,9%	-3.906	2,5%	1.309	4,7%	2.548	4,2%	2.354
Galicia	80.184	80.673	77.385	77.804	79.633	83.578	0,6%	489	-4,1%	-3.288	0,5%	419	2,4%	1.829	6,1%	4.782
Madrid, Comunidad de	215.222	228.990	223.671	216.089	224.953	238.875	6,4%	13.768	-2,3%	-5.319	-3,4%	-7.582	4,1%	8.864	5,6%	12.736
Murcia, Región de	44.249	53.719	52.094	54.205	55.440	62.109	21,4%	9.470	-3,0%	-1.625	4,1%	2.111	2,3%	1.235	12,6%	6.968
Navarra, Comunidad Foral de	20.012	20.052	19.700	20.426	21.291	22.032	0,2%	40	-1,8%	-352	3,7%	726	4,2%	865	5,7%	1.188
País Vasco	102.813	106.366	105.906	107.110	108.983	113.402	3,5%	3.553	-0,4%	-460	1,1%	1.204	1,7%	1.873	5,1%	5.480
Rioja, La	15.257	15.375	14.687	15.454	14.358	14.651	0,8%	118	-4,5%	-688	5,2%	767	-7,1%	-1.096	2,0%	290
Ceuta y Melilla	4.359	4.461	4.491	4.622	4.953	5.184	2,3%	102	0,7%	30	2,9%	131	7,2%	331	5,9%	288
TOTAL	1.767.186	1.894.744	1.850.950	1.892.604	1.982.018	2.085.071	7,2%	127.558	-2,3%	-43.794	2,3%	41.654	4,7%	89.414	6,0%	117.192

(Fuente: IMSERSO, 2023a)

La pandemia mundial con la COVID-19. En la tabla 8 se analizan los datos soportados por las estadísticas del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) con respecto a la información relativa a los cuidadores familiares desde el 2018 al 2023.

Si se atienden a los datos relativos a las solicitudes de valoración realizadas a los servicios de atención a la dependencia (tabla 9), se observa que el número de las



(1) Cifras INE de población referidas al 01/01/2022. Real Decreto 1037/2022, de 20 de diciembre BOE 21.12.22.

(2) Cifras de Población Potencialmente Dependiente calculadas según lo explicado en la metodología

mismas ha aumentado en los últimos cinco años. En 2018 había un total nacional de solicitudes de 1.767.186 frente a las 2.085.071 que hay en 2023.

Tabla 10

Solicitudes de valoración a 31 de octubre de 2023 por Comunidades Autónomas

(Fuente: IMSERSO, 2023b)

En Andalucía se observa también una tendencia al alza similar a la nacional, siendo de 388.846 el número de solicitudes en 2018 frente a los 425.463 a finales de 2023. Dichas solicitudes son generales hacia los servicios que prestan las instituciones ante cualquier tipo de dependencia, con lo cual no plasma los datos de situaciones de dependencia totales existentes.

Existe una estimación sobre la posible relación entre las solicitudes y la población dependiente en nuestro país. Se establece que pueden existir 6.486.146 de personas con algún tipo de dependencia en España a finales de 2023 mientras que sólo 2.085.071 han solicitado oficialmente una regularización de su situación en cualquiera de las instituciones competentes para ello. En Andalucía los casos solicitados son 425.463 en una población potencialmente dependiente de 1.055.830 personas.

Con respecto a los casos de cuidadores no profesionales de personas dependientes registrados en el Convenio Especial, se observa también un aumento de casos si atendemos a los datos registrados por la Tesorería General de la Seguridad Social en el período entre 2018 y 2023 (Tabla 11).

Tabla 11

Acumulado de los casos resueltos de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
NACIONAL	8.372	7.496	56.546	60.520	67.249	75.679
ANDALUCÍA	1.586	1.365	9.012	9.304	10.111	11.187

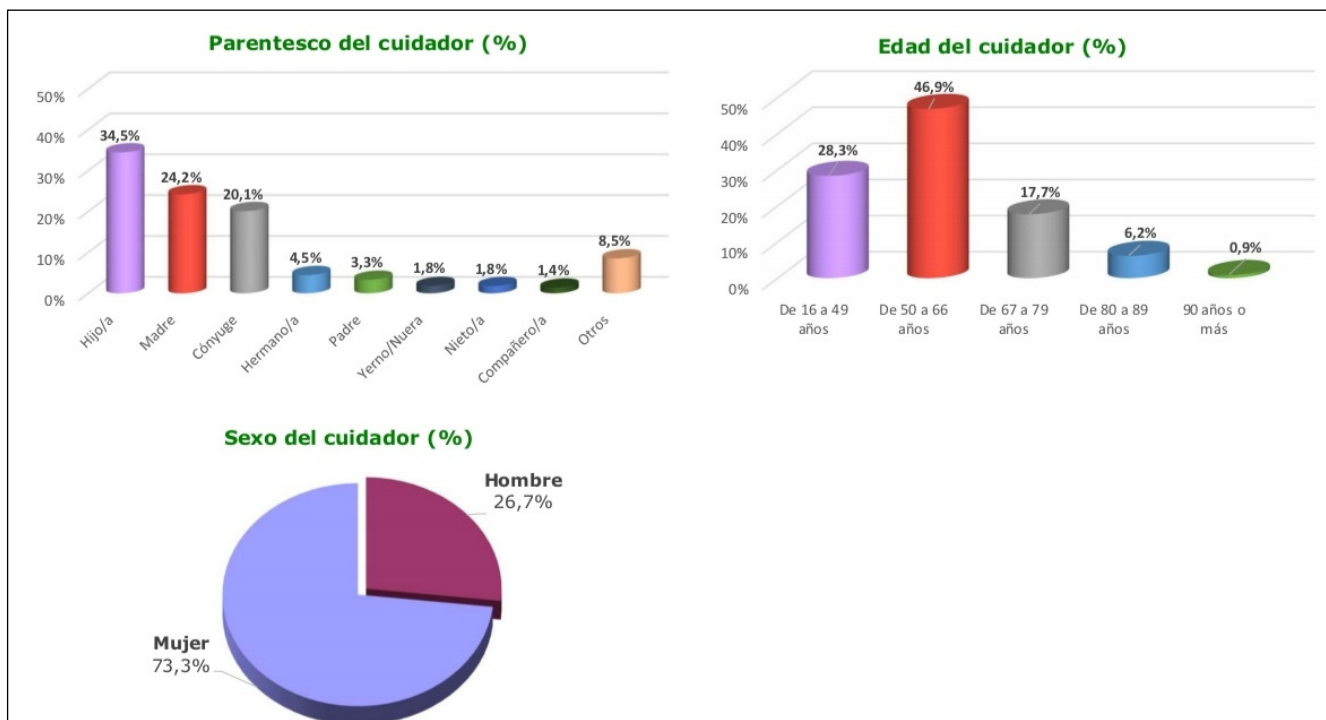
(Elaboración propia con datos del SAAD, 2023)

Se observa un incremento el año 2020, aumentando de forma exponencial el número de cuidadores no profesionales que han solicitado alguna medida del SAAD y que han sido concedidas. Si se atiende al momento en el que el número de casos se multiplica, coincide con la situación de pandemia mundial de la Covid-19, por lo que es plausible afirmar que dicho aumento ha podido ser debido al cambio de necesidades por las consecuencias devenida.

En el informe mensual que realiza la SAAD con fecha del 31 de octubre de 2023 se muestran los perfiles de los cuidadores informales (Figura 4). Se puede observar que la gran mayoría de las personas que se encuentran en este colectivo son mujeres, con un 73,3% del total y que suelen cuidar a sus madres o padres (34,5%) y/o esposos (24,2%). Asimismo, la franja de edad más común en la que se llevan a cabo los cuidados a familiares es la de los 50 a los 66 años (46,9%).

Figura 4

Perfil de cuidadores informales en España a 31 de octubre de 2023



(Fuente: SAAD, 2023)

En Andalucía, las mujeres ostentan el cuidado de sus familiares en un 82,3% frente a los hombres, que representan a un 17,7%; en esta comunidad autónoma, la franja media de edad de los cuidadores sigue el parámetro de los datos nacionales, suponiendo un 45,4% para las personas entre los 50 y los 66 años.

2.2.3.2.4 Necesidades de los cuidadores informales de enfermos dependientes

“Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero también es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales” (Úbeda-Bonet, 2009. p65).

Responder, por parte de las familias, a las necesidades de una población cada vez más envejecida, implica uno de los mayores retos a los que se tienen que enfrentar. Se trata de la realización de una serie de cuidados que generan la responsabilidad de tener las estrategias suficientes para llevarlos a cabo (COP 2002; Czaja, et al., 2000).

Se ha previsto que las familias puedan llegar a verse sobrepasadas ante el hecho de que el cuidado genere más carga de la que realmente puedan abarcar, implicando consecuencias de tipo familiar, social y económicas (Carretero Gómez et al., 2006; Pérez, 2002; Úbeda-Bonet, 2009; Zarit et al., 1986).

Sin embargo, parece que existen diferencias en el tipo de gasto físico, psicológico y económico que se observa si se atiende a las patologías que cursan los familiares de enfermos dependientes. Pérez (1998) denominó el “Síndrome del cuidador” como un conjunto de posibles problemas físicos, psíquicos, alteraciones sociales, problemas laborales o económicos por el aumento del gasto debido al cuidado y la reducción de los ingresos debido a la pérdida o abandono de los empleos. La percepción de dichos problemas es a lo que se le conoce como carga del cuidador, en la que se puede diferenciar dos tipos: carga objetiva y carga subjetiva; la primera de ellas serían todos los cambios de diversa índole (familiares, sociales, de salud, económicas) que conllevan el cuidado de un familiar y la subjetiva se refiere a las actitudes que se derivan del hecho de cuidar (Úbeda-Bonet, 2009).

Si ya es percibido como estresante el cuidado de familiares, en el caso de atender a personas con algún tipo de demencia supone una carga superior debido a los síntomas de conductas disruptivas que manifiestan los enfermos (Pinquart & Sörensen, 2003; Zarit & Zarit, 1982). En un estudio con casi 1300 cuidadores informales de enfermos con demencia se demostró que existen una serie de variables que interactúan entre sí presentes en los cuidadores informales; entre ellas tienen una alta relevancia la autoeficacia, la autoestima y el optimismo (Lamont et al. 2019). Por tanto, se aconseja que las intervenciones con este tipo de población deban estar centradas en la asimilación de técnicas resilientes. Se ha averiguado que los factores de percepción subjetiva sobre la calidad de vida, satisfacción o bienestar están también relacionados con los valores en las variables anteriormente mencionadas (Lamont et al., 2019).

No obstante, parece que pueden existir variables protectoras ya que se ha observado la presencia de altas puntuaciones de autoestima en los cuidadores informales que no presentan sintomatología depresiva y que muestran una relación saludable con los enfermos dependientes (Jütten et al. 2020). Se establece, asimismo, que es necesario un entrenamiento psico-educativo para que los cuidadores familiares de enfermos con demencia se preparen para la toma de decisiones que incumben a sus familiares (Carter et al., 2018).

Si se atiende a cómo afecta el cuidado de familiares con otros tipos de patologías o de edades diferentes, se ve cómo la carga tiene un efecto similar e interactúa con las variables anteriormente presentadas. En un estudio en el que se evaluó la relación de los síntomas relacionados con el estrés y los depresivos en los cuidadores familiares de niños con enfermedades raras o de tipo genético, se encontró una relación directamente proporcional entre sintomatología depresiva y uno de los componentes del afrontamiento hacia el estrés, en concreto con el afrontamiento disfuncional; sin embargo, se encontró que no existe dicha relación positiva con el afrontamiento centrado en el problema o en la emoción (Wen & Chu, 2020).

En otra investigación, se ha medido la relación existente entre factores relacionados con la “calidad de vida” en cuidadores de enfermos dependientes con algún tipo de enfermedad mental (Cheng et al., 2022). Se han obtenido resultados que indican que la salud mental y la percepción de carga, ambos índices en el cuidador, afectan a la calidad de vida. En concreto, los cuidadores informales de personas con esquizofrenia muestran una peor calidad de vida frente a los que cuidan a personas con síntomas depresivos o con trastorno bipolar (Cheng et al., 2022). También se ha observado que un bajo nivel de autoestima y altos niveles de estrés, disminuyen la calidad de vida. Asimismo, los aspectos demográficos no son determinantes a la hora de percibir la variable medida. Se piensa, por tanto, que la manera de intervenir para mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales de los enfermos con problemas

de salud mental es a través de intervenciones centradas en el estado de ánimo, la ansiedad y la autoestima de los mismos (Cheng et al., 2022).

En otro estudio se ha demostrado que la autoestima de los cuidadores familiares de enfermos dependientes oncológicos se relaciona significativamente con el nivel económico familiar, estableciéndose una relación positiva entre ambos factores (Moreira et al., 2015). Por su parte, se observa que existe una relación inversamente proporcional entre la autoestima y la percepción subjetiva de carga del cuidador, especialmente con el estrés del cuidado (Hajek et al., 2021).

De forma global, se ha averiguado que las variables relacionadas con la salud física y mental, la auto-eficacia, la autorrealización, la coherencia familiar y las estrategias de afrontamiento se relacionaban positivamente con pensamientos esperanzadores en los cuidadores. Asimismo, se reafirmó que los datos demográficos no eran significativos (Duggleby et al., 2021). Por tanto, aspectos como la depresión, la ansiedad, la culpabilidad o el estrés disminuyen los pensamientos esperanzadores en los cuidadores informales. Las experiencias previas en el cuidado también son determinantes. Finalmente, se concluye que existe una relación inversamente proporcional entre la percepción de carga y la esperanza (Duggleby et al., 2021).

Con respecto a los problemas físicos, se han observado distintas patologías osteoarticulares, vasculares y síntomas generales que provocan una merma en la movilidad y capacidad funcional de los cuidadores en las tareas del día a día (Úbeda-Bonet, 2009).

Asimismo, se ha constatado que existe una alta prevalencia de sentimiento de soledad en los cuidadores informales en Estados Unidos y en Europa, y ésta, a su vez, se relaciona con una mayor morbilidad y un índice alto de mortalidad en los cuidadores. Dichos síntomas pueden provocar que el cuidado a los familiares dependientes se vea afectado (Hajek et al., 2021). Hay aspectos en la vida de los

cuidadores informales que pueden hacer que la carga del cuidador y la depresión aumenten sustancialmente; los bajos niveles de ingresos económicos, en la situación de desempleo y el género femenino parecen ser factores de riesgo para una alta prevalencia de dichas variables (Hajek et al., 2021). También se han encontrado datos a favor de que cuánto más jóvenes son las personas con algún tipo de enfermedad dependiente, mayor es el estrés del cuidador (Kim, 2017). Hay un evidente riesgo de desarrollar psicopatologías relacionadas con el estado de ánimo y la ansiedad, el cual aumenta conforme aumenta el tiempo de cuidado (Úbeda-Bonet, 2009).

Uno de los modelos más utilizados para analizar los factores que afectan a los cuidadores informales es el de Pearling (1990,1994). Dicho modelo se basa en que la situación de cuidado es un potencial proceso generador de estrés y que está formado por cuatro componentes:

a) Factores contextuales de la situación de cuidados.

Variables del cuidador, variables de personalidad, relación afectiva previa, tipo de convivencia, dinámica familiar

b) Los factores estresantes.

Primarios (relacionados con las tareas del cuidado) y secundarios (modificaciones de la vida del cuidador)

c) Consecuencias de los cuidados.

De tipo social, físico, psicológico, laboral o económico.

d) Variables moduladoras del proceso.

Herramientas de afrontamiento, amortiguadores, apoyo social.

2.2.3.2.5 Sintomatología en cuidadores informales de enfermos dependientes en España

El número de cuidadores informales del que se tiene registro ha ido aumentando en los últimos años, sobre todo a raíz de 2020 (SAAD, 2023). Sin embargo, debido a que este estudio se ha estado realizando antes y después de la situación de pandemia mundial, es necesario conocer los datos sobre la sintomatología en distintos momentos de la cronología para ver si ha habido modificaciones en la sintomatología.

Cuando se lleva a cabo el cuidado de un familiar dependiente, las sensaciones de pérdida aumentan, especialmente en la población femenina, que son más numerosas en el colectivo. Esas sensaciones hacen referencia, en forma de rumiación constante, a lo que eran sus vidas antes de iniciar el proceso de cuidado y se ponen en juego aspectos como la merma de la autoestima debido a una disminución de la percepción de sus capacidades, habilidades y posibilidades de desarrollo personal, al no poder conseguir sus planes u objetivos en la vida, puesto que éstos dejan de ser una posibilidad real (Martínez-Marcos & De la Cuesta-Benjumea, 2016).

Al mismo tiempo, aunque no existe un patrón único de afrontamiento del cuidado informal, se pueden desarrollar factores positivos del hecho de cuidar (Martínez, 2009). En la experiencia positiva del cuidador destaca la confianza en la resolución de problemas, la aceptación de los cambios de salud y comportamentales que sufre el enfermo y herramientas de detección temprana de necesidades (Pinto-Afanador et al., 2005). Úbeda-Bonet (2009) llevó a cabo una evaluación exhaustiva con el ICUB97 (Infermeria Comunitària Universitat de Barcelona) (instrumento de propia creación) de cuyos resultados cabe destacar los siguientes:

- El perfil de la persona cuidadora es: mujer de mediana edad, hija del enfermo/a, con estudios primarios incompletos, que no trabaja fuera del hogar, que no dispone de ayuda externa para cuidar, percibe su estado de salud como regular y su relación con la persona cuidada es buena. Debido a que no cuentan con ayuda formal o ésta es muy reducida, aumentan las situaciones de

sobrecarga del cuidador. Sí es verdad, que se ha observado un leve cambio en la tipología de la población de cuidadoras, ya que éstas cada vez están mejor formadas y cuentan con una profesión y consecuente empleo fuera de casa; esta tendencia está creciendo, lo que hará aumentar el número de cuidadores formales en el futuro.

- Se menciona a la “generación sándwich”; se trata de la generación de las personas entre 50 y 60 años (contados en el 2009, fecha del estudio, por lo que serían los nacidos entre 1949 y 1959) los cuales se hacen cargo de sus padres/madres enfermas a la vez que tienen que sustentar económicamente a los hijos, los cuales no se han podido independizar debido a la crisis de 2008. Como dice Úbeda-Bonet (2009. p.197): “Este colectivo puede tener la sensación de no poder vivir una madurez independiente”.
- La muestra estudiada lleva un promedio de 5 años cuidando a su familiar.
- Sólo el 24’9% trabajan fuera del hogar, de los cuales el 30’8% tuvieron que adaptar su empleo al cuidado y 16’7% tuvieron que abandonarlo.
- Las actividades más comunes que cubre una persona que cuida son las instrumentales: salir a comprar, hacer las tareas domésticas, comunicación con los profesionales sanitarios, administrar la medicación y adecuar la casa a las necesidades de la patología. Además, un 64,8% cubre las siguientes tareas: higiene del enfermo, traslados cama-silla-sofá, ayuda para caminar, vestirlos o desvestirlos, preparación de una dieta especial y prevención/cura de heridas/escaras.
- En muchas ocasiones los cuidadores asumen el cuidado en solitario, sin optar por las posibilidades de respiro que les puede ofrecer la ayuda formal.
- Un 50-60% de las cuidadoras van a mostrar una serie de síntomas, atribuidos al hecho de cuidar: dolor de espalda, cansancio, ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, trastornos en el descanso y sueño, y consumo de medicamentos para combatir el dolor.

- Entre un 40 y 90% mencionan que sus relaciones sociales son menores, contribuyendo esto a mayor aislamiento social, sensación de abandono y soledad.
- Un 35% tienen problemas económicos.
- Según la teoría sistémica de familia, la enfermedad va a afectar a todos los miembros de la familia implicada.
- Las consecuencias negativas y para la salud de las cuidadoras son mayores si el enfermo tiene una patología de tipo neurodegenerativa y/o mental, ya que suelen presentar síntomas más graves y una mayor cronicidad o duración de la patología.
- Se observa que los cuidadores realizan más cuidados y presentan más alteraciones cuanto mayor es el nivel de dependencia de la persona cuidada.
- Se muestran datos que describen que, a peor relación entre cuidador y cuidado, peor pronóstico de salud para el cuidador.
- Los cuidadores estudiados que disponen de algún tipo de ayuda para cuidar presentan menos problemas que aquellos que no disponen de ayuda, pese a que la cantidad de cuidados sigan siendo los mismos. El apoyo social, es más de tipo emocional que instrumental.

Carretero-Gómez et al. (2006) obtuvieron resultados similares y afirman que las mujeres ostentan la gran mayoría de los casos de cuidadores informales y su relación suele ser directa con los enfermos: padres, hijos o cónyuges. En la gran mayoría de los casos, se desarrolla el “Síndrome del Cuidador” y existe cierta variabilidad a la hora de afrontar la carga y las situaciones estresantes.

Denche-Zamorano et al. (2022) realizaron un estudio con 2225 personas cuidadoras de enfermos dependientes mayores en España, justo antes de la Covid-19, en el que se quiso comprobar la relación de la actividad física con la autopercepción de salud y la salud mental. Se establece que existe una relación directamente proporcional entre los tres factores. Percatan que factores como el afrontamiento, el

estrés y la autoestima son los más implicados en dichas relaciones entre las variables estudiadas. Asimismo, el factor sexo es altamente relevante, ya que se ha observado una mayor morbilidad en las mujeres cuidadoras y, por tanto, un índice más alto de relación entre ellos (Denche-Zamorano et al., 2022). A raíz de la situación de pandemia con la Covid-19 la salud mental de los cuidadores informales a nivel global se vio afectada, aumentando los índices de ansiedad, estrés, nerviosismo y preocupación por sí mismos y sus familiares enfermos (Bailey et al., 2022; Czeisler et al., 2020; Hossain et al., 2020; Kent et al., 2020; Kim et al., 2020; Odeh et al., 2020). Se puede hablar, por tanto, de una situación extrema de desbordamiento a nivel emocional debido a la desconexión con los recursos necesarios para el cuidado (Elvira-Zorzo, 2021).

En concreto, se ha estudiado que hay tres factores que influyen en la intensidad de dichos problemas psicológicos devenidos de la situación de la cuarentena; éstos son: la edad de la persona enferma, el sexo de la persona cuidadora y la relación familiar enfermo-cuidador. Se observa que el sexo femenino de la persona que cuida, el vínculo familiar estrecho entre enfermo-cuidador y a menor edad de la persona fueron factores de riesgo durante la época del confinamiento (Cohen et al., 2021; Monteiro et al., 2022; Zucca et al., 2021).

En el ámbito rural se ha observado que las consecuencias han sido mayores, debido a las características de cambio demográfico actual y a la falta de recursos formales por parte de las instituciones competentes, que no hacen sino incrementar los efectos generales de la pandemia en los cuidadores informales (Martín-Gómez & Rivera-Navarro, 2022). A partir de este momento, se han incrementado los trabajos para paliar las consecuencias mentales que se derivan, en su mayor parte en la modalidad online (Bertuzzi et al., 2021).

2.2.3.2.6 Trabajos con los cuidadores informales de enfermos dependientes

La cantidad de estudios sobre intervenciones en cuidadores informales de enfermos dependientes es bastante menor, posiblemente debido a la dificultad de intervenir por las características intrínsecas que presenta este colectivo. Aún así, podemos encontrar varios acercamientos terapéuticos que buscan la mejora de la calidad de vida de los cuidadores familiares de enfermos dependientes. Se trata, por tanto, de actuaciones que funcionan a modo de “respiro” para que los cuidadores tengan tiempo para sí mismos, aunque en muchas ocasiones este descanso supone un estresor más debido al insuficiente tiempo de aplicación (Carretero-Gómez et al., 2006).

En muchas ocasiones es necesario trabajar con el concepto de “aceptación de la situación sobrevenida” y para ello hay que enfocar el trabajo hacia cómo se afrontan los cambios, mejorando la comunicación y los estilos cognitivos, así como factores psicosociales para que el cuidado no se vea afectado de forma emocional (Elvira-Zorzo, 2021). Cabe destacar que, aunque el apoyo social es una variable bastante relevante, el apoyo instrumental y emocional son variables de especial importancia, y ambos aspectos pueden ser cubiertos por dos tipos de apoyo, el formal y el informal (Martínez, 2009).

Es, por tanto, necesario trabajar desde una visión integradora atendiendo a tres niveles. Según Ortiz-Muñoz (2007):

1. Necesidades de apoyo emocional: creando un espacio en el que las personas que cuidan puedan expresar cómo se sienten.
2. Necesidades de la evaluación del estrés: estableciendo la posibilidad de la forma más objetiva posible aspectos como la carga, el afrontamiento, etc.

3. Necesidades de gasto psíquico o físico: poner la atención en las secuelas del hecho de cuidar.

En la mayoría de las ocasiones se implementarían programas de intervención que incluyeran atención psicológica individual, grupos de apoyo y grupos de autoayuda (Ortiz-Muñoz, 2007).

Precisamente en el trabajo grupal se potenciarían las habilidades de afrontamiento cognitivo, habilidades de manejo de situaciones difíciles y de control emocional (Martínez, 2009). No obstante, se establece que el número ideal de sesiones es entre 8 y 10, ya que las personas que cuidan no van a comprometerse en una actividad de más duración, aludiendo al tiempo que están dejando de dedicar al cuidado de sus familiares; sin embargo, una intervención tan reducida, implica que la mayoría del contenido se quede en una mera introducción (Carretero-Gómez et al., 2006).

Tras una intervención de tipo psicoeducativa en cuidadores informales, realizada por Espín-Andrade (2009), se han observado los beneficios que se exponen a continuación:

- Tras la intervención su capacidad de organización temporal había aumentado y , por tanto, la atención a los familiares comenzó a ser de mayor calidad.
- Los conflictos familiares y los problemas económicos disminuyeron.
- Tras haber realizado parte de la intervención a través de un programa de manejo de emociones: la ira disminuye, la culpa permanece, angustia y miedo mejoran, la desesperanza se mantiene.
- Las relaciones sociales y la laboral mejoran, pero no de manera significativa.

Asimismo, se ha planteado el apoyo social como una manera de intervenir en los efectos negativos del acto de cuidar, ya que se estima que existe la posibilidad de que la percepción de carga subjetiva disminuya y, por tanto, se refleje en una mejora de los

aspectos físicos y mentales (Carretero-Gómez et al., 2006). En esta dirección, Gandoy-Crego et al. (1999) diseñaron una terapia grupal que funcionó como referencia, apoyo y adquisición de herramientas. Al ser un grupo de iguales, el “modelado” es una de las estrategias más válida para la generación de nuevas pautas de conducta asociadas con las tareas y afrontamientos de los cuidadores.

De igual manera, el entrenamiento en técnicas de relajación ayuda a las personas que cuidan a reducir el estrés y les sirve para usarla en momentos de afrontamiento de problemas o autocontrol emocional. También es beneficiosa al generar hábitos de sueño, en muchas ocasiones perjudicado en este tipo de población (Ortiz-Muñoz, 2007). Otra forma de acercamiento terapéutico es la propuesta de la actividad física como una intervención válida para mejorar la salud mental en los cuidadores de enfermos mayores o con algún tipo de enfermedad crónica (Denche-Zamorano et al., 2022).

2.2.3.2.6 Trabajos de teatro aplicado, teatro terapéutico o dramaterapia con cuidadores de enfermos dependientes

Tras revisar la literatura relativa al uso de cualquier modalidad de teatro aplicado en cuidadores informales, se afirma que este campo adolece de estudios científicos sobre el tema. Existe una escasez de investigaciones relacionadas con las terapias creativas aplicadas a los cuidadores de enfermos dependientes, tanto formales (sanitarios, ayuda a domicilio, cuidadores privados) como informales (familiares). Aún así, sí se han encontrado trabajos en el ámbito de los cuidadores formales o en el de los profesionales sanitarios que tienen contacto con enfermos dependientes. Asimismo, también se han llevado a cabo investigaciones con respecto al uso del teatro como herramienta en el envejecimiento, que, pese a ser un campo prolífico, no cuenta con un amplio número de estudios empíricos (Keisari, 2021). Como se ha podido observar en el corpus teórico, no existe una estandarización en la

aplicación de técnicas de TA o dramaterapia. Rossiter et al. (2008) realizaron un análisis de los tipos de intervención a través del teatro en este ámbito, el cual organizan de la siguiente manera: (1) representaciones no teatrales; (2) etnodramas, interactivos o no interactivos; (3) representaciones teatrales basadas en la investigación; y (4) representaciones teatrales de ficción.

En una revisión sistemática, Havsteen-Franklin et al. (2020) encontraron un total de 6 estudios que trabajaban conceptos como el bienestar y la salud mental de cuidadores profesionales. Los resultados obtenidos especifican que trabajar desde una perspectiva artística, permite un espacio seguro en el que los participantes son capaces de generar competencias psicosociales nuevas, adquiriendo herramientas en la expresión y el procesamiento emocional (Havsteen-Franklin et al., 2020).

Con respecto al uso de técnicas relacionadas con el teatro en cuidadores informales, tanto el número como la calidad científica de los trabajos es muy baja. No obstante, se destacan dos estudios muy diferentes.

Quinlan & Duggleby (2009) realizaron un estudio de cualitativo en el que se analiza la manera en la que un taller de teatro participativo incide en la salud y las actitudes de un grupo de cuidadores familiares de personas con demencia. Se establece que es un acercamiento terapéutico muy positivo debido al trabajo exhaustivo del concepto de “esperanza” en las propuestas del taller y finalmente en la representación final. También les permitió generar vínculos con el resto de los cuidadores que participaron, tanto los que estuvieron en el proceso creativo como los que fueron de público, ya que se creó un grupo de referencia, algo muy necesario en el ámbito de los cuidados de familiares.

Por su parte Leichner y Wieler (2015) llevaron a cabo una serie de talleres en los que 18 participantes que presentaban alguna enfermedad mental y sus cuidadores

y 6 eran actores profesionales. En dichos talleres se creó un texto dramático basado en las experiencias de los cuidadores y de los enfermos.

Existe un mayor número de trabajos relacionados con los cuidadores formales o con profesionales sanitarios, en activo o en formación. Cada vez es más popular el uso del teatro para generar aprendizajes en las personas que trabajan cuidando poblaciones con patologías diversas, ya que se pueden observar aspectos relacionados con la comunicación no verbal o las emociones, que en la educación tradicional se suelen pasar por alto o son más difíciles de asimilar (Rossiter et al., 2008).

Se llevó a cabo un estudio que usó una intervención breve basada en técnicas y dinámicas teatrales con profesionales del cuidado: enfermeras, auxiliares de enfermería y cuidadores de atención sanitaria, en su gran mayoría mujeres. A través de dos días de taller intensivo, se generaron situaciones en las que las participantes asumieron otros papeles con lo cual les sirvió para ejercitar la empatía consciente. Se establecieron modelos comunicativos más positivos y se generó un ambiente propicio para la creación de nuevas herramientas de interacción (Quinlan et al., 2020).

La presencia de un mayor número de investigaciones relativas a los cuidadores formales de enfermos con demencia es una realidad, siendo los más numerosos en este ámbito.

A través de las artes se puede contribuir de manera muy positiva a la relación entre cuidadores y las personas con demencia, ya que se incide en aspectos tan relevantes como la comunicación, las habilidades, la generación de nuevos aprendizajes y la reestructuración de patrones cognitivos y emocionales, al mismo tiempo que incrementa la autoestima y la auto-confianza (Gjengedal et al., 2014).

Un ejemplo nos lo muestran dos intervenciones realizadas con cuidadores profesionales de enfermos con demencia, en la que se utilizaron dramatizaciones y el

role-playing a través de escenas dramatizadas audiovisuales de la temática del cuidado en demencias (Kontos et al., 2012; Kontos et al., 2017). De esta manera, se establecen técnicas nuevas, formas más positivas de comunicación y enfoques resilientes de afrontamiento ante las dificultades del quehacer de este tipo de personas. Sobre todo, se hace hincapié en la intervención centrada en la persona, ya que ayuda a mejorar la atención y el entendimiento.

Por otra parte, se realizó una investigación etnográfica sobre la población con Alzheimer y su relación de éstos con los profesionales sanitarios. A través de la información recogida se generó una pieza dramática que se presentó a un público cuyos miembros eran trabajadores de salud en contacto con personas que padecían Alzheimer y se ha mostrado el poder pedagógico que tiene el teatro a la hora de adquirir nuevas formas de acercamiento a los pacientes (Kontos & Naglie, 2007).

Asimismo, a través de un taller de teatro de 12 semanas de duración en cuidadores profesionales de enfermos con demencia, se establece el poder de las técnicas dramáticas para generar aprendizajes sobre la atención socio-sanitaria centrada en el paciente, ya que incide en la calidad de vida del mismo (Kontos et al., 2010).

En otra intervención a través de una representación llevada a cabo por actores sobre escenas típicas entre el enfermo dependiente con demencia y el cuidador, se recalca la importancia de la escucha activa del cuidador hacia el enfermo y la no jerarquización de la relación (Greenwood, 2015).

En un trabajo similar con el mismo tipo de población, en concreto un estudio de casos de métodos mixtos, se enfatizó la atención a la individualidad de los pacientes, aspecto que se interiorizó en los participantes en el estudio (Schneider, 2017). Se establece una clara evidencia de la capacidad que tiene el teatro de fomentar la

transmisión de ideas y de generar aprendizajes, en este caso, relacionados con las formas de atender a enfermos dependientes con demencia (Schneider, 2017).

Asimismo, se ha observado el efecto positivo que tiene una intervención de teatro terapéutico en el aprendizaje de una serie de cuestiones de afrontamiento del desarrollo profesional en futuros médicos, como la comunicación y el afrontamiento emocional (Kerr et al., 2020).

2.2.3.3 Contexto de aplicación del estudio

Las participantes en este estudio eran usuarias del Servicio de Enfermería Comunitaria/Enlace de dos centros de salud de la ciudad de Huelva, más en concreto, el Centro de Salud de La Orden y el Centro de Salud de Los Rosales, ambos dependientes del Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía. Para entender la idiosincrasia de las poblaciones que habitan a día de hoy dichas barriadas onubenses, es necesario echar la vista atrás y ver cómo y cuándo fue el momento de la formación de las mismas.

Martínez-Chacón (1992) hace un completo resumen sobre los tres momentos que marcan una influencia central en la historia del desarrollo urbanístico de la ciudad de Huelva. El primero de ellos fue en 1833, en época pre-industrial, cuando Huelva se establece como la capital de la provincia. Sin embargo, este hito no contribuyó a ningún tipo de aumento poblacional, simplemente el establecimiento administrativo de la capitalidad.

El segundo momento histórico que repercute en el devenir de Huelva capital, fue la llegada de los británicos a finales del siglo XIX a las explotaciones mineras de la provincia, las cuales compraron y explotaron durante varias décadas. Socialmente supuso un aumento de población en toda la provincia y en la capital, en su gran mayoría de personas con necesidad económica, que llegaban para poder encontrar una oportunidad en la incipiente industria onubense, procedentes de Badajoz, Portugal

y Galicia en su totalidad. También se destaca un movimiento de migración poblacional dentro de los municipios de la provincia de Huelva hacia la capital, cuyas características han de resaltarse, ya que sólo emigraban a Huelva las personas con un alto grado de marginalidad y necesidad económica, siendo una pequeña excepción la emigración cualificada o con un nivel económico solvente.

En los años 50, tras la Guerra Civil y la posguerra más temprana, se desarrollan en España varios programas en pro del desarrollo industrial y/o turístico de la mayoría de los territorios, sin embargo, Huelva queda fuera de dichas medidas, con lo cual la marginalidad y el chabolismo va aumentando progresivamente. No es hasta 1964, tercer momento importante para la provincia y la ciudad de Huelva, cuando se instaura el Polo de Promoción Industrial que coincide con la aplicación del Plan General de Ordenación Urbana. Se estableció, por tanto, una nueva organización de la ciudad ante el previsible crecimiento de la población, debido al aumento del número de empleos en la incipiente industria. Con el plan de Alejandro Herrero (su arquitecto), se intentó conectar las distintas zonas habitadas de la urbe, las cuales eran inconexas y relativamente lejanas. Fue en ese momento en el que aparecieron las barriadas de La Orden y Los Rosales, entre otras muchas (de un total de 11 barriadas nuevas) debido a la duplicación de la población en la capital.

Campero-Romero (2022) establece que ambos barrios fueron diseñados para ser ocupados por población obrera de origen rural, en el caso de La Orden, se estipuló que la ocuparan más de 30.000 personas. En un estudio estadístico realizado por el Ayuntamiento de Huelva en el año 2019, se estableció que en Los Rosales vivían un total de 3794 habitantes, de los cuales 1822 eran hombres y 1972 mujeres; en La Orden había un total de 8592 habitantes, formados por 4097 varones y 4432 mujeres. Dichos barrios están en dos zonas alejadas del centro y cuentan con infraestructuras y servicios propios, lo que pudo suponer un aislamiento social de los habitantes de dichas zonas en el pasado. También participó en esa ausencia de socialización el

hecho que desde un comienzo eran zonas para ser habitadas de lunes a viernes por los horarios laborales, pero que se vaciaban los fines de semana cuando los obreros libraban y volvían a sus localidades. Esa característica se ha perpetuado en un alto porcentaje hasta la actualidad.

Por lo tanto, y conectándolo con uno de los factores incluidos en el estudio demográfico de nuestra población, es plausible que las participantes de nuestra intervención se autodefinan como de clase baja, media-baja y media económica en casi su totalidad. Si observamos otras características de la muestra, podemos ver como la gran mayoría de ellas sólo tienen estudios primarios y, aunque han trabajado fuera de casa cuando eran más jóvenes, la mayoría de los trabajos a realizar eran de baja cualificación.

Si se siguen analizando las implicaciones socio-económicas en la población de la vida en ambos barrios obreros atendiendo a nuestra muestra, cabe destacar un dato estrechamente relacionado con el cuidado de los familiares dependientes: de las 13 cuidadoras que cuentan con apoyo de cuidador formal, sólo en dos de ellas eran de tipo privado. Por tanto, se hace patente la falta de recursos económicos para poder sacar adelante el cuidado de los familiares dependientes siendo, en muchos casos, necesario el dejar de trabajar fuera de casa.

2.2.3.4 Metodología

Se realizó un estudio clínico cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post para observar el efecto de una intervención basada en técnicas teatrales. Se plantearon dichas técnicas como método de disminución de ansiedad y de la carga del cuidador, y como mejora del estado de ánimo y la autoestima. Se llevó a cabo entre 2018 y 2023. Se organizó en grupos pequeños en las instalaciones de los centros de atención primaria de La Orden y Los Rosales en la ciudad de Huelva. Con respecto a las participantes, que formaban nuestra muestra de conveniencia,

participaron en el estudio de forma voluntaria tras la captación por parte del Servicio de Enfermería Comunitaria/Enlace de cada uno de los centros sanitarios mencionados con anterioridad. Previo al estudio, se registró el proyecto del mismo en El Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía adscrito a la Junta de Andalucía resultando como favorable (PI 030/17) y, en consecuencia, obteniendo los distintos permisos para llevar a cabo el mismo.

Se dividió de forma aleatorizada a las participantes en dos grupos, uno control (n=11) y otro experimental (n=28); en este último, se organizaron por centro de salud de pertenencia y se establecieron en grupos pequeños para desarrollar la intervención.

2.2.3.4.1 Objetivos y formulación de hipótesis

El principal objetivo de esta investigación es analizar si la intervención a través de técnicas teatrales, es capaz de modificar los resultados en los cuestionarios que miden: la autoestima, la ansiedad estado, ansiedad rasgo, estado de ánimo y percepción de carga del cuidador. Es decir, observar si la autoestima aumenta, la ansiedad disminuye, el estado de ánimo mejora y el índice de carga del cuidador se reduce. Se quiere averiguar si existen diferencias en las puntuaciones de las variables mencionadas antes y después de la aplicación de las técnicas terapéuticas en el grupo experimental. Asimismo, se comparan las puntuaciones de partida y las posteriores entre los grupos experimental y el control.

Por lo tanto, las hipótesis de este estudio son las siguientes:

- Hipótesis general: el uso de técnicas teatrales como método de intervención en el grupo experimental provoca una mejoría en las puntuaciones de las variables medidas, mientras que el grupo control no muestra dicha mejoría en las mismas.

Al estudiar distintas variables, es necesario diferenciarlas unas de otras, puesto que no todas tienen por qué tener el mismo comportamiento con respecto a la intervención, con lo cual se han de establecer hipótesis concretas atendiendo a dichos objetivos.

- Hipótesis para la variable autoestima: las puntuaciones de autoestima aumentarán tras la participación en el taller en el grupo experimental, mientras que en el grupo control no mostrarán ningún cambio.
- Hipótesis para la variable de estado de ánimo: las puntuaciones relativas al estado de ánimo disminuirán tras la intervención en el grupo experimental. En el grupo control no experimentarán ningún cambio.
- Hipótesis para la variable de ansiedad estado: las integrantes del grupo experimental van a disminuir sus puntuaciones en dicha escala, mientras que los sujetos del grupo control no.
- Hipótesis para la variable de ansiedad rasgo: las integrantes del grupo experimental van a disminuir sus puntuaciones en esta escala, mientras las del grupo control no.
- Hipótesis para la variable de carga del cuidador: las participantes en el grupo experimental muestran una disminución de la carga, mientras el grupo control no obtiene ninguna modificación en la valoración de la misma.

En el grupo experimental, se ha organizado la aplicación de los instrumentos de medida antes de la intervención y tras ella. Para el grupo control, se realizó la primera evaluación en el mismo momento que en el grupo experimental y la posterior, tras tres meses desde la primera evaluación, una vez finalizada la intervención en el grupo experimental.

Se han llevado a cabo los análisis estadísticos con el programa SPSS-29. Para cada una de las variables se han realizado los mismos análisis: primero se ha probado la normalidad de cada una de las variables a través de la prueba de Shapiro-Wilk. Tras ello, se han ejecutado cuatro tipos de análisis atendiendo paramétricas o no; pese a que la normalidad de los datos ha sido comprobada, se ha decidido aplicar ambas pruebas para mostrar los resultados de forma más conservadora, dado el reducido tamaño de la muestra. Por lo tanto, en cada una de las variables medidas, se han aplicado las siguientes técnicas: para averiguar si existen diferencias en cada grupo antes y después de la intervención, se han analizado los datos a través de t-Student para muestras relacionadas y de la prueba de Wilcoxon. Por su parte, para ver las diferencias en las puntuaciones en cada uno de los grupos, se ha generado las variables de “mejora” para cada uno de los constructos medidos, y, a continuación, se han aplicado la t de muestras Independientes y la U de Mann-Whitney.

Asimismo, se han obtenido los coeficientes *d de Cohen* para ver el tamaño del efecto.

Las variables medidas con los cuestionarios que después se analizarán estadísticamente, se pasan a llamar de la siguiente manera:

Tabla 12

VARIABLES MEDIDAS EN EL ESTUDIO DE INTERVENCIÓN A TRAVÉS DEL TEATRO CON CUIDADORAS DE ENFERMOS DEPENDIENTES (ESTUDIO 1).

AUTOESTIMA	ANSIEDAD		ESTADO DE ÁNIMO	CARGA DEL CUIDADOR
	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO		
-Autoestima Exp. Pre	- Ansiedad Estado Exp. Pre	- Ansiedad Rasgo Exp. Pre	-Estado de Ánimo Exp. Pre	-Carga Exp. Pre
-Autoestima Exp. Post	- Ansiedad Estado Cont. Pre	- Ansiedad Rasgo Cont. Pre	- Estado de Ánimo Exp. Post	- Carga Exp. Post
-Autoestima Cont. Pre	- Ansiedad Estado Cont. Post	- Ansiedad Rasgo Cont. Post	- Estado de Ánimo Cont. Pre	- Carga Cont. Pre
-Autoestima Cont. Post	- Ansiedad Estado Cont. Pre	- Ansiedad Rasgo Cont. Pre	- Estado de Ánimo Cont. Post	- Carga Cont. Post
-Mejora Autoestima	-Ansiedad Estado Cont. Post	-Ansiedad Rasgo Cont. Post	-Mejora EstadoÁnimo	-MejoraCarga
	-Mejora AnsiedadEstado	-Mejora AnsiedadRasgo		

Al ser un estudio cuasiexperimental con medidas pre/post y grupo control, organizamos las variables según su pertenencia atendiendo a si son previas a la intervención o posteriores. Igualmente se dividen en si pertenecen al grupo

experimental o al grupo control. La última variable de cada grupo, se ha creado para ver la mejora o no en la misma, comparando las puntuaciones previas con las posteriores de cada uno de los grupos (experimental y control).

2.2.3.4.2 Participantes

Se llevó a cabo es estudio con 39 usuarias del servicio de Enfermería Comunitaria de Enlace de dos centros de atención primaria de la ciudad de Huelva. Todas ellas eran cuidadoras informales de enfermos dependientes que pertenecían al Centro de Salud de la Orden y el Centro de Salud de Los Rosales. Se contactó con ellas a través de las enfermeras comunitarias o de enlace y se les invitó a participar de forma voluntaria en el estudio.

2.2.3.4.3 Temporalización en grupos Control y Experimental.

Con el grupo control (n=11), se las llamó por teléfono a cada una de las participantes para explicarles el estudio en el que iban a formar parte y se las citó en los centros de salud para hacer las evaluaciones previas. Muchas de ellas tenían dificultades para asistir a la cita, por lo que se agendaron las evaluaciones en sus domicilios. En dichas sesiones (tanto las que acudieron a los centros de salud como las que lo hicieron en sus casas), se les informó sobre la Ley de Protección de Datos, así como el Informe de Consentimiento Informado.

A continuación, tuvieron que contestar a las preguntas del cuestionario demográfico y el resto de los instrumentos estandarizados: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Buela-Casal et al., 2011), Escala de Autoestima de Rosenberg (Echeburúa, 1995), Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Sanz & Vázquez, 2011) y el Cuestionario de Carga del Cuidador de Zarit (Zarit-Zarit, 1982). Se les explicó que, en principio, ellas no participarían en el taller de teatro terapia y que en tres meses se les volvería a evaluar; asimismo, se les informó que podían abandonar el estudio cuando ellas quisieran. Tres meses más tarde se llevaron a cabo las

evaluaciones de los cuatro cuestionarios estandarizados usados en la fase previa. Como en dicha fase, muchas de ellas acudieron a los centros de salud, mientras que otras solicitaron que se acudiera a sus domicilios, por incompatibilidad del cuidado de sus familiares.

Relativo al grupo experimental (n=28), en el comienzo se les citó a una reunión previa en la que se les contó en detalle lo que iban a hacer y se les mostraron varios vídeos sobre ejemplos del uso del teatro como terapia. En esa misma sesión, las interesadas en seguir con la participación en el estudio, se les pidió que leyeran y firmaran el Informe de Consentimiento Informado, así como rellenar el Cuestionario Demográfico. Se establecieron diversos grupos según los centros de salud en los que se llevaron a cabo y se organizaron a las participantes en grupos pequeños para poder desarrollar la intervención cómodamente en los espacios habilitados en los centros sanitarios. Las sesiones se organizarían en una sesión semanal de dos horas de duración todos los viernes por la mañana. En alguna ocasión, por festivos o por incompatibilidad de las participantes, las sesiones tuvieron que ser quincenales en vez de semanales.

2.2.3.5 Resultados

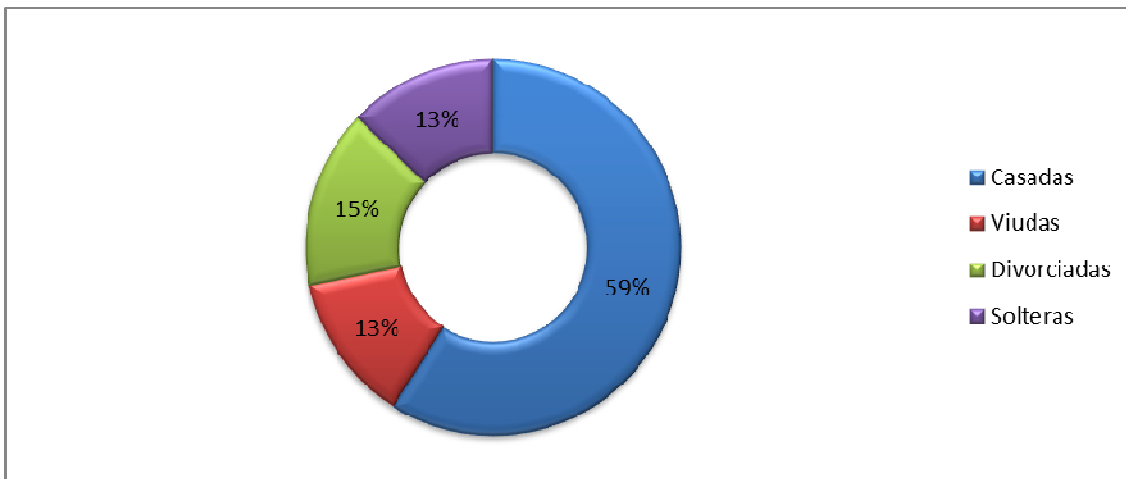
2.2.3.5.1 Análisis de las variables demográficas

Todos los participantes en la intervención fueron mujeres. Todas las participantes se encuentran en el rango de edad entre los 50 y los 78 años, cuya media de edad se encuentra en 65,07 años.

Con respecto a su estado civil (ver figura 5), 23 de ellas estaban casadas, 5 viudas, 6 divorciadas y 5 solteras.

Figura 5

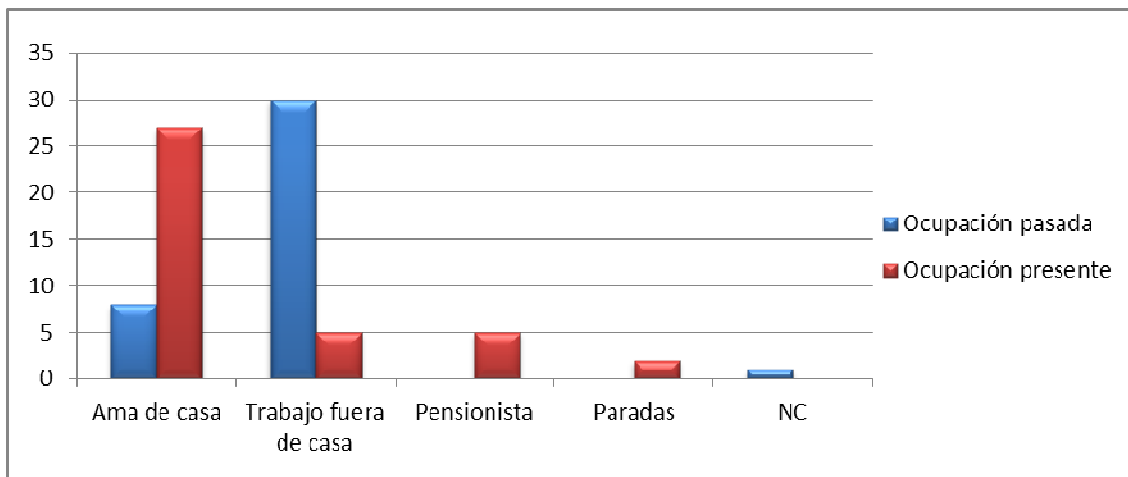
Estado civil de las cuidadoras informales de enfermos dependientes



Si atendemos al nivel de estudios de las cuidadoras participantes en el proyecto, cabe destacar que 27 de ellas (69%) habían realizado estudios primarios, 10 (26%) habían estudiado Formación Profesional o Bachillerato y 2 (5%) de ellas no tenían estudios ningunos. En el estudio demográfico que se llevó a cabo, se les preguntó por los empleos realizados antes y en la actualidad, para ver si su situación laboral se había tenido que modificar debido a la situación del cuidado de sus familiares.

Figura 6:

Comparación ocupaciones de las cuidadoras informales de enfermos dependientes



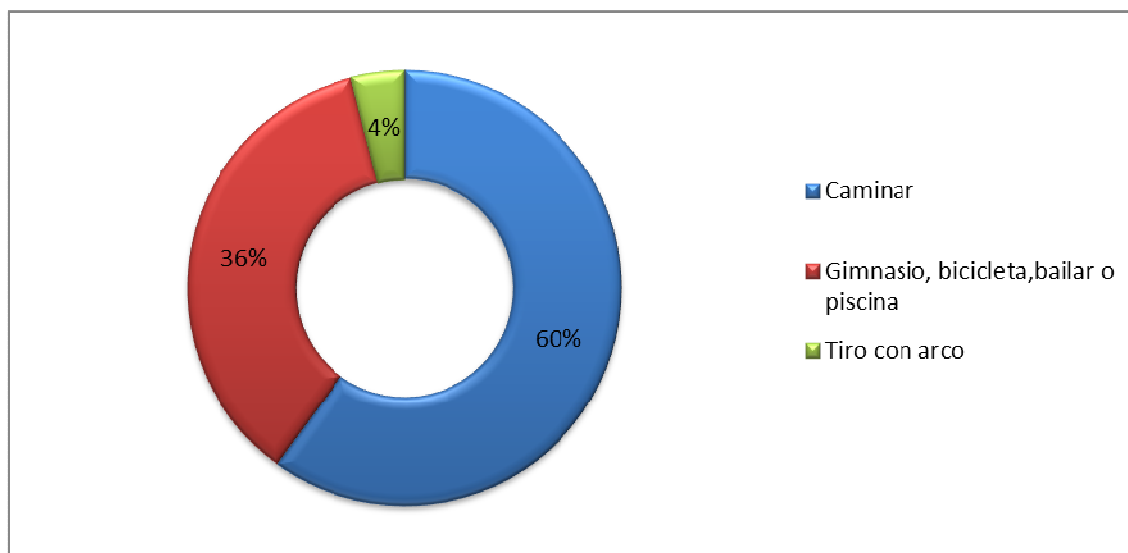
En los resultados (ver figura 6) se observa que 30 de ellas trabajaban fuera de casa y 8 eran amas de casa. Por su parte, cuando se referían a su situación laboral en el momento de la evaluación, 5 trabajaban fuera de casa, 5 eran pensionistas, 2 desempleadas y las 27 restantes eran amas de casa. Como se puede observar, la situación laboral de las cuidadoras había cambiado en los últimos 10 años.

Cuando se les pidió que se categorizaran en distintos niveles económicos, 16 de ellas (41%) se colocaron en nivel bajo, 7 medio-bajo (18%), 14 medio (36%) y dos de ellas se posiciona en un nivel económico alto (5%).

Con respecto a la presencia o no de actividad física, 26 de ellas afirman que realizan algún tipo de actividad física y las 13 restantes no realizan ninguno, siendo 4 horas semanales la media de las que realizaban ejercicio. Entre las actividades físicas (ver figura 7) que llevan a cabo, caminar es la actividad más frecuente, seguida de gimnasio, ciclismo, natación, baile o tiro con arco.

Figura 7

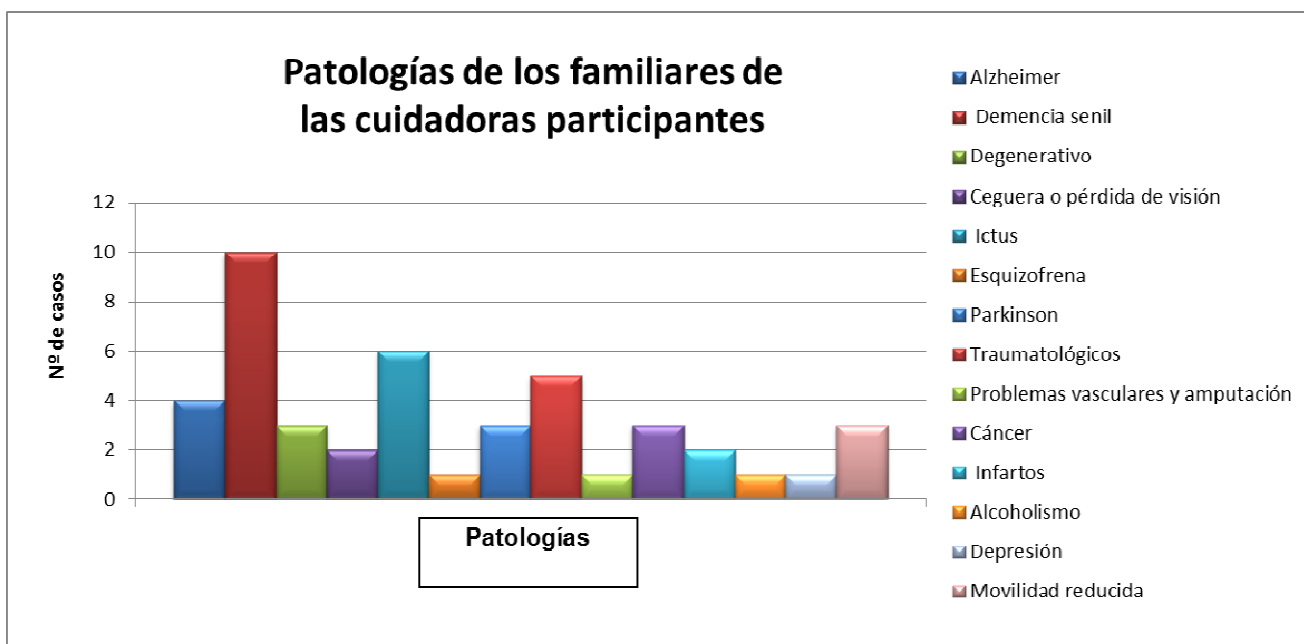
Tipo de actividad física que realizan las cuidadoras informales de enfermos dependientes



Pese a organizar sus vidas alrededor del cuidado de sus familiares, muchas de ellas intentan mantener sus aficiones, entre las que se encuentran las siguientes en orden de popularidad: coser, ir al cine o ver películas, leer, salir a andar, estar con los nietos o el resto de la familia, hacer crucigramas o viajar.

Figura 8

Patologías de los familiares dependientes de las cuidadoras informales



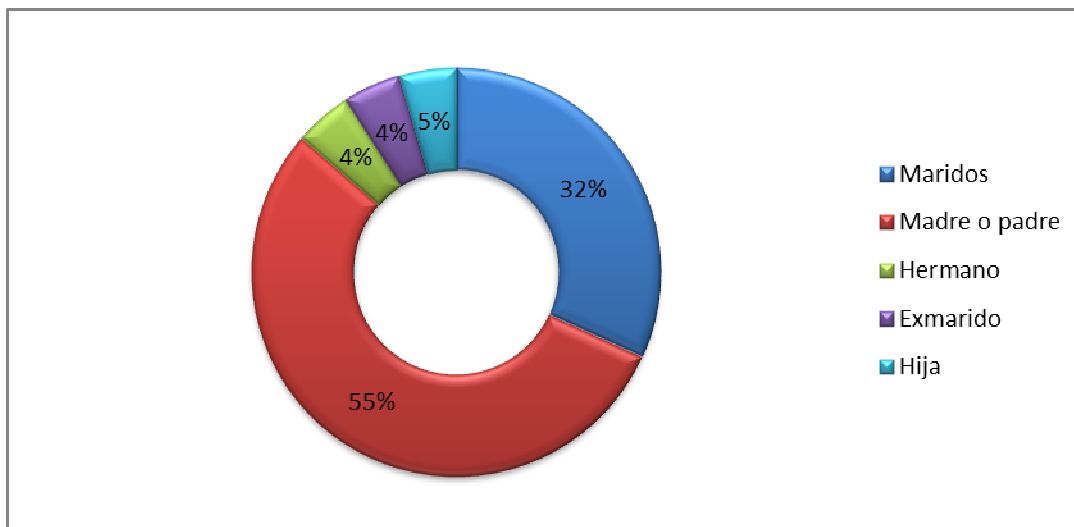
El cuestionario demográfico también se centraba en preguntas sobre el cuidado de sus familiares.

La media de los años siendo cuidadoras estaba en 12 años. Si atendemos a las enfermedades que, de los familiares, podemos afirmar que existe una gran heterogeneidad. En la figura 8 vemos las patologías de los enfermos dependientes cuidados por las participantes de nuestro estudio. Debemos señalar que muchos de esos enfermos son casos pluripatológicos.

Relativo al familiar que recibía los cuidados de las participantes del estudio (ver figura 9), cabe destacar que muchas de ellas eran cuidadoras de dos familiares, y cuidaban en su mayoría a sus padres o madres (n=24), a sus maridos (n=14), a sus hermanos (n=2), exmaridos (2) y una hija (n=2).

Figura 9

Parentesco de cuidadoras informales y enfermos dependientes



Atendiendo al apoyo social, una tercera parte de las cuidadoras tenían familiares y amistades cercanos, sin embargo, no llega a la mitad de las cuidadoras que contaban con apoyo de ambos. Con respecto a si contaban con cuidadores formales, sólo 13 de las 31 tenían servicio de algún cuidador o cuidadora formal, siendo 11 cuidadores contratados a través de la Ley de Dependencia y 2 de tipo privado, es decir, sufragado por el dinero de las cuidadoras o de los enfermos. En los casos que contaban con cuidador externo de apoyo, éstos estaban de 2 a 5 horas diarias. Por tanto, 18 de las cuidadoras no contaban con ayuda externa de ningún tipo, a excepción de quienes tenían ayuda de algún familiar.

2.2.3.5.2 Análisis de la variable “Autoestima.”

Mejora de la autoestima

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable autoestima tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos, salvo en el grupo control en la medida post (Shapiro-Wilk = .01, $p < .05$).

Los resultados muestran que la diferencia entre la autoestima antes de la intervención ($M = 31.81$, $DT = 5.82$) y la autoestima después de la intervención ($M = 33.89$, $DT = 6.20$) no fue estadísticamente significativa en el grupo experimental ($t = -1.67$, $gl = 26$, $p = .107$), siendo además esa diferencia de tamaño pequeño ($d = 0.32$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .059$).

En el caso del grupo control, la diferencia entre la autoestima antes de la intervención ($M = 29.36$, $DT = 6.84$) y después de la intervención ($M = 33.82$, $DT = 3,62$) tampoco es estadísticamente significativa ($t = -2.81$, $gl = 10$, $p = .48$). El tamaño del efecto moderado/alto ($d = 0.82$). Por su parte, la prueba no paramétrica muestra que la diferencia sí es estadísticamente significativa ($p = .02$).

Diferencias en la mejora de la autoestima

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la mejora de la autoestima ($t = 1.08$, $gl = 36$, $p = .286$). Dato que apoya la prueba U Mann Whitney ($p = .33$). En este caso el tamaño del efecto es moderado ($d = 0.41$).

2.2.3.5.3 Análisis de la variable “Ansiedad Estado.”

Mejora de la Ansiedad Estado

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable ansiedad estado tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

Los resultados muestran que la diferencia entre la ansiedad estado antes de la intervención ($M = 6.89$, $DT = 2.11$) y la ansiedad estado después de la intervención ($M = 5.63$, $DT = 2,46$) fue estadísticamente significativa en el grupo experimental ($t = 2.32$, $gl = 26$, $p = .02$), siendo además esa diferencia de tamaño moderado ($d = 0.54$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .03$).

En el caso del grupo control, la diferencia entre la ansiedad estado antes de la intervención ($M = 6.36$, $DT = 1.74$) y después de la intervención ($M = 6.91$, $DT = 2.07$) no es estadísticamente significativa ($t = -0.54$, $gl = 10$, $p = .48$). El tamaño del efecto encontrado es moderado ($d = 0.48$). La prueba no paramétrica apoya esos resultados ($p = .39$).

Diferencias en la mejora de la ansiedad estado

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la mejora de la ansiedad estado ($t = 1.85$, $gl = 36$, $p = .07$). Dato que apoya la prueba U Mann Whitney ($p = .06$). En este caso el tamaño del efecto es moderado ($d = 0.67$).

2.2.3.5.4 Análisis de la variable “Ansiedad Rasgo.”

Mejora de la Ansiedad Rasgo

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable ansiedad rasgo tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos, salvo en la variable de ansiedad rasgo previa en el grupo experimental (Shapiro-Wilk = .03, $p < .05$).

Los resultados muestran que la diferencia entre la ansiedad rasgo antes de la intervención ($M = 6.81$, $DT = 2.001$) y la ansiedad rasgo después de la intervención ($M = 5.48$, $DT = 2,59$) fue estadísticamente significativa en el grupo experimental ($t = 3.64$, $gl = 26$, $p = .001$), siendo además esa diferencia de tamaño moderado ($d = 0.57$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .002$).

En el caso del grupo control, la diferencia entre la ansiedad rasgo antes de la intervención ($M = 6.91$, $DT = 1.92$) y después de la intervención ($M = 6.91$, $DT = 1.44$)

no es estadísticamente significativa ($t = 0$, $gl = 10$, $p = 1$). El tamaño del efecto encontrado es igual a 0. La prueba no paramétrica apoya esos resultados ($p = .9$).

Diferencias en la mejora de la ansiedad rasgo

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la mejora de la ansiedad rasgo ($t = 1.94$, $gl = 36$, $p = .06$). Dato que apoya la prueba U Mann Whitney ($p = .06$). En este caso el tamaño del efecto es moderado ($d = 0.69$).

2.2.3.5.5 Análisis de la variable “Estado de Ánimo.”

Mejora del Estado de Ánimo

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable estado de ánimo tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos, excepto en la variable estado de ánimo posterior en el grupo experimental (Shapiro-Wilk = .04, $p < .05$) y en la variable generada a partir de las diferencias entre ambos grupos (Shapiro-Wilk = .04, $p < .05$).

Los resultados muestran que la diferencia entre el estado de ánimo antes de la intervención ($M = 17.59$, $DT = 12.63$) y el estado de ánimo después de la intervención ($M = 10.85$, $DT = 9.48$) fue estadísticamente significativa en el grupo experimental ($t = 3.51$, $gl = 26$, $p = .002$), siendo además esa diferencia de tamaño moderado ($d = 0.6$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .002$).

En el caso del grupo control, la diferencia entre el estado de ánimo antes de la intervención ($M = 18.55$, $DT = 12.11$) y después de la intervención ($M = 12.82$, $DT = 5.7$) no es estadísticamente significativa ($t = 1.31$, $gl = 10$, $p = .21$). El tamaño del efecto encontrado es moderado ($d = 0.6$). La prueba no paramétrica apoya esos resultados ($p = .23$).

Diferencias en la mejora del estado de ánimo

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la mejora del estado de ánimo ($t = .24$, $gl = 36$, $p = .8$). Dato que apoya la prueba U Mann Whitney ($p = .8$). En este caso el tamaño del efecto es mínimo ($d = 0.08$).

2.2.3.5.6 Análisis de la variable “carga del cuidador.”

Mejora de la Carga del Cuidador

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable carga del cuidador tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

Los resultados muestran que la diferencia entre la carga del cuidador antes de la intervención ($M = 30.96$, $DT = 14.59$) y la carga del cuidador después de la intervención ($M = 36.81$, $DT = 19.02$) no fue estadísticamente significativa en el grupo experimental ($t = -1.6$, $gl = 26$, $p = .1$), con un tamaño del efecto bajo ($d = 0.34$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .07$).

En el caso del grupo control, la diferencia entre la carga del cuidador antes de la intervención ($M = 40.00$, $DT = 15.91$) y después de la intervención ($M = 32.36$, $DT = 11.05$) es estadísticamente significativa ($t = 2.92$, $gl = 10$, $p = .01$). El tamaño del efecto encontrado es moderado ($d = 0.56$). La prueba no paramétrica apoya esos resultados ($p = .02$).

Diferencias en la mejora de la carga del cuidador

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control en la mejora del estado de ánimo ($t = -2.36$, $gl = 36$, $p =$

.02). Dato que apoya la prueba U Mann Whitney ($p = .006$). En este caso el tamaño del efecto es grande ($d = 0.95$).

2.2.3.6 Discusión

El principal objetivo de esta investigación era analizar si la intervención a través de técnicas teatrales era capaz de modificar las puntuaciones en las variables medidas, a saber: la autoestima, la ansiedad estado, ansiedad rasgo, estado de ánimo y percepción de carga del cuidador. No todas las variables confirman las hipótesis alternativas, con lo cual, no podemos afirmar que podamos aceptar nuestra hipótesis general. A raíz de este punto, se puede empezar a desglosar cada una de las hipótesis planteadas de forma parcial para ver qué variable ha mostrado una tendencia de mejora.

Con respecto a la autoestima, nuestra hipótesis planteaba que las puntuaciones aumentarían tras la participación en el taller en el grupo experimental, mientras que en el grupo control no mostrarán ningún cambio.

Se ha mostrado que la autoestima mejora de forma significativa en las intervenciones con familiares cuidadores/as de enfermos dependientes (Pomeroy et al., 2023; Rivadeneira, 2021). Asimismo, una mejora en la autoestima de las personas cuidadoras reduce la probabilidad de sufrir síntomas depresivos y favorece una relación más positiva con los familiares enfermos dependientes (Jütten et al., 2020). Con respecto al presente estudio, en los niveles de autoestima también se observa un aumento en las puntuaciones tanto en el grupo experimental como en el grupo control, mostrando incluso una significación mayor en el grupo control. Sin embargo, en la prueba de muestras relacionadas t-Student, la significación resultante en el grupo experimental no llega a ser estadísticamente significativa ($p = .1$) y tampoco en el grupo control ($p = .48$). Como una variable (Autoestima Exp. Post) no mostró una distribución normal, se decidió aplicar la prueba no paramétrica, obteniendo que las

diferencias entre las puntuaciones pre y las post sí eran estadísticamente significativas en el grupo control ($p=.02$), pero no en el experimental ($p=.059$). Con lo cual, no podemos afirmar que la mejora en las puntuaciones de autoestima sea debido a la intervención realizada, ya que ambos grupos mostraron la misma tendencia de respuesta. Mondolfi-Miguel et al. (2021) también obtuvieron resultados cualitativos a favor de la mejora de la autoestima tras la realización de una intervención de dramaterapia con pacientes que sufrían la enfermedad de Parkinson, pese a que los datos cuantitativos no eran estadísticamente significativos.

Para ver si finalmente rechazamos o no la hipótesis nula, realizamos una prueba *t* de muestras independientes tras generar la variable de “MejoraAutoestima” y al no obtener una relación estadísticamente significativa, confirmamos que no se puede rechazar dicho planteamiento. Es decir, que ambos grupos muestran un aumento en las puntuaciones de autoestima similares y, por tanto, no podemos establecer que haya diferencias entre el grupo que ha realizado la intervención y el que no lo ha hecho.

Como se puede observar, las puntuaciones previas de autoestima en ambos grupos es levemente diferente, estando dentro de la autoestima elevada y normativa el grupo experimental; en el caso del grupo control, parten de un nivel medio, rozando el nivel normativo. Si bien, cabe señalar, ambos grupos muestran puntuaciones post dentro del ámbito elevado/normativo. En estudios con algún tipo de teatro aplicado de corte cuantitativo o cualitativo (Chapman, 2014; Costa-Hermeto et al., 2013; Cruz-Cruz, 2017; Diaz-Sibaja et al., 2007; Emunah & Johnson, 1983; Gjengedal et al., 2014; Moran & Alon, 2011; Snow et al., 2003), se ha observado que la autoestima ha mejorado tras la intervención.

Sin embargo, en el caso de este colectivo, se ha demostrado que el nivel de autoestima influye en la percepción de calidad de vida (Cheng et al., 2022) y que

existen intervenciones que pueden modificar dichos niveles de autoestima (Chow et al, 2023). En muchas otras ocasiones, dicha autopercepción suele ser alta o moderada debido al hecho de cuidar, ya que suelen estar orgullosos de sus acciones con respecto a sus familiares (Jütten et al., 2020; Moreira et al., 2015; Xiaoyun & Fenglan, 2020).

Asimismo, la autoestima se puede ver disminuida en el colectivo de las personas que cuidan a sus familiares (Martínez-Marcos & De la Cuesta-Benjumea, 2016) en muchos casos cuando existen altos niveles de depresión o ansiedad (Cheng et al., 2022; Jütten et al., 2020) o si cuentan con bajos ingresos económicos (Moreira et al., 2015). Por tanto, son plausibles los resultados obtenidos en este estudio, ya que vemos que esta dimensión no se ve modificada por la intervención, al no estar en juego ninguno de los factores que influyen en el nivel de autoestima. Sin embargo, pese al nivel económico bajo autoespecificado, no se han observado bajos niveles de autoestima.

En diversos estudios se recalca la mejora de los niveles de ansiedad en las personas cuidadoras de familiares dependientes tras intervenciones centradas en dicha variable y en su salud mental (Lei et al., 2023; Sun et al., 2022). Al medir la ansiedad de las participantes en el estudio, obtenemos dos grupos de puntuaciones: la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo; la primera de ellas mide el nivel de ansiedad en el momento que se evalúa y la segunda, el rasgo habitual de ansiedad que suelen mostrar los sujetos de forma genérica. Cabe destacar que en ambas escalas se muestran unas puntuaciones, tanto de partida como tras la intervención, bastante moderadas, rondando los decatipos 5, 6 y 7, sin llegar nunca a éste último nivel (Máximos decatipos obtenidos de media: 6,89 – 6,91). Con lo cual, contamos con niveles normativos de ansiedad acercándose a unos niveles medio-altos (decatipo 7) en las cuidadoras participantes de ambos grupos. Sin embargo, la mayoría de los estudios (Ortíz-Muñoz, 2007; Úbeda-Bonet, 2009) muestran que los niveles de

ansiedad general suelen ser altos en este tipo de población, sobre todo a raíz de la situación de pandemia de la Covid-19 (Bailey et al., 2022; Czeisler et al., 2020; Hossain et al., 2020; Kent et al., 2020; Kim et al., 2020; Odeh et al., 2020).

Con respecto a los objetivos concretos planteados al iniciar el estudio, nuestra hipótesis para la variable de ansiedad estado establecía que las integrantes del grupo experimental iban a disminuir sus puntuaciones en dicha escala, mientras que las participantes del grupo control no. Se observan, a través de las medias, que las puntuaciones disminuyen en el grupo experimental en un punto y en el grupo control aumentan levemente, con lo cual podemos inferir que en el grupo experimental mejora la ansiedad estado frente al grupo control que empeora. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, los decatipos que se obtienen en ambos grupos muestran unos niveles de ansiedad medios, en algunos casos cercanos al decatipo 7, el cual ya supondría una ansiedad media-alta. Si se atienden a la prueba t de muestras emparejadas, vemos cómo en el grupo experimental existe una correlación estadísticamente significativa ($p=.02$), relación que se confirma con la prueba de Wilcoxon ($p=.03$). La *d de Cohen* nos señala que las diferencias encontradas tienen un efecto moderado ($d=0.54$), con lo cual se puede afirmar que las diferencias encontradas en el grupo experimental pueden ser debidas a la intervención. En el grupo control no aparece ninguna relación estadísticamente significativa. Al realizar las pruebas para muestras independientes (t-muestras independientes y U-Mann-Whitney) no se obtiene ninguna relación estadísticamente significativa, por lo que no se puede afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental.

Si atendemos a la hipótesis para la variable de ansiedad rasgo, se espera que las integrantes del grupo experimental vayan a disminuir sus puntuaciones en esta escala, mientras las del grupo control no. Destacamos que los resultados de estudios de aplicación del teatro o de dramaterapia como método para mejorar los niveles de

ansiedad, normalmente muestran datos moderados pero a favor de que los métodos de intervención son efectivos o muestran una tendencia hacia esa dirección (Chang et al., 2019; Dorothy-Catherine & Anitha-Devi, 2023; Felsman et al., 2019; Felsman et al., 2023; Gandoy-Crego et al., 1999; McLachlan & Laletin, 2015). En el presente estudio, en el grupo experimental se ha obtenido que las diferencias entre las puntuaciones previas y posteriores a la intervención son estadísticamente significativas, tanto en la prueba paramétrica ($p=.001$) como en la de Wilcoxon ($p=.002$). Si atendemos al tamaño del efecto, calculado con la *d* de Cohen, observamos que éste es moderado en el grupo experimental ($d=0.57$). Por consiguiente, podemos confirmar que existe una disminución de la ansiedad rasgo de las cuidadoras que han participado en la intervención. En el grupo control, las puntuaciones pre y post son idénticas, por tanto, no se observan diferencias. Con respecto al estudio de las diferencias entre los grupos, se encuentra una significación de $p=.1$ en la prueba t para muestras independientes en la variable "MejoraAnsiedadRasgo", con lo cual, no podemos confirmar que existan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control

En una revisión reciente sobre el uso de las terapias grupales basadas en el teatro, Orkibi et al., (2023) observaron que existe una alta efectividad de éstas a la hora de mejorar la salud mental de los participantes en las mismas. Asimismo, se ha demostrado que este tipo de acercamiento terapéutico puede aumentar el bienestar general de las personas participantes (Keisari et al., 2024). Se ha demostrado que los síntomas depresivos disminuían considerablemente tras realizar intervenciones en las personas que cuidan a algún familiar con alguna enfermedad crónica (Sun et al., 2022; Wiegelmann et al., 2021).

En línea con estos resultados, nuestro estudio planteó inicialmente que las puntuaciones relativas al estado de ánimo disminuirían tras la intervención en el grupo experimental. En el grupo control no experimentarían ningún cambio. En las

intervenciones generales hacia los cuidadores se muestran resultados de mejora del estado ánimo y, en general, de su salud mental (Espin-Andrade, 2009; Denche-Zamorano et al., 2022) sobre todo si se trabaja desde un punto de vista cognitivo, ya que es necesario cambiar los pensamientos disfuncionales que a menudo presenta este colectivo (Losada-Baltar et al., 2006).

En el presente estudio, la prueba t-Student para muestras relacionadas se observa que las medias de las puntuaciones en el grupo experimental disminuyen, es decir, que existe una menor sintomatología de tipo emocional. Asimismo, dicha tendencia se confirma con un valor ($p=.002$) estadísticamente significativo. Con lo cual, concluimos que la participación en el taller de teatro ha mejorado el estado de ánimo de las cuidadoras. Si atendemos a los puntos de corte establecidos por los autores del cuestionario, vemos cómo la puntuación media de partida en este grupo se encuentra dentro del rango de “sintomatología emocional leve” (17,59) y disminuye a “sintomatología emocional mínima” (10,85). En el grupo control, también existe una disminución en las puntuaciones del BDI-II, sin embargo, el valor ($p=.2$) no es estadísticamente significativo.

En la prueba no paramétrica de Wilcoxon, el grupo experimental muestra una significación de $p=.002$, con lo cual se puede confirmar que sí existen diferencias importantes entre las puntuaciones pre y post del grupo experimental. La *d de Cohen* muestra un tamaño del efecto moderado-alto ($d=0.6$), con lo cual apoya la idea de que la intervención modifica dicha variable. A partir de este punto, es necesario averiguar si existen diferencias significativas entre ambos grupos, el experimental y el control; para ello se genera la variable “MejoraÁnimo” y se realiza la prueba t para muestras independientes. Al observar las significaciones obtenidas tanto en la prueba paramétrica como en la no paramétrica de U-Mann-Whitney, ninguna de las dos es estadísticamente significativa, y, por tanto, no podemos confirmar con seguridad que las diferencias encontradas entre ambos grupos sean debidas a la intervención.

En la literatura existen evidencias que afirman que la intervención a través de cualquier forma de teatro aplicado suele tener efectos positivos en el estado de ánimo de los participantes, reduciendo la sintomatología depresiva de los mismos (Chang et al., 2019; Mondolfi-Miguel et al., 2021). No obstante, aún queda mucho que trabajar dentro de la eficacia en la metodología de los estudios dentro de este campo, ya que no se puede confirmar con total seguridad que el estado de ánimo mejore de forma clara (Keiller et al., 2023), pese a ser un tipo de herramienta terapéutica que puede potenciar un acercamiento al ámbito emocional con tendencias de mejora (Keulen-de-Vos et al., 2017).

La hipótesis para la variable de carga del cuidador fue que las participantes en el grupo experimental mostrarían una disminución de la carga, mientras que el grupo control no obtendría ninguna modificación en la valoración de la misma.

Se ha establecido que la percepción de carga del cuidador no es fácilmente modificable con intervenciones desde la terapia cognitivo-conductual ni a través de los servicios de paliativos, y que es complejo modificar los niveles del mismo (Lee et al., 2022). En contraposición, se ha demostrado que suelen ser más eficaces el trabajo de la educación en salud y el asesoramiento de acompañamiento a largo plazo (Gimm et al., 2024; Zhao et al., 2024). Se establece que un entrenamiento en estrategias de afrontamiento de las técnicas de atención al paciente enfermo es lo que verdaderamente reduce el nivel de carga (Goto et al., 2023).

En nuestro estudio se observa un aumento pre/post en la percepción de carga en el grupo experimental frente al grupo control que obtiene una disminución en el cuestionario de Zarit. En el grupo experimental dicho aumento, es estadísticamente significativo en las correlaciones ($p=.018$) sin embargo, en la prueba de muestras relacionadas t-Student no lo es ($p=.1$) y tampoco en la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Por su parte, la disminución observada en el grupo control si es significativa

en los tres análisis ($p=.001$; $p=.01$; $p=.02$), con lo cual se puede concluir que en dicho grupo las diferencias pre/post encontradas son estadísticamente significativas. En este grupo el tamaño del efecto es pequeño con $d=0.34$ obtenido con la *d de Cohen*. Los análisis realizados para ver si existen diferencias entre el grupo control y el experimental, muestran una significación de $p=.02$ en la prueba paramétrica para muestras independientes y de $p=.005$ en la U-Mann-Whitney, con lo cual sí existen diferencias relevantes entre los grupos experimental y control, siendo el tamaño del efecto moderado-alto ($d= 0.7$). Existe la posibilidad de que las personas del grupo experimental tengan una mayor conciencia de los recursos que suponen el cuidado tras haber realizado la intervención y por eso aumenta la autopercepción de carga.

Sin embargo, si atendemos a las puntuaciones previas, el grupo experimental obtiene una media de 30,96 frente a los 40 del grupo control, con lo cual nos demuestra que las integrantes del grupo control tienen una percepción de carga mayor al comienzo del estudio. Al observar las puntuaciones medias tras la intervención, el grupo experimental tiene un nivel de carga percibida mayor que el grupo control (Experimental: 36,81; Control: 32,36). Por lo tanto, lo que se ve es que las integrantes del grupo control tienen una mayor percepción de carga previa y que ésta disminuye a niveles inferiores a la de las integrantes del grupo experimental. No podemos hacer ninguna inferencia que explique este dato. No obstante, todos los niveles de percepción de carga están dentro del rango “no carga” (≤ 46), por lo que las participantes no perciben la relación con el familiar al que cuidan como una carga incapacitante.

Como se comentó anteriormente, Kim (2017) estableció que la percepción de carga del cuidador es inversamente proporcional con el nivel de autoestima. Si volvemos hacia atrás, los valores de autoestima son muy similares en ambos grupos, tanto antes como después de la intervención, con una tendencia más a la baja en el grupo control previo en la primera evaluación. Este dato puede apoyar lo establecido

por Kim (2017), ya que el grupo control muestra un nivel menor de autoestima y un mayor nivel de carga en las evaluaciones previas.

2.2.3.7 Conclusiones

Pese a tener que tomar con cautela los resultados obtenidos en la aplicación de técnicas teatrales con cuidadoras informales de enfermos dependientes, hay varias conclusiones que van a marcar posibles líneas futuras de estudio para que el bienestar de esta población aumente y su salud mental mejore.

Se mencionó en la contextualización del estudio las particularidades relacionadas con la falta de recursos de las zonas en las que se ha aplicado la intervención. Como se observa en nuestros datos del estudio demográfico, más de la mitad de nuestras participantes tuvieron que dejar de trabajar fuera de casa para poder atender a sus familiares. Este hecho puede ser debido a que sólo 16 de las 39 cuentan con apoyo de un cuidador formal y sólo 3 de esas 16 pueden sustentar económicamente dicho servicio, ya que 13 de ellas lo tienen cubierto mediante el servicio público de la Ley de Dependencia.

Dicho estudio demográfico es un reflejo fiel de los estudios estadísticos del SAAD mencionados anteriormente, que muestran una heterogeneidad en las patologías de los familiares, así como un mayor número de personas del género femenino que ostentan las labores de cuidado. Asimismo, vemos que se cumple el hecho de que cuidan con un mayor porcentaje a sus padres o madres, seguidos del cuidado a sus maridos, siendo menor el cuidado de hijos, hermanos u otros familiares de otro parentesco. Por lo tanto, se puede concluir que la muestra, pese a ser reducida, es un ejemplo representativo de la población en cuestión. Si es cierto que las puntuaciones de las variables medidas a través de los instrumentos estandarizados previas a la intervención, no han mostrado niveles demasiado altos, con lo cual no se puede reportar niveles importantes de ansiedad o patologías relacionadas con

sintomatología depresiva, tan característicos en algunos estudios de este tipo de población. Con lo cual, es complejo poder hacer generalizaciones si atendemos a estos datos.

Las variables de Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y de Estado de Ánimo han mostrado diferencias estadísticamente significativas en los grupos experimentales. Se observa que, tras la intervención realizada con técnicas teatrales, su ansiedad estado y su ansiedad rasgo han disminuido de forma importante. Esta disminución puede haber sido provocada por las dinámicas de improvisación teatral realizadas para ejercitar la flexibilidad cognitiva a la hora de resolver problemas cotidianos. La disminución de las puntuaciones del BDI-II, pueden ser explicadas por un posible efecto lúdico del programa de intervención y por el trabajo de autoconocimiento de las emociones que se ha llevado a cabo en varias de las sesiones.

Asimismo, y como posible variable extraña no evaluada, la mejora en el estado de ánimo puede ser también explicada por la generación de un ambiente de iguales que funciona como grupo de apoyo, ya que las interacciones previas y posteriores a cada sesión entre las participantes, servían de punto referencia para consejos y ayuda. El hecho de emplazar la intervención en los centros de salud, también provocó una mayor adherencia al programa, ya que aprovechaban para acudir al centro para otras consultas o servicios.

Es, por tanto, relevante recalcar que, aunque este estudio no nos permite realizar generalizaciones con respecto al programa de intervención diseñado, sí muestra una mejora autopercebida de las participantes, apoyada por datos estadísticos a favor en el ámbito emocional. Hay que señalar que este trabajo es original en este campo, ya que no se cuenta con trabajos de teatro terapéutico con este tipo de población y con este tipo de metodología, con lo cual, esta investigación puede sentar las bases de futuras líneas de trabajo.

2.2.3.8 Limitaciones

Este estudio muestra unas limitaciones que vamos a exponer a continuación:

1. Con respecto a la muestra: El tamaño de la muestra es reducido, por lo que es difícil poder detectar diferencias significativas con alta potencia. Existe una dificultad inherente en esta población, ya que es complejo que puedan atender actividades que les alejen de sus hogares y, por tanto, de los familiares a los que cuidan. Es cierto que el Servicio de Enfermería de Casos/Enlace trabaja con muchos usuarios, pero a la hora de llevar a cabo actividades de formación o de apoyo a los familiares de enfermos dependientes, la participación suele ser menor. Normalmente suelen acudir a sus centros de salud de referencia para solicitar ayuda instrumental o de asesoramiento para sus familiares. El hecho de que el grupo experimental y el grupo control tengan diferente número de sujetos también perjudica los análisis de los resultados.

2. Con respecto a la temporalización de la intervención: el problema de “reclutamiento” y adherencia de las cuidadoras a cualquier actividad ha provocado que los grupos de intervención hayan tenido que ser reducidos y, por tanto, el estudio se ha extendido en el tiempo haciendo que las evaluaciones se hayan tenido que llevar a cabo en distintos momentos temporales. Con lo cual, se han introducido diversas variables extrañas diferentes que han podido intervenir como mediadoras en las evaluaciones de los sujetos.

3. Con respecto al planteamiento de la metodología: pese a que se ha querido postular este trabajo como una propuesta cuantitativa, se podrían haber establecido entrevistas clínicas posteriores y un cuestionario de satisfacción para poder medir las valoraciones de las participantes. De esta manera se podría haber generado una vertiente de análisis cualitativo de la intervención, ya que la retroalimentación que tenemos de las mismas, no deja de ser anecdótica o informal. Ya que la mayoría de los estudios de teatro aplicado o dramaterapia se encuentran dentro del marco

cualitativo, podría haber sido una buena manera de contrastar los resultados y poder hacer comparaciones. También se podría haber registrado el grado de dependencia de los familiares enfermos, para así poder haber realizado un análisis atendiendo al nivel de carga objetivo y el subjetivo.

4. Con respecto a los instrumentos de medida: el uso de cuestionarios de “papel/lápiz” conlleva limitaciones, ya que genera un patrón de respuestas regidas por la deseabilidad social.

2.2.3.9 Líneas futuras

A raíz de este trabajo se quiere enfatizar dos aspectos relevantes con respecto a las técnicas implementadas, por una parte, así como con la población diana por la otra.

Comenzando con este último punto, aunque existe mucha literatura sobre los cuidadores informales de enfermos dependientes, ésta aún es insuficiente a la hora de plantear intervenciones centradas en la mejora de la salud mental y del bienestar de las personas que tienen a cargo a sus familiares. Como ya se comentó, las necesidades de las sociedades actuales han generado que haya un mayor peso en el cuidado de personas mayores y, aunque las instituciones hayan ido generando normativas para el apoyo asistencial y/o económico de las familias con enfermos dependientes, aún es necesario implementar programas desde sus centros de referencia. Conforme va envejeciendo la población dichas necesidades son de una relevancia superior, ya que aún no estamos preparados para afrontar las nuevas demandas a las que nos veremos abocados profesional y personalmente. Por consiguiente, se plantea como un marco ideal una propuesta de intervención multidisciplinar en la que no sólo la salud de los enfermos dependientes sea una prioridad, sino que también deba de serlo la salud mental y física de los cuidadores.

Enlazando con el otro punto a cumplir, si requerimos que las intervenciones sean de tipo multidisciplinar, es necesario que exista la presencia de los profesionales de la Psicología en los centros de atención primaria, así como la posibilidad para dichos profesionales de formarse de forma oficial en todo tipo de técnicas posibles, entre ellas las terapias creativas, dentro de las cuales encontramos cualquier tipo de teatro aplicado o a la dramaterapia. Por lo tanto, dichas técnicas han de estar disponibles en la formación reglada de grado o de postgrado, así como en los colegios oficiales y/o asociaciones profesionales.

En el ámbito del Arte Dramático, los graduados deberían, asimismo, contar con una formación transversal oficial relacionada con este enfoque, para poder desarrollar sus carreras hacia la investigación conjunta con profesionales de la salud mental. Esto permitiría un conocimiento más amplio para poder transitar hacia una especialización y formación profesional reglada enfocada en la asistencia en ámbitos de la salud (terapia ocupacional, psicología o enfermería).

El objetivo final es hacer que este tipo de técnicas cuenten con el apoyo institucional y para ello, es necesario que se apoyen con datos que verifiquen su importancia en la salud mental de las personas.

2.2.4 Estudio 2: El uso del teatro como técnica de intervención psicológica online como método de desarrollo personal

“Dramatherapy is complicated; dramatherapy online is fragmentary and each individual fragment is uniquely complex” (Mitchell, 2022. p. 73).

2.2.4.1 Resumen

Debido a la situación sobrevenida de pandemia con la Covid-19, y a las consecuencias de los meses posteriores, observamos el aumento en la implementación de técnicas terapéuticas mediante la modalidad online. Como respuesta a este hecho, se decidió establecer un nuevo rumbo al estudio que se estaba llevando a cabo. Obtuvimos la participación de un total de 9 sujetos para nuestro estudio piloto. La intervención duró tres meses, siendo las sesiones una vez a la semana con una duración dos horas. Los resultados obtenidos muestran mejoras significativas con respecto a la ansiedad estado y rasgo, y al estado de ánimo.

2.2.4.2 Introducción teórica: intervenciones online de teatro terapéutico o de dramaterapia

A raíz de la situación de pandemia mundial con la Covid-19, los dramaterapeutas también vieron su trabajo modificado debido a la utilización de las tecnologías para atender a sus pacientes, teniendo que implementar los conocimientos con respecto a éstas como si del aprendizaje de un nuevo idioma se tratara (Atsmon et al., 2022). En una encuesta realizada a 1206 arte-terapeutas durante la Covid-19, Feniger-Schaal et al. (2022), encontraron que, aunque la mayoría de los terapeutas no tenían una formación en la utilización de “tele-terapias”, un 54% de ellos se encontraban cómodos con el uso de la implementación de sus terapias vía online, manteniendo en un 45% a los pacientes que veían antes de la pandemia.

Muchos terapeutas opinan que sólo se trata de la adaptación de las mismas técnicas a un medio nuevo (Atsmon et al., 2022; Feniger-Schaal et al., 2022). Por otro lado, para muchos de ellos, la adaptación de las técnicas ha supuesto la generación

de terapias nuevas, con identidad y características propias, provocando una sensación de abandono de las herramientas presenciales (Atsmon et al., 2022).

El tener que generar nuevas dinámicas a desarrollar con los pacientes, ha supuesto un aumento de creatividad frente a la adversidad (Atsmon et al. 2022). Por ejemplo, pese a ser un handicap importante, en muchas ocasiones, las dificultades en las conexiones han mejorado la comunicación y la relación entre los terapeutas y sus pacientes (Quigley, 2020). Asimismo, el marco estético es algo primordial en las terapias creativas, las cuales tienen que intentar integrarlo en la modalidad online, algo que puede suponer un reto bastante complejo (Sajani et al., 2020). Por su parte, Quigley (2020) ha observado que, si previamente el terapeuta realiza ejemplos de los ejercicios corporales, el paciente se encuentra más desinhibido y cómodo realizando las dinámicas; se establece que la confianza aumenta al ver al terapeuta en la misma situación de “dificultad” que ellos. Sin embargo, si, por causalidad, hay que mostrar el cuerpo completo, es necesario alejarnos de la cámara, con lo cual existe un distanciamiento real con el paciente con respecto al primer plano que se debe de establecer en las terapias online (Tozer, 2021). Con lo cual, se presenta como una posible pérdida de cercanía física y emocional (Shi & Jing, 2022).

De lo que no hay dudas es que el uso de la dramaterapia online es un enfoque flexible y adaptable que permite que accedan sujetos que normalmente no lo harían (Kronenberg et al., 2023; Shi & Jing, 2022), ya sea por afinidad al medio (Millbrook, 2019) o por las dificultades de movilidad (Kronenberg et al., 2023) sin embargo, es compleja a la hora de valorar el progreso emocional de forma cualitativa (Shi & Jing, 2022).

Poco a poco se van afinando la creación de técnicas nuevas adaptadas a la dramaterapia como programas de realidad virtual online aplicando role-play e improvisaciones (Quigley, 2020).

En el caso de este estudio estudio piloto, se llevan a cabo las mismas técnicas que en la intervención presencial anterior, generando, por tanto, el mismo número de sesiones y la misma temporalización. Se quiere averiguar si la aplicación online de dichas técnicas basadas en el teatro tiene un efecto en la salud de las participantes.

2.2.4.3 Metodología

2.2.4.3.1 Objetivos y formulación de hipótesis

El principal objetivo de esta investigación es analizar si la intervención a través de técnicas teatrales en modalidad online, es capaz de modificar las puntuaciones en las variables medidas: autoestima, ansiedad estado, ansiedad rasgo y estado de ánimo. Es decir, observar si la autoestima aumenta, la ansiedad disminuye y el estado de ánimo mejora. Se quiere averiguar si existen diferencias en las puntuaciones de las variables mencionadas antes y después de la aplicación de las técnicas terapéuticas. A continuación, se exponen las hipótesis del presente estudio.

Hipótesis general: el uso de técnicas teatrales como método de intervención en el grupo provoca una mejoría en las puntuaciones de las variables medidas.

Se estima que las puntuaciones de autoestima aumentarán tras la intervención online con técnicas teatrales.

Con respecto al estado de ánimo, se estima que la participación en el taller va a mejorar las puntuaciones en el cuestionario BDI-II

Al medir la ansiedad, se va a atender a las dos escalas del instrumento de medida, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo; tras la intervención se estima que las participantes en el mismo van a mostrar una disminución tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo.

Se han llevado a cabo los análisis estadísticos con el programa SPSS-29. Para cada una de las variables se han realizado los mismos análisis: primero se ha medido

la normalidad de cada una de las variables medidas a través de la prueba de Shapiro-Wilk. Tras ello, se han ejecutado distintos tipos de análisis atendiendo a si son pruebas paramétricas o no; pese a que la prueba de normalidad haya apoyado la normalidad de los resultados, se ha decidido aplicar ambas pruebas para mostrar los resultados de forma más conservadora, dado el reducido tamaño de la muestra. Por lo tanto, en cada una de las variables medidas, se han aplicado las siguientes técnicas: para averiguar si existen diferencias en el grupo antes y después de la intervención, se han analizado los datos a través de t-Student para muestras emparejadas y de la prueba de Wilcoxon.

Las variables medidas con los cuestionarios, en versión online (ver apartado Instrumentos), que después se analizarán estadísticamente, se organizan en la tabla 13.

Tabla 13

Variables medidas en el estudio de intervención a través del teatro online (estudio 2)

AUTOESTIMA	ANSIEDAD		ESTADO DE ÁNIMO	CARGA DEL CUIDADOR
-Autoestima Pre -Autoestima Post	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO	- Estado de Ánimo Pre	- Carga Pre
	- Ansiedad Estado Pre	- Ansiedad Rasgo Pre	- Estado de Ánimo Post	- Carga Post
	-Ansiedad Estado Post	-Ansiedad Rasgo Post		

2.2.4.3.2 Instrumentos de medida

Como vimos en el apartado 2.2.2, se han utilizado los mismos instrumentos que se aplicaron en el estudio con las cuidadoras informales de enfermos dependientes de forma presencial, a excepción del Cuestionario de Carga del Cuidador de Zarit. Sin embargo, en este caso, se hizo de forma online.

2.2.4.3.3 Participantes

Contamos con una muestra pequeña de nueve personas, de las cuales 1 es hombre y las 8 restantes son mujeres. Hubo varias participantes que no formaban parte del grupo experimental, que iniciaron su participación con el proceso de evaluación previa y que, a continuación, no participaron en las sesiones de la

intervención. Estas personas respondieron a los cuestionarios posteriores. Sin embargo, tras observar que sólo contamos con los datos completos de 3 sujetos, no podemos analizarlos como grupo control, ya que su reducido tamaño no permite realizar ese tipo de análisis.

2.2.4.3.4 Procedimiento: temporalización

Se anunció el estudio via redes sociales: Facebook, Instagram y WhatsApp y lo compartió en sus canales de difusión del Colegio Oficial de Enfermería a nivel nacional.

Las personas interesadas en participar se pusieron en contacto a través de correo electrónico y se les incluyó en un grupo de WhatsApp en el cual se mandaron los enlaces para completar los cuestionarios previos y para organizar las sesiones y la forma de conectarse.

Como se comentó anteriormente, el objetivo habría sido tener una muestra de cuidadores formales: enfermeros, médicos, auxiliares de clínica o técnicos de ayuda a domicilio. Sin embargo, como se verá en los resultados, la muestra fue muy heterogénea y no cumplió con nuestra idea principal. Aún así, cuando tuvimos conocimiento del tipo de muestra, al ver los datos del cuestionario demográfico previo, se decidió seguir con el estudio ya que creímos que iba a aportar datos interesantes.

Se generaron los enlaces en la plataforma de cuestionarios online “Survio”, cuyos resultados se volcaron de forma automática en un documento Excell. Se tuvieron que generar los enlaces de los cuestionarios diferenciados entre los que se respondían antes de la intervención y los que se completaron después de la misma, para no generar confusión en la recogida de datos. Los enlaces de los cuestionarios son los siguientes:

Demográfico: <https://www.survio.com/survey/d/H2I7Y2Q9Q8A7J8O9Q>

Autoestima pre: <https://www.surveio.com/survey/d/P6D8L9K1O1E8F6I1A>

Autoestima post: <https://www.surveio.com/survey/d/Q1D8X3F9E3P9W7G8H>

Estado de ánimo pre: <https://www.surveio.com/survey/d/U8W4D2A6W3H2D6P6T>

Estado de ánimo post: <https://www.surveio.com/survey/d/A5N2Y8F1L7Y6H4Q3A>

Ansiedad estado pre: <https://www.surveio.com/survey/d/Y1M4H1N2V3A4G9Z9V>

Ansiedad estado post: <https://www.surveio.com/survey/d/E6V9A1K3K7E0N7A0J>

Ansiedad rasgo pre: <https://www.surveio.com/survey/d/F5G0N9O8C0K1N2F6O>

Ansiedad rasgo post: <https://www.surveio.com/survey/d/G9Y3T6G9S3N2V9W4G>

Las sesiones de la intervención se organizaron una vez a la semana, en sesiones de dos horas de duración, a través de la plataforma Skype. Todas las sesiones están grabadas y guardadas, previa autorización de los participantes, los cuales firmaron un consentimiento informado previo a la recogida de datos (Ver Anexo 2) y el comienzo de las sesiones. El contenido de las mismas fue idéntico al que se llevó a cabo en el estudio presencial con cuidadoras informales de enfermos dependientes.

Tras la intervención, se organizó una “muestra final”, es decir, se grabó una sesión como si fuera una representación, cuya grabación compartieron entre sus amigos y familiares. A continuación, completaron los cuestionarios de después del estudio.

2.2.4.4 Resultados

Autoestima Online

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable autoestima online tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

Los resultados muestran que la diferencia entre la autoestima antes de la intervención ($M = 30.77$, $DT = 3.86$) y la autoestima después de la intervención ($M = 31.55$, $DT = 3.04$) no fue estadísticamente significativa ($t = -.77$, $gl = 8$, $p = .46$), siendo además esa diferencia de tamaño pequeño ($d = 0.22$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .36$).

Ansiedad Estado Online

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable ansiedad estado online tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

Los resultados muestran que la diferencia entre la ansiedad estado antes de la intervención ($M = 7$, $DT = 1.93$) y la ansiedad estado después de la intervención ($M = 5.44$, $DT = 1.50$) fue estadísticamente significativa ($t = 2.25$, $gl = 8$, $p = .05$), siendo además esa diferencia de tamaño grande ($d = 0.22$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .04$).

Ansiedad Rasgo Online

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable ansiedad rasgo tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

Los resultados muestran que la diferencia entre la ansiedad rasgo antes de la intervención ($M = 6$, $DT = 1.50$) y la ansiedad rasgo después de la intervención ($M = 4.77$, $DT = 1.56$) fue estadísticamente significativa en el grupo ($t = 3.35$, $gl = 8$, $p = .01$), siendo además esa diferencia de tamaño pequeño ($d = 0.8$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .01$).

Estado de Ánimo Online

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable estado de ánimo online tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

Los resultados muestran que la diferencia entre el estado ánimo antes de la intervención ($M = 14.33$, $DT = 8.41$) y el estado de ánimo después de la intervención ($M = 9$, $DT = 8$) fue estadísticamente significativa ($t = -3.6$, $gl = 8$, $p = .007$), siendo además esa diferencia de tamaño moderado ($d = 0.64$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon apoyan esta interpretación ($p = .01$).

2.2.4.5 Discusión

Las intervenciones online en dramaterapia han demostrado tener una eficacia similar a modalidad presencial (Cook, 2020). Se ha observado que los síntomas de los pacientes han disminuído tras la implementación de las técnicas de forma online (Harel & Keisari, 2023). En el caso de nuestro estudio, como hemos podido observar en los resultados, no todas las variables medidas mejoran sus puntuaciones tras la intervención realizada. Es, por tanto, necesario, analizar de forma pormenorizada los datos obtenidos en los análisis. Sin embargo, en general, podemos afirmar que la intervención online a través de técnicas teatrales ha generado una tendencia de mejora en las puntuaciones del estado de ánimo, así como la ansiedad rasgo.

Los datos obtenidos a través del STAI muestran datos a favor de nuestra intervención. En ambas escalas las medias de las puntuaciones disminuyen, con lo cual, se muestra una mejora en la ansiedad. Los valores de ansiedad tanto previos como posteriores son normativos, y no superan nunca la media del decatipo 7 (ansiedad media-elevada). En Bourne et al. (2022) se observa una disminución de la ansiedad estadísticamente significativa.

Con respecto a la Ansiedad Estado, vemos que en la prueba de muestras emparejadas las diferencias entre las puntuaciones pre y las post son

estadísticamente significativas, con un *p* valor que se sitúa en .05. Cuando acudimos al análisis no paramétrico, vemos que existen diferencias relevantes ($p= .04$). El tamaño del efecto es grande, con una *d de Cohen* de 0.9. Con lo cual, podemos afirmar que la intervención ha tenido un efecto beneficioso en la ansiedad transitoria de las participantes.

Por su parte, en el caso de la Ansiedad Rasgo, las diferencias entre las puntuaciones de antes y después de la intervención online a través de teatro terapéutico sí son estadísticamente significativas tanto en la prueba paramétrica como en la no paramétrica ($p= .01$; $p= .01$), mostrando un tamaño del efecto grande (*d de Cohen*= 0.8). Por tanto, concluimos que también la ansiedad cotidiana se ha visto modificada a mejor por nuestra intervención.

Al igual que en Bourne et al. (2022), en el caso del Estado de Ánimo también se observa una mejora en la sintomatología emocional tras nuestra intervención, ya que la puntuación disminuye de una media de 14,33 a 9. Por lo tanto, podemos hablar de un cambio importante en dichos valores, afirmación apoyada por los análisis estadísticos realizados, ya que muestran diferencias estadísticamente significativas en la prueba t para muestras emparejadas ($p= .007$) y en Wilcoxon ($p=.01$). En este caso el tamaño del efecto es moderado (*d de Cohen* = 0.6).

Si atendemos a los valores de la Autoestima, ésta no muestra diferencias importantes entre las puntuaciones antes y después de la intervención ($p=.49$). Estos datos contrastan con los de Bourne et al. (2022) los cuales sí obtienen datos a favor de la eficacia de la intervención en esta variable en la modalidad online.

Debido al reducido número de la muestra y a la no existencia de un grupo control, es complicado poder generalizar los resultados obtenidos (Bourne et al., 2022; Cheung et al., 2022); asimismo, en muchos casos, los resultados no terminan de

mostrar significación estadística relevante pese a reducirse las sintomatologías relacionadas con la emoción y el bienestar (Cheung et al., 2022).

2.2.4.6 Conclusiones

Debido al avance tecnológico de las sociedades, se genera la necesidad de adaptar las técnicas presenciales a una modalidad online en constante evolución y crecimiento. La emergencia de sustituir el tipo de intervención, o, mejor dicho, el medio a través del cual llegamos a los pacientes, es lo que marca el devenir de las terapias del siglo XXI.

En este caso, hablamos de terapias creativas, cuya parte de la efectividad reside en la presencialidad y en la interacción entre los sujetos participantes. Es plausible pensar que aislar la intervención a una pantalla y un teclado, sin cercanía física, pueda perjudicar los resultados de la misma. Sin embargo, hemos podido demostrar, que esta nueva modalidad sí puede afianzar los objetivos para mejorar el bienestar, el estado de ánimo y cualquier tipo de patología emocional. Quizás es complicado aún contar con grandes grupos que fortalezcan los datos estadísticos, debido a que todavía el medio online puede ser un gran desconocido para gran parte de la población o a que aún provoque reticencias esta modalidad de terapia. Cuando llegue el momento de contar con estudios más robustos metodológicamente, al igual que una sistematización de las técnicas aplicadas, se podrá afirmar que este tipo de intervención es beneficiosa para las personas.

2.2.4.7 Limitaciones

Este estudio piloto muestra una serie de limitaciones importantes que provocan que no se pueda generalizar los resultados y haya que tomarlos con cautela, pese a mostrar una significación estadística relevante en la mayoría de las variables medidas.

Primero de todo, el número de la muestra ($n=9$) es muy bajo, con lo cual, es complicado poder generalizar los resultados.

Tampoco contamos con un grupo control con el que podamos comparar los resultados, perjudicando así la robustez del estudio.

Asimismo, el no contar con una sistematización de las técnicas online implementadas en estudios previos, impide que podamos replicar los estudios existentes en este tipo de modalidad.

Por tanto, las conclusiones arrojadas en este apartado deben de tomarse con cautela, ya que no deja de ser un estudio piloto con una muestra reducida.

2.2.4.8 Líneas futuras

Debido a los datos obtenidos por este y otros estudios de características similares (Bourne et al., 2022; Cheung et al., 2022), sabemos que el uso de cualquier tipo de teatro aplicado a través de medios online mejora las variables emocionales y de bienestar de las personas que participan. Dentro del estudio principal de esta tesis, se ha querido acercar este tipo de intervención a los cuidadores de enfermos dependientes, los cuales, en muchas ocasiones, tienen bastantes dificultades para abandonar su domicilio debido a que no tienen con quién dejar a su familiar enfermo. Es, por tanto, una posibilidad para que este tipo de población pueda acceder a este y otros tipos de terapia. Sin embargo, como pudimos ver, las edades suelen ser avanzadas y el poder adquisitivo bajo, por consiguiente, puede llegar a ser complicado su acceso a Internet y a los recursos y pericia que ello conlleva. Si desde estamentos gubernamentales se generara una formación de dicha población, así como una cobertura tecnológica básica, se podrían implementar intervenciones online para facilitar su compaginación con las cargas del cuidador.

2.2.5 Comparación intervenciones: presencial /vs/ online

Tras haber realizado ambos estudios, hemos decidido llevar a cabo una serie de pruebas estadísticas para ver si existe el mismo efecto en las distintas

intervenciones. Para ello se han realizado la prueba t para muestras independientes de las variables “mejora” de cada una de las variables y modalidades.

2.2.5.1 Resultados comparación intervenciones

Comparación autoestima

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable autoestima tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos presencial y online en la mejora de la autoestima ($t = 0.57$, $gl = 34$, $p = .5$). La prueba de U Mann Whitney apoya dicho resultado ($p = .38$).

Comparación ansiedad estado

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable ansiedad estado tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos presencial y online en la mejora de la ansiedad estado ($t = -.29$, $gl = 34$, $p = .77$). La prueba de U Mann Whitney apoya dicho resultado ($p = .69$).

Comparación ansiedad rasgo

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable ansiedad rasgo tenían una distribución ajustada a una normal. Ninguno de los resultados muestra distribuciones parecidas a la normalidad ($p = .008$; $p = 0.01$)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos presencial y online en la mejora del estado de la ansiedad rasgo ($t = .16$, $gl = 34$, $p = .87$).

Comparación estado de ánimo

En primer lugar, se analizó si las puntuaciones en la variable estado de ánimo tenían una distribución ajustada a una normal. Los resultados muestran distribuciones parecidas a la normal en todos los casos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos presencial y online en la mejora del estado de ánimo ($t = .4$, $gl = 34$, $p = .68$).

2.2.5.2 Discusión comparación intervenciones

Como hemos podido observar en los resultados, en ninguna de las variables medidas existen diferencias entre los datos de la intervención presencial y la intervención online. Esto implica que ambas modalidades de intervenciones pueden tener el mismo efecto en las personas participantes.

En la literatura se ha encontrado que la intervención online en dramaterapia o teatro terapéutico, al igual que otro tipo de terapia en su modo online, ha mostrado que puede llegar a ser igual de efectiva que la tradicional (Atsmon et al., 2022). Pese a tener dificultades referentes a la conectividad y a la falta de cercanía con los terapeutas, ofrece bastantes ventajas como la ausencia de los gastos debido a los desplazamientos o una mejor conciliación (Georgia-Salivar et al., 2020; Tuerk et al., 2018; Shi & Jing, 2022). Se opina que la dramaterapia online puede generar resultados más beneficiosos que otras terapias también en esa modalidad (Wood et al., 2020). Sin embargo, la distancia que impone la intervención online impide que haya una observación real y completa del lenguaje corporal (Zubala and Hackett, 2020).

2.2.5.3 Conclusión comparación intervenciones

La situación en la que nos encontramos las personas durante la pandemia mundial debida al Covid-19, generó una serie de cambios en nuestra forma de organizar nuestras vidas. Dichos cambios también afectaron a las fórmulas de

intervención implementadas con las personas que ya seguían o iban a comenzar un proceso terapéutico. Las tecnologías lideraron dicho cambio de rumbo, generando unas nuevas formas de intervención. En muchos casos se trató sólo de la aplicación de las mismas técnicas a una modalidad diferente, es decir, a través de un canal distinto. Hoy en día, que las restricciones de movilidad han cesado, muchas de esas técnicas han permanecido debido a la facilidad que suponen para algunos usuarios.

En nuestro caso, como se ha comentado anteriormente, la intervención online ha mostrado resultados similares a la intervención presencial, con lo cual puede ser un punto de inflexión para el uso de dichas técnicas con grupos de población que tengan dificultad en la movilidad, pero que, a su vez, cuenten con una serie de requisitos técnicos y/o económicos que puedan cubrir dicho acceso online.

2.3 Estudio 3: Teatro aplicado y la autopercepción del bienestar

2.3 Estudio 3: Teatro aplicado y la autopercepción del bienestar

“Somos humanos porque somos memoria, y por eso resultan tan trascendentales sus relaciones con el teatro, pues la esencia del teatro es la memoria” (Vieites, 2019.p. 260).

2.3.1 Resumen

Se ha desarrollado a cabo una investigación de tipo cuasi-experimental pretest-postest intrasujeto en la cual se ha medido el estado de ánimo percibido tras la asistencia a una representación teatral basada en el teatro aplicado (teatro para el recuerdo mezclado con teatro comunitario). La puesta en escena corrió por parte un grupo de teatro amateur y se centró en la exposición de conceptos como el envejecimiento, las diferencias intergeneracionales y las anécdotas de vida de los actores. Se quiere averiguar si la asistencia a dicho acto genera un mejor estado de ánimo en los participantes.

Se observa una mejoría en los resultados obtenidos en tres escalas (“Ira-Hostilidad”, “Alegría” y “Ansiedad”) y éstos son estadísticamente significativos.

2.3.2 Introducción teórica: teatro aplicado en población de edad avanzada

Como se ha evidenciado anteriormente, el uso del teatro como método terapéutico, ya sea desde la perspectiva del colectivo de técnicas dentro de la dramaterapia, como desde cualquier otra fórmula de teatro aplicado, se trabaja en todos los grupos de edad. Pese al envejecimiento de las poblaciones actuales, el campo de estudio del teatro aplicado en dicho colectivo es bastante prolífico en la práctica, sin embargo, adolece de una sistematización, así como posturas comunes a la hora de establecer definiciones (Rickett & Bernard, 2014). A la hora de buscar en la literatura especializada en este campo, se observa que muchos estudios usan metodologías distintas de forma interrelacionada: teatro playback con historias de vida (Keisari, Gesser-Edelsburg et al., 2020; Keisari, Palgi et al., 2020); historias narrativas

de vida con dramaterapia (Keisari & Palgi, 2016); teatro reminiscencia (Arigho 2005; Halperin, 2001; Schweitzer, 2007; Schweitzer, 2013); teatro intergeneracional (Anderson et al., 2017; Hafford-Letchfield et al., 2010; Magic Me, 2005; Mayo & McAvinchey, 2013; McAvinchey & Gilfoy, 2009). Rickett & Bernard (2014) encontraron un total de 77 documentos de una naturaleza diversa (artículos, capítulos de libros, publicaciones menores) que versaban sobre el uso del teatro en personas de la tercera edad, siendo múltiples las técnicas o metodologías usadas.

Por consiguiente, para trabajar con personas con una edad avanzada dentro del teatro aplicado, se pueden utilizar varias técnicas; el teatro para el recuerdo o teatro reminiscencia está diseñado específicamente para dicha población, también lo es cualquier fórmula de dramaterapia o el teatro comunitario (Rickett & Bernard, 2014). Se destaca en varios estudios (Hayes, 2019; Martínez, 2020), que el uso del teatro reminiscencia o basado en testimonios, genera una mejor comunicación entre los participantes, siendo, por tanto, una manera de desbloquear las retroalimentaciones entre distintos grupos en las comunidades. Asimismo, se contribuye a que aumente el bienestar de dichos colectivos, al crearse un proceso de evolución y crecimiento (Vieites, 2019). Dicho proceso no sólo se basa en aspectos artísticos, en los cuales también se observan cambios, sino en la construcción de la identidad de los participantes (Gjærum, 2013). La forma de dar a conocer esos acontecimientos personales, cumple una función auto reveladora tanto para el público como para el “actor-participante” (Ferrandis, 2020). Es también útil para el avance de la sociedad desde un punto de vista crítico y de transformación (Vieites, 2019).

Vieites (2017) establece los objetivos y las áreas que se trabajan a través del teatro reminiscencia:

- a) Desarrollar una mejora en la comunicación de forma individual, colectiva y comunitaria a través de los relatos de vida.

- b) Generar un espacio de expresión escénico para todas las personas interesadas en formar parte de él.
- c) Buscar nuevas formas para la socialización de los miembros de una sociedad.
- d) Crear un público potencial, con capacidad de crítica, de eventos culturales.
- e) Fomentar el ocio “autotélico” relacionado más con el interés real de las personas.
- f) Rescatar tradiciones propias y generar nuevas formas de expresión escénica.
- g) Impulsar aspectos culturales de sociedades locales.

Como se ha mencionado anteriormente, existe una generalidad de fórmulas híbridas dentro de este ámbito. Keisari, Palgi et al., (2020) plantean que se pueden trabajar los siguientes aspectos a través de su propuesta (teatro playback e historias de vida):

1. Evolución de la historia de vida: al exponer las historias de forma pública, el mismo relato puede llevar a verse modificado al mismo tiempo que puede ayudar a resolver temas no conclusos.
2. Generación de un espacio lúdico mediante el cual los participantes conectan con su capacidad creativa. También, a través de la práctica de la improvisación, se activan los esquemas de flexibilidad cognitiva.
3. Aumento de presencia social: al participar en una actividad que, necesariamente, tiene un componente grupal, la vida social de los participantes mejora. Se vuelven a sentir parte de la sociedad como miembros relevantes de una forma recíproca, frente al aumento de la soledad en las personas de esta franja de edad.

El teatro comunitario también es una fórmula válida para trabajar con esta población. Boehm y Boehm (2003) sostienen que se ponen en juego diferentes variables que participan de la vida social y emocional de sus participantes. Éstas son:

- Autoestima: aumentando la confianza en las habilidades y capacidades de los participantes.
- Dominio: capacidad de los participantes de ser conscientes de tomar el mando de su entorno.
- Conciencia crítica: a través de la cual se pueden activar patrones de cambio de las situaciones establecidas.
- Autoescucha: para estar constantemente generando retroalimentación.
- Propensión a actuar, para poder generar conductas que cambien las situaciones.

Con respecto al teatro intergeneracional, el cual centra su trabajo en las historias de recuerdos compartidas entre personas de diferentes edades, Anderson et al. (2017) postulan que es capaz de mejorar la calidad de vida y el bienestar de sus participantes, generando una mejor comunicación entre las personas que pertenecen a las generaciones participantes.

Por su parte, el hecho de formar parte de una producción de teatro o taller teatral, conocido como teatro senior o teatro para mayores, genera la satisfacción de la necesidad de sentirse aún útil en la sociedad, así como una autoafirmación de la capacidad de aprendizaje a partir de los 65 años (Kurz, 2016). Es una manera de romper con los estereotipos de que los mayores son un problema para la sociedad, generando una participación activa en la misma, a través de la activación de la creatividad en su proceso de envejecimiento (Wiener, 2009).

2.3.3 Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio cuasi-experimental pretest-postest intrasujeto (n=42) entre el público asistente a una muestra de teatro aplicado en personas mayores de 55 años.

2.3.3.1 Objetivos y formulación de hipótesis

El objetivo de este estudio es averiguar si la asistencia de los participantes a una muestra teatral basada en el teatro aplicado, más en concreto al teatro comunitario y teatro reminiscencia, ha modificado la percepción de su estado de ánimo. Para ello, formulamos las siguientes hipótesis: los participantes en el estudio muestran diferencias entre las puntuaciones de autopercepción del estado de ánimo de antes y después de la asistencia a la obra de teatro.

2.3.3.2 Instrumentos de medida

Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)

Creada por Sanz (2001), es un inventario de autoinforme cuya finalidad está relacionada con la evaluación en procedimientos de inducción del estado de ánimo. Se trata de una escala de adjetivos que miden los estados de ánimo transitorios a través de cuatro subescalas: depresión, ansiedad, hostilidad y alegría (Sanz, 2001). Consta de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala gráfica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), cuyos extremos inferior y superior son: “nada” y “mucho”.

Con respecto a la fiabilidad de la escala, los coeficientes de consistencia interna oscilan entre 0,86 y 0,92 en la subescala de tristeza-depresión, entre 0,92 y 0,94 en la de ansiedad, con valores entre 0,93 y 0,95 en ira-hostilidad y entre 0,88 y 0,96 en alegría. La fiabilidad test-retest rondaban entre 0,62 y 0,76 en la escala de tristeza-depresión, 0,28 y 0,50 en la de ansiedad, 0,55 y 0,73 en la subescala de ira-hostilidad y de 0,88 a 0,72 la de alegría (Sanz, 2001).

En cuanto a la validez convergente de la escala debido a su comparación con diversos instrumentos, se han obtenido unos coeficientes moderados o altos (Sanz et al, 2014). Pacheco-Unguetti et al. (2010) obtuvieron una correlación de 0,81 entre la subescala de ansiedad de la EVEA y la subescala de ansiedad estado del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Por su parte, Sanz et al. (2013) observan una correlación de 0,52 con respecto al Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Del Pino-Sedeño et al. (2010), obtuvieron unas correlaciones de 0,64 y 0,74 entre la escala de afecto negativo de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) y las subescalas de ansiedad y tristeza-depresión. Asimismo, la subescala de alegría mostró una correlación de 0,67 con la escala de afecto positivo del mismo.

Tabla 14

Ítems de la EVEA organizados por subescalas

SUBESCALA	ADJETIVOS ÍTEMS	NÚMEROS ÍTEMS
Tristeza-depresión	“melancólico”, “alicaído”, “apagado” y “triste”	4,7,10,16
Ansiedad	“nervioso”, “tenso”, “ansioso” e “intranquilo”	1,5,9,13
Ira-hostilidad	“irritado”, “enojado”, “molesto” y “enfadado”	2,8,11,14
Alegría	“alegre”, “optimista”, “jovial” y “contento”	3, 6, 12 y 15

Los ítems señalan una puntuación directa entre 0 a 10 puntos (ver Tabla 14). A continuación, se suman las mismas según la subescala a la que pertenezcan, con lo que se obtienen cuatro puntuaciones, las cuales se dividen de forma independiente

entre 4. De esta manera tenemos cuatro puntuaciones entre 0-10. Es también válido no dividir las y obtener las puntuaciones directas, con las cuales también se pueden comparar a las subescalas entre sí.

2.3.3.3 Participantes

Los participantes del estudio formaron parte del mismo de forma voluntaria, tras la asistencia a una muestra de teatro en un espacio público de la localidad de Moguer, provincia de Huelva. La mayoría de ellos eran habitantes de dicho municipio o de localidades aledañas. El número total de participantes fue de 42 personas.

2.3.3.4 Procedimiento

Los alumnos del grupo “Las Aguedillas” del Taller Municipal de Teatro de Moguer llevaron a cabo un proceso de creación de teatro aplicado experimental centrado en improvisaciones teatrales durante el curso 2022/2023 centrado en el trabajo de varios conceptos: envejecimiento, diferencias intergeneracionales y recuerdos de vida. Tras varias sesiones de generación de temática, se creó una propuesta de puesta en escena con la posibilidad de la participación de un hipotético público en algunos temas que habían quedado abiertos.

Se planteó llevar a cabo la representación a público en julio de 2023 en un espacio escénico no convencional, que permitiera la cercanía con los asistentes al acto. Se realizó en un espacio diáfano y sin escenario físico, pese a que sí se organizó a la “italiana”, es decir, con el público enfrente de los actores, pero a la misma altura.

El acto se publicitó a través de redes sociales tanto de la institución a la que pertenece el grupo de teatro, como de forma privada. Asimismo, se pegaron carteles por la localidad (ver Anexo 4).

Asistieron un total de 60 personas, de las cuales 42 respondieron a los cuestionarios previos y posteriores a la puesta en escena. A su llegada, la conductora

del evento, les explicó que podían participar de forma voluntaria en la recogida de datos y que sus nombres permanecerían en el anonimato, ya que no les pedía que escribieran sus datos personales, sólo un nombre o apodo idéntico en ambas evaluaciones. A continuación, se les repartió los cuestionarios previos y los rellenaron.

Tras esto, se llevó a cabo la representación de la obra, en la cual, también se les invitó a que participaran opinando o apartando ideas al respecto de lo expuesto en la pieza teatral. Dicha pieza se centró en la exposición, a modo de monólogos o diálogos, de las vivencias de los actores atendiendo a los aspectos trabajados: envejecimiento, cambio intergeneracional y recuerdos de vida.

Finalmente, los participantes al acto pudieron rellenar el cuestionario tras haber terminado la representación.

2.3.4 Resultados

Se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (ver Tabla 15), mostrando una distribución no normal en todas las variables a excepción de “Alegría pre”.

Tabla 15

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en las variables de Teatro Aplicado y bienestar

	Ansiedad Pre	Ansiedad Post	Ira-Hostilidad Pre	Ira-Hostilidad Post	Tristeza-depresión Pre	Tristeza-depresión Post	Alegría Pre	Alegría Post
Sig.	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,12	0,03

En los descriptivos (Tabla 15), podemos observar que existe una disminución entre las medias pre-post de “Ansiedad”, “Ira-Hostilidad” y “Tristeza-Depresión”. Por su parte, las puntuaciones en la subescala de “Alegría” muestran un aumento entre la evaluación previa y la posterior.

Tabla 16

Datos descriptivos en teatro aplicado y bienestar

	<i>N</i>	<i>Media</i>		<i>Desviación estándar</i>
		<i>Estadístico</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Estadístico</i>
Ansiedad pre	42	9.26	1.21	7.8
Ira-Hostilidad pre	42	4.07	.83	5.4
Tristeza-Depresión pre	42	5.88	1.06	6.9
Alegría pre	42	24.86	1.15	7.5
Ansiedad post	42	4.43	.79	5.1
Ira-Hostilidad post	42	1.24	.37	2.4
Alegría post	42	29.21	1.1	7.1
Tristeza-Depresión post	42	4.62	.83	5.4
n-válido (por lista)	42			

Se llevó a cabo correlaciones de muestras emparejadas, dando resultados estadísticamente significativos en todas las subescalas del instrumento.

Se ha realizado la prueba t para muestras emparejadas (Tabla 17), obteniendo puntuaciones estadísticamente significativas en todas las escalas excepto en la de “Tristeza-Depresión”.

Tabla 17

Prueba t de muestras emparejadas en teatro aplicado y bienestar

Diferencias puntuaciones pre y post para cada variable	M	Sd	t	gl	Sig. (bilateral)	Sig. (Wilcoxon)
Comparación pre/post Ansiedad	4.8	6.3	4.9	41	< .01	< .01
Comparación pre/post Ira-Hostilidad	2.8	4.2	4.2	41	< .01	< .01
Comparación pre/post Alegría	-4.3	7.9	-3.5	41	.001	.001
Comparación pre/post Tristeza-depresión	1.2	6.9	1.1	41	.2	.36

Debido a que la mayoría de las escalas mostraban una distribución no normal, se ha tenido que hacer un análisis no paramétrico. Como se observa en la Tabla 17, se confirman los resultados obtenidos en la prueba paramétrica, siendo la escala Tristeza-Depresión la única en no mostrar un resultado estadísticamente significativo entre sus puntuaciones post y pre.

2.3.5 Discusión

Uno de los principales escollos que tiene que resolver el ámbito del teatro aplicado es la incapacidad de poder replicar los estudios, debido a la inexistencia de resultados empíricos y a la falta de información sobre las técnicas aplicadas (Dunphy et al., 2019).

La prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para cada una de las escalas del Eeva nos muestra que existe normalidad en todas ellas excepto en las puntuaciones pre y las post de la escala “Tristeza-Depresión”. Por tanto, se ha decidido efectuar la prueba no paramétrica para muestras emparejadas.

En el caso de la escala “Alegría” se observa un aumento en las mismas (pre: 24,86; post: 29,21). Si atendemos al resultado de la prueba t para muestras

emparejadas, éste es estadísticamente significativo ($p= .001$), tendencia que se repite con la prueba no paramétrica de Wilcoxon ($p= .001$). Con lo cual vemos que existe una mejora en esta variable medida con los ítems de dicha escala tras la participación en el evento de teatro reminiscencia. Pese a no usar el mismo instrumento de medida, en la literatura (Anderson et al., 2017; Keisari & Palgi, 2016; Keisari, Gesser-Edelsburg, Yaniv & Palgi, 2020; Keisari, Palgi, Yaniv & Gesser-Edelsburg, 2020; Rickett & Bernard, 2013), encontramos estudios que obtienen resultados significativos relacionados con el aumento del bienestar de los mayores participantes en actividades relacionadas con el teatro comunitario, teatro playback y las historias de vida.

Con respecto a la escala de “Ansiedad”, las medias muestran un descenso en las puntuaciones (pre:9.26; post: 4.43). Al ver si existe o no correlación en la prueba t para muestras emparejadas, vemos cómo las puntuaciones son estadísticamente significativas, ya que son menores a .05. Al ver el valor en la prueba no paramétrica, también observamos que existe una significación estadísticamente significativa. Por tanto, podemos afirmar que la disminución en las puntuaciones en dicha escala puede ser debida al efecto de la participación en la modalidad de teatro aplicado. Otros estudios similares muestran una disminución significativa en los valores de ansiedad (Rickett & Bernard, 2013).

Lo mismo ocurre en la escala de “Ira-Hostilidad”, cuya media muestra también una disminución en las puntuaciones (pre: 4.07, post: 1.24). Al observar ambas pruebas, se obtienen resultados similares a los generados con la escala anterior, siendo las significaciones, tanto en la prueba paramétrica como en la no paramétrica, igual a 0. Es posible que dicha mejora en dicha escala sea debida a la inducción a través de la breve intervención a través del teatro.

Finalmente, en la escala de “Tristeza-Depresión” también se ve una disminución en las puntuaciones, sin embargo ésta es menor (pre: 5.88; post: 4.62).

Aunque sabíamos que esta escala no mostraba una distribución normal, se han realizado ambos análisis. Tanto la prueba t para muestras emparejadas y la prueba de Wilcoxon no son estadísticamente significativas, con unos valores ($p = .36$; $p = .2$). Con lo cual, no podemos atribuir la breve disminución a la intervención realizada. Otros estudios relacionados con el tipo de intervención (Keisari & Palgi, 2016; Keisari, Gesser-Edelsburg, Yaniv & Palgi, 2020; Keisari, Palgi, Yaniv & Gesser-Edelsburg, 2020), sí demuestran una mejora significativa en los cuestionarios de depresión utilizados.

Pese a que el instrumento utilizado (EVEA) para medir el estado de ánimo en los participantes del teatro reminiscencia tiene unos datos aceptables de fiabilidad y validez, ha mostrado resultados débiles en estudios con un tamaño de la muestra similar a la de nuestro estudio y con intervenciones con un enfoque lúdico o artístico (La Valle & Mustaca, 2020; Rojas-Romero, 2017), exceptuando la escala de “Alegría”, la cual suele mostrar una mejora significativa tras la inducción del estado de ánimo (Rojas-Romero, 2017).

2.3.6 Conclusiones

La intervención que se ha llevado a cabo, es un estudio piloto sobre el efecto que tiene la asistencia y participación como público activo en la modalidad de teatro reminiscencia, intergeneracional y comunitario. Quisimos averiguar si la alegría aumentaba y si las escalas que están relacionadas con la ira, la ansiedad y la depresión disminuían tras la participación en dicho evento.

Los resultados muestran una tendencia a favor de nuestros objetivos, siendo las puntuaciones de “alegría” las que muestran una mayor significación. Con lo cual, se puede afirmar que la participación en eventos de estos tipos de teatro aplicado, puede generar un aumento en el bienestar de las personas implicadas como observadores activos, inmediatamente después de la intervención. Por consiguiente,

se genera una necesidad de seguir estudiando este tipo de intervención, con otros instrumentos, en el resto de las escalas relacionadas con emociones del “polo negativo”.

2.3.7 Limitaciones

Este estudio cuenta con limitaciones que hacen que los resultados tengan que tomarse con cautela.

La inexistencia de grupo control, genera que no podamos generalizar nuestros resultados con total seguridad. Pese a no ser una muestra muy pequeña, el hecho de poder compararlo con una muestra que no haya experimentado el evento del estudio, podría haber enriquecido nuestros resultados dotándolos de una mayor fiabilidad.

Asimismo, no podemos afirmar si el bienestar tiene un efecto a largo plazo, ya que no hemos recogido los datos a posteriori. Con lo cual, es plausible pensar que los efectos placenteros de la intervención puedan deberse al efecto lúdico del mismo. En estudios posteriores se debería realizar una evaluación posterior a la que se realiza justo después de la asistencia al evento, para observar si los efectos son o no duraderos.

Otra de las limitaciones o debilidades de este estudio es el hecho de no haber medido el bienestar también entre los actores amateurs. Esto nos impide poder realizar comparaciones, ya que en la literatura existen estudios cualitativos similares que miden el efecto en las personas que actúan.

El hecho de realizar la evaluación mediante un cuestionario de “papel y lápiz” genera un efecto de deseabilidad social a la hora de responder por parte de los participantes, lo cual también supone una limitación del estudio.

2.3.8 Líneas futuras

Se podría haber enmarcado este estudio piloto dentro del principal estudio de la tesis, sirviendo como teatro comunitario o teatro playback dentro de la comunidad de cuidadores informales. Hubiera sido una buena opción en la penúltima sesión, en la cual muestran lo trabajado a sus familiares y a los profesionales sanitarios de sus centros de salud, que se hubieran invitado también a otras cuidadoras informales no participantes o del grupo control (tras haberlas evaluado). Es, por tanto, la principal línea futura para la mejora de las intervenciones hacia este colectivo. El objetivo, aparte de medir su estado de ánimo, sería ver si se pueden transmitir aprendizajes relacionados con el autocuidado físico y psicológico de los cuidadores informales, así como otros conceptos de su interés.

Conclusiones generales

Con esta tesis queremos darle relevancia a dos aspectos que opinamos que son necesarios fortalecer en el campo de la investigación: por una parte, poder aportar una experiencia empírica a las terapias creativas, concretamente al uso del teatro como herramienta en terapia; y por la otra, hacer significativa la experimentación en la mejora de la calidad de vida de las personas que cuidan a familiares con algún tipo de enfermedad que les suponga una cierta dependencia.

Sabemos que para que exista un avance en una disciplina, en el campo científico es necesario que se den varios factores al mismo tiempo. Primero, se tiene que generar una constante discusión sobre fórmulas efectivas y compartir cómo éstas funcionan, es decir, ver qué técnicas son las más aptas para cada necesidad. Segundo, dicha evidencia es tal debido a que se pueden probar dichas actualizaciones de una forma que salvaguarde la objetividad en los procesos. El campo de la investigación en las terapias creativas adolece de esta sistematización en muchos de sus estudios. Este hecho es plausible debido al origen subjetivo y libre que conlleva cualquier expresión artística. Una de las consecuencias que podemos observar debido a este escollo, es que encontramos una amplia nomenclatura para una misma técnica o para un mismo concepto.

Estimamos que el tipo de trabajo que se lleva a cabo cuando se aplican las técnicas teatrales en un ámbito externo a la producción teatral o actoral, se pueden denominar de una forma más unificada y sin que sea necesario dividir a los profesionales que forman parte de ellas. Según la fuente de la literatura que consultemos, vemos que dentro del teatro aplicado (un cajón en el que se incluyen distintos tipos de uso de dichas técnicas) no se puede incluir a la dramaterapia; sin embargo, hay otros autores que sí admiten dicha inclusión. Al mismo tiempo, se establece que no es lo mismo dramaterapia que teatro terapéutico, pero no termina de quedar claro cuál es cuál. En resumen, no existe unificación a la hora de definir ni de organizar las técnicas ni a los profesionales.

Sin querer ser redundante, ya que se ha mencionado de forma repetida a lo largo de esta tesis, es necesario que los profesionales de cualquier tipo de teatro aplicado, en el ámbito en el que se encuentren, sean capaces de generar una unión para sistematizar y definir conceptos y técnicas. El avance en los estudios científicos en la materia en los últimos años, está favoreciendo dicho movimiento. Un autor que postula la necesidad de esta unificación es Landy (1997b), y plantea que dicha evolución debe de ser abierta a otros profesionales de cualquier terapia creativa al igual que del campo de la psicología.

Nuestros estudios apoyan la eficacia terapéutica de las técnicas teatrales en el ámbito emocional. Ya se ha mencionado que la debilidad principal de este estudio es el reducido número de participantes, por lo que hay que tomar con cautela cualquier generalización. Sin embargo, esto no es más que un punto de inflexión que permite ver una oportunidad para averiguar si realmente son eficaces en un mayor número de personas cuya necesidad sea la de aumentar su calidad de vida, de mejorar su salud mental. El haber probado dichas técnicas de forma online y no haber encontrado diferencias significativas con la modalidad presencial, ayuda a vislumbrar una posible forma de intervención para las personas cuya movilidad (por causas físicas, económicas u organizativas) sea compleja.

Como plantea Waldow (1998), el cuidado implica preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El hecho de cuidar se apodera de una entrega atencional al otro. Como hemos podido observar, las personas que cuidan de los demás necesitan un respiro lúdico que no tenga un efecto efímero como puede ser el del ocio, sino que siente sus bases en unas raíces sólidas y con una eficacia probada.

Opinamos que este tipo de terapia puede cubrir dichas necesidades al ser lúdicas a la misma vez que se trabajan aspectos tan importantes como la resiliencia, la

flexibilidad cognitiva y los cambios conductuales, con la fortaleza que implica el trabajo en grupos de iguales.

Desde nuestros resultados, nos sentimos animados para darle forma a esa unificación y unión con el resto de la comunidad científica y aplicada, para que las terapias creativas formen parte, sin perder su esencia, de un avance científico necesario y actualizado. Para que las personas que lo necesiten, se sientan seguras al iniciar un proceso terapéutico en alguna de ellas.

Referencias

- Ackroyd, J. (2007) Applied theatre: an exclusionary discourse? *Applied Theatre Researcher*, 8, 1470-112X. <https://www.intellectbooks.com/asset/823/atr-8.1-ackroyd.pdf>
- Al-Azraki, A. A. Z. (2012). The politics of change and theatrical interaction: A critical investigation of the theories of Antonin Artaud, Bertolt Brecht and Augusto Boal. *Journal of the College of Arts. University of Basrah*, 60, 82-94.
- Andersen-Warren, M. & Grainger, R. (2000). *Practical Approaches to Dramatherapy: The Shield of Perseus*. Jessica Kingsley Publishers.
- Anderson, S., Fast, J., Keating, N., Eales, J., Chivers, S., & Barnet, D. (2017). Translating Knowledge: Promoting Health Through Intergenerational Community Arts Programming. *Health Promotion Practice*, 18(1), 15-25. <https://doi.org/10.1177/1524839915625037>
- Arias, G., Dennis, C., Loo, S., Lazier, A. L., Moye, K. D., Moye, K., O'Connor, C., Rich, A., Weinberg, M. & Butler, J. D. (2020). A Space to Speak: Therapeutic Theater to Address Gender-Based Violence, *Violence Against Women*, 26(14), 1771–1789. <https://doi.org/10.1177/1077801220942835>
- Arigho, B. (2005). *Creative Ageing: A Report on the National Creative Ageing Project 2002-2005*. London: Age Exchange.
- Aristóteles. *Poética*. Alianza Editorial. Edición 2013.
- Arroyo-Naranjo, A. (2016). El teatro como herramienta terapéutica para contribuir al desarrollo de las relaciones interpersonales en las personas mayores institucionalizadas. Prueba piloto. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, 13(23). <https://revistatog.com/num23/pdfs/original3.pdf>

- Armstrong, C. R., Frydman, J. S., and Wood, S. (2019), 'Prominent themes in drama therapy effectiveness research', *Drama Therapy Review*, 5 (2), 173–215, https://doi.org/10.1386/dtr_00002_1
- Armstrong, C. R., Frydman, J. S., and Rowe, C. (2019), 'A snapshot of empirical drama therapy research: Conducting a general review of the literature', *GMS Journal of Arts Therapies*, 1 (1), <https://www.egms.de/static/en/journals/jat/2019-1/jat000002.shtml>
- Assad, F.B. & Pedrão, L. J.(2013). The Spontaneous Theatre of everyday life as a therapeutic instrument in the resignification of being a carrier of a mental disorder. *Text Context Nursing, Florianópolis*,22(4), 1089-97. <http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/e22-1089.pdf>
- Atsmon, A., Katz, T., & Pendzik, S. (2022). "Migrated onto the Screen": The impact of the COVID-19 pandemic on the clinical practice of drama therapy. *The Arts in psychotherapy*, 79, 101913. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101913>
- Ayuntamiento de Huelva. (30/04/2020). *Población por barriadas*. http://www.huelva.es/portal/sites/default/files/documentos/estadisticas/5._poblacion_por_barriadas.pdf
- Badth. The British Association of Dramatherapists. (2020). *What is Dramatherapy?* <https://www.badth.org.uk/dramatherapy/what-is-dramatherapy>
- Bailey, S. (2009). Performance in drama therapy, en Johnson, D. R. & Emunah, R. (Eds.), *Current approaches in drama therapy (374–392)*. Charles C Thomas.
- Bailey, C., Guo, P., MacArtney, J., Finucane, A., Swan, S., Meade, R. & Wagstaff, E. (2022). The Experiences of Informal Carers during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 13455. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013455>

- Balme, C. (2013). *Introducción a los estudios teatrales*. Santiago: Frontera Sur Ediciones
- Barnes J. (2014). Drama to promote social and personal well-being in six- and seven-year-olds with communication difficulties: the Speech Bubbles project. *Perspectives in public health*, 134(2), 101–109.
<https://doi.org/10.1177/1757913912469486>
- Bellavista-Rof, C. & Mora-Giral, M. (2019). Prevención y tratamiento de los trastornos mentales a través del teatro: una revisión. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 76-87. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.2.1>
- Bertuzzi, V.; Semonella, M.; Bruno, D.; Manna, C.; Edbrook-Childs, J.; Giusti, E.M.; Castelnuovo, G.; Pietrabissa, G. (2021). Psychological Support Interventions for Healthcare Providers and Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6939.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18136939>
- Bidegain, M. (2007). *Teatro Comunitario. Resistencia y transformación social*. Atuel. Buenos Aires.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1993). Measures of Self-Esteem. En J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (3rd ed., pp. 115-160). Ann Arbor: Institute for Social Research.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-590241-0.50008-3>
- Boehm, A., & Boehm, E. (2003). Community Theatre as a Means of Empowerment in Social Work: A Case Study of Women's Community Theatre. *Journal of Social Work*, 3(3), 283-300. <https://doi.org/10.1177/146801730333002>

- Bololia, L., Williams, J., Macmahon, K., & Goodall, K. (2022). Dramatherapy for children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic integrative review. *Arts in Psychotherapy, 80*, Article 101918. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101918>
- Bourne, J., Andersen-Warren, M. & Hackett, S. (2018). A systematic review to investigate dramatherapy group work with working age adults who have a mental health problem. *The Arts in Psychotherapy, 61*,1-9. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.08.001>.
- Bourne, J., Brown, C., Corrigan, D., Goldblatt, P., & Hackett, S. (2022). Advances for future working following an online dramatherapy group for adults with intellectual disabilities and mental ill health during the COVID - 19 pandemic: A service evaluation for Cumbria, Northumberland Tyne and Wear NHS Foundation Trust. *British Journal of Learning Disabilities, 50*(3), 376-384. <https://doi.org/10.1111/bld.12462>
- Brook, P., & Brook, P. (2019). *Cambiar el punto de vista : cuarenta años de exploración teatral, 1946-1987*. (E. Stupía, Trans.; Edición en formato digital.). Alba. <https://www.digitaliapublishing.com/a/80268>
- Brüggemann, A.J. & Persson, A. (2016). Using forum play to prevent abuse in health care organizations: A qualitative study exploring potentials and limitations for learning. *Education for Health, 29*, (3), 217-22. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.204215>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A & Seisdedos Cubero, N.(Dpto. I+D+i de Hogrefe TEA Ediciones). (2011). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Adaptación española de Spielberger, R.L.Gorsuch & R.E. Lushene. (1970).
- Callejón-Chinchilla, M. D. (2012). *Educación y terapia artística: implementación de un proyecto de teatro negro*. Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953/365>

- Campbell-Kirk, J. (2015). Drama Therapy with women survivors of domestic abuse: a small scale research study, *Drama Therapy*, 37(1), pp. 28-43, <http://dx.doi.org/10.1080/02630672.2015.1101480>
- Campero-Romero, C. (2022). *El urbanismo en Huelva: territorio y ciudad*. Universidad de Huelva. <https://hdl.handle.net/10272/21389>
- Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., Ródenas Rigla, F. & Sanjosé López, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Tirant lo Blanch. Colección Políticas de Bienestar Social. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Carter, G., McLaughlin, D., Kernohan, W. G., Hudson, P., Clarke, M., Froggatt, K., Passmore, P., & Brazil, K. (2018). The experiences and preparedness of family carers for best interest decision-making of a relative living with advanced dementia: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1595–1604. <https://doi.org/10.1111/jan.13576>
- Cassidy, S;Turnbull, S and Gumley, A. (2014). Exploring core processes facilitating therapeutic change in Dramatherapy: A grounded theory analysis of published case study. *The Arts in Psychotherapy*, 41(4),353-365. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.07.003>
- Casson, J. (1996). Archetypal splitting: Drama therapy and psychodrama. *The Arts in Psychotherapy*,23(4), 307-309.[https://doi.org/10.1016/0197-4556\(96\)00037-8](https://doi.org/10.1016/0197-4556(96)00037-8)
- Chang, W. L., Liu, Y. S. & Yang, C. F. (2019). Drama Therapy Counseling as Mental Health Care of College Students, *International Journal of Environmental*

Research and Public Health, 16(19), 3560,

<https://doi.org/10.3390/ijerph16193560>

- Cattanach, A. (1994). The developmental model of dramatherapy en Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A., Meldrum, B. & Nfa, S.M. *The Handbook of Dramatherapy* (28-40). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203977446>
- Celume, M. P., Goldstein, T., Besançon, M., & Zenasni, F. (2020). Developing Children's Socio-Emotional Competencies Through Drama Pedagogy Training: An Experimental Study on Theory of Mind and Collaborative Behavior. *Europe's journal of psychology*, 16(4), 707–726. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i4.2054>
- Chapman E.J. (2014). Using dramatic reality to reduce depressive symptoms: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 137–144. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2014.01.001>
- Cheng, W.L., Chang, C.C., Griffiths, M. D., Yen, C.F., Liu, J.H., Su, J.A., Lin, C.Y. & Pakpour, A. H. (2022). Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–672. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04289-0>
- Cheung, A., Agwu, V., Stojcevski, M., Wood, L., & Fan, X. (2022). A Pilot Remote Drama Therapy Program Using the Co-active Therapeutic Theater Model in People with Serious Mental Illness. *Community mental health journal*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00977-z>
- Chow, E. O., Fung, S. & Singh, H. (2023). Actor–partner effects of wellbeing, hope and self-esteem on depression in stroke survivor–caregiver dyads: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 37(3), 394–406. <https://doi.org/10.1177/02692155221128758>

- Constien, T., Khanna, A., & Wiberg, A. (2024). Client experiences of drama therapy: A systematic review and qualitative meta-analysis. *Qualitative Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/qup0000300>
- Cook, A., Griffiths, J., Townend, A., & Lilley, S. (2024). Patterns in theory-based drama therapy publications: A snapshot of peer reviewed literature from 2000-2022. *The Arts in Psychotherapy*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102144>.
- Cohen, S.A., Kunicki, Z.J., Drohan, M.M., Greaney, M.L.(2021). Exploring Changes in Caregiver Burden and Caregiving Intensity due to COVID-19. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 7. <https://doi.org/10.1177/2333721421999279>
- Colegio Oficial de Psicólogos, COP. (2002). *Contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X02748221>
- Corbett, B. A., Gunther, J. R., Comins, D., Price, J., Ryan, N., Simon, D., Schupp, C. W., & Rios, T. (2011). Brief report: theatre as therapy for children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(4), 505–511. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1064-1>
- Corbett, B. A., Swain, D. M., Coke, C., Simon, D., Newsom, C., Houchins-Juarez, N., Jenson, A., Wang, L., & Song, Y. (2014). Improvement in social deficits in autism spectrum disorders using a theatre-based, peer-mediated intervention. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 7(1), 4–16. <https://doi.org/10.1002/aur.1341>
- Corbett, B. A., Key, A. P., Qualls, L., Fecteau, S., Newsom, C., Coke, C., & Yoder, P. (2016). Improvement in Social Competence Using a Randomized Trial of a Theatre Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 46(2), 658–672. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2600-9>
- Costa-Hermeto, E. M., De Araújo-Fernandes, L. L., Da Silva, N. M. & Luck

- Coelho de Holanda, I. C. (2013). Teatro como recurso terapéutico na prevenção ao uso de drogas: percepção de adolescentes. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 26 (3), 333-339. <https://doi.org/10.5020/2935>
- Cotarelo Pérez, A. K., Reynoso-Vázquez, J., Solano-Pérez, C. T., Hernández-Ceruelos, M. C. A., Ruvalcaba-Ledezma, J. C. (2020). Impacto del COVID-19 en las emociones de mujeres embarazadas con diabetes gestacional. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(8), 891-904. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3765>
- Cruz-Cruz, P. (2014). *El juego teatral como herramienta para el tratamiento educativo y psicopedagógico de algunas situaciones y necesidades especiales en la infancia*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Facultad de Educación. Departamento de Didáctica, Organización Escolar y Didácticas Especiales. <http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:educacion-pcruz>
- Cruz-Cruz, P. (2017). Dramatization and social abilities in primary education. Case study: a student, suffering bullying, with assertive difficulties. *Revista de Comunicación de la SEECI*, (42), 136-158 <https://doi.org/10.15198/seeci.2017.42.136-158>
- Czaja, S. J., Eisdorfer, C., y Schulz, R. (2000). Future directions incaregiving: Implications for intervention research. En R. Schulz(Ed.). *Handbook of dementia caregiving intervention research* (pp. 283-319). New York: Springer Publishing Company.
- Czeisler, M.E., Marynak, K., Clarke, K.E.N, Salah, Z., Shakya, I., Thierry, J.M., Ali, N., McMillan, H., Wiley, J. F., Weaver, M.D., Czeisler, C. A., Rajaratnam, S.M.W., Howard, M. E. (2020). Delay or avoidance of medical care because of COVID-19-related concerns. *Morbidity and mortality weekly report*, 69(36);1250–1257. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a4>

D'Ors, (1970). Breve historia del teatro. *Opinión de Málaga*.

Delgado-González, E. González Esteban, M.P., Ballesteros-Alvaro, A.M., Pérez Alonso, J. Mediavilla Marcos, M.E. & Aragón-Posadas, R. (2011). ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión de la literatura. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 8,(33). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/delgado-instrumentos-01.pdf>

Del Pino-Sedeño, T., Peñate, W., y Bethencourt, J. M. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154),19-32. https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6066/La_escala_de_valoracion_del_estado_de_animo.pdf?sequence=2

Denche-Zamorano, Á., Muñoz-Bermejo, L., Carlos-Vivas, J., Mendoza-Muñoz, M., Franco-García, J. M., Rojo-Ramos, J., Vega-Muñoz, A., Contreras-Barraza, N., & Barrios-Fernandez, S. (2022). A Cross-Sectional Study about the Associations between Physical Activity Level, Self-Perceived Health Perception and Mental Health in Informal Caregivers of Elderly or People with Chronic Conditions in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5320. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095320>

Díaz-Sibaja, M.A., Jiménez-Vallecillo, J. M, Carmona, R., Trujillo, A. & Martínez-Serna, O. (01/03/2007). “Vive el teatro”: un programa de tratamiento para mejorar las HHSS y la autoestima. 8º Congreso virtual de Psiquiatría Interpsiquis. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/vive-el-teatro-un-programa-de-tratamiento-para-mejorar-las-habilidades-sociales-y-la-autoestima>

Dokter, D., & Winn, L. (2010), Evaluating Drama Therapy. EBP and PBE: A research project, *Dramatherapy*, 31(1), pp. 3-9,

- <https://doi.org/10.1080/02630672.2009.9689762>
- Domínguez Toscano, P. M. (2014). *El arte como constructor de paz social*. Universidad de Huelva. Colección Manuel Siurot 23.
- Dorothy-Catherine, V., & Anitha-Devi, V. (2023). Overcoming the student's speaking anxiety disorders through playback theatre therapy. *Human (Tuzla)*, 13(1), 110–119. <https://doi.org/10.21554/hrr.042313>
- Drama & Theatre, MA Education. (1 de septiembre de 2022). *Practitioner focus: Peter Brook*. <https://www.dramaandtheatre.co.uk/practical/article/practitioner-focus-peter-brook>
- Duggleby, W., Lee, H., Nekolaichuk, C., & Fitzpatrick-Lewis, D. (2021). Systematic review of factors associated with hope in family carers of persons living with chronic illness. *Journal of advanced nursing*, 77(8), 3343–3360. <https://doi.org/10.1111/jan.14858>
- Dunphy, K., Baker, F.A., Dumaresq, E., Carroll-Haskins, K., Eickholt, J., Ercole, M., Kaimal, G., Meyer, K., Sajnani, N., Shamir, O.Y. & Wosch, T. (2019). Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 9:2655. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02655>
- Eagleton, T. (2007). Bretch y la retórica. *Minerva: Revista del Círculo de Bellas Artes*, 6, 60-62.
- Echeburúa, E. (1995). Escala de Autoestima de Rosenberg (Adaptación española de Rosenberg Self-Esteem Scale). En Martínez Roca. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. en K. R. Scherer y P. Ekman (Eds.), *Approaches to Emotions*. Hillsdale: Erlbaum

- Emunah, R. (1985). Drama therapy and adolescent resistance. *The Arts in Psychotherapy*, 12(2), 71–79. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(85\)90025-5](https://doi.org/10.1016/0197-4556(85)90025-5)
- Emunah, R. (2009). The integrative five phase model of drama therapy. In D. R. Johnson & R. Emunah (Eds.), *Current approaches in drama therapy* (2nd ed., 37-64). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Emunah, R. & Johnson, D.R. (1983). The impact of theatrical performance on the self-images of psychiatric patients. *The Arts in Psychotherapy*, 10 (4), 233-239, [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(83\)90024-2](https://doi.org/10.1016/0197-4556(83)90024-2).
- Elvira-Zorzo, M. & Abril Herrero, M. F. (2021). Pandemia covid-19: mejora de la calidad de vida de los cuidadores informales mediante la aceptación y orientación en valores. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 445–452. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2086>
- Escobar-Carrió, S. (2004). Catarsis y teatro en la obra de Aristóteles. *Jornadas Diálogos entre Literatura, Estética y Teología*, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Católica Argentina. Buenos Aires. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/4552>
- Espín-Andrade, A. M. (2009). “Escuela de cuidadores” como programa psicoeducativos para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2). <https://doi.org/10.1590/S0864-34662009000200019>
- Espina-Barrio, J. A. (2001). Integración del Psicodrama con otras líneas teóricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 33-49. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100004&lng=es&tlng=es

- Felsman, P., Seifert, C. M. & Himle, J. A. (2019). The use of improvisational theater training to reduce social anxiety in adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.001>
- Felsman, P., Seifert, C. M., Sinco, B., & Himle, J. A. (2023). Reducing social anxiety and intolerance of uncertainty in adolescents with improvisational theater. *The Arts in Psychotherapy*, 82, 101985-. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101985>
- Feniger-Schaal, R., & Orkibi, H. (2020). Integrative systematic review of drama therapy intervention research. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 14(1), 68–80. <https://doi.org/10.1037/aca0000257>
- Feniger-Schaal, R. & Koren-Karie, N. (2021). Using Drama Therapy to Enhance Maternal Insightfulness and Reduce Children’s Behavior Problems. *Frontiers in Psychology*. 11:586630. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586630>
- Feniger-Schaal, R., Orkibi, H., Keisari, S., Sajjani, N. L., & Butler, J. D. (2022). Shifting to tele-creative arts therapies during the COVID-19 pandemic: An international study on helpful and challenging factors. *The Arts in Psychotherapy*, 78, 101898. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101898>
- Fernández-Aguayo, S. (2018). *Drama como técnica terapéutica en salud mental: diseño y evaluación de un programa*. Universidad de Vigo. https://www.investigacion.biblioteca.uvigo.es/xmlui/bitstream/handle/11093/11113/Drama_como_tecnica_terapeutica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fernández-Aguayo, S. & Pino-Juste, M. (2014). La dramatización como técnica para la mejora de la cooperación y la creatividad. En Ramiro Sánchez, T. & Ramiro Sánchez, M. T. *Avances en Ciencias de la Educación y del Desarrollo*. Asociación Española de Psicología Conductual. https://www.congresoeducacion.es/edu_web4/DOC/LIBRO_CAPITULOS_2014.pdf

- Fernández-Aguayo, S. & Pino-Juste, M. (2015). Trastornos del desarrollo y dramatización: descripción de una experiencia teatral en un centro educativo de Atención Temprana en Atención temprana y educación familiar. Buceta Cancela, M.J. & Crespo Comesaña, J. M. *Actas IV Congreso Internacional. Santiago de Compostela, 10-12 de septiembre de 2015.* (19-30).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=661455>
- Fernández-Aguayo, S. & Pino-Juste, M. (2018). Drama therapy and theater as an intervention tool: Bibliometric analysis of programs based on drama therapy and theater. *The Arts in Psychotherapy*, 59, 83-93, <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.04.001>.
- Fernández-Aguayo, S. & Pino-Juste, M. (2023). Sustainable Health and Wellness: Effectiveness of a Drama Therapy Program to Improve the Wellbeing of People Affected by Mental Health Decline. *Sustainability*, 15. 12485.
<https://doi.org/10.3390/su151612485>.
- Fernández-Tomás y Tamaro, E. (1 de agosto de 2023). *Biografía de Bertolt Brecht*. Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea.
<https://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/brecht.htm> .
- Ferrandis, D. (2020). Dramaterapia y teatro de reminiscencia para el alzheimer. *Apuntes de Teatro* (145) 106-134
<https://analesdearquitectura.uc.cl/index.php/RAT/article/view/35943>
- Gandoy-Crego, M., Millán-Calenti, J.C., García-Zamorano, B., García-Illobre, A., López-Ribeiro, M.P. & Mayán-Santos, J.M. (1999). Evaluación y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Intervención Psicosocial*, 8 (1), 109-116. <http://hdl.handle.net/2183/14266>

- Garbujo, G. (2019). Initiation rituals beyond psychiatric borders: A heuristic inquiry within the Sesame approach. *Dramatherapy*, 40(2), 95-103.
<https://doi.org/10.1177/0263067219847919>
- Geiger, A., Shpigelman, C. S. & Feniger-Schaal, R. (2020), The socio-emotional world of adolescents with intellectual disability: A drama therapy-based participatory action research, *The Arts in Psychotherapy*, 70,
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101679>
- Gjengedal, E., Lykkeslet, E., Sorbo, J. I., & Saether, W. H. (2014). "Brightness in dark places": Theatre as an arena for communicating life with dementia. *International Journal of Social Research and Practice*, 13, 598–612.
<https://doi.org/10.1177/1471301213480157>
- Granados, I.M. (2009). *Eficacia de la implementación de un programa de terapia artística en un grupo de adolescentes en el barrio de "Las Tres Mil Viviendas" de Sevilla*. Universidad de Sevilla, Sevilla. <http://hdl.handle.net/11441/39420>
- Georgia-Salivar, E. J., Rothman, K., Roddy, M. K., and Doss, B. D. (2020). Relative cost effectiveness of in-person and internet interventions for relationship distress. *Family Process* 59, 66–80. <https://doi.org/10.1111/famp.12414>
- Gimm, G., Layman, S., Inoue, M., Ihara, E. S., Pantleay, H., & Tompkins, C. J. (2024). Mason Caregivers Aiming for Resilience, Empowerment, and Support Study: Assessing Family Caregiver Burden Post-Intervention. *Journal of Applied Gerontology*, 7334648241243173–7334648241243173.
<https://doi.org/10.1177/07334648241243173>
- Gjærum, R. G., & Rasmussen, B. (2012). *Forestilling, framføring, forskning: Metodologi i anvendtteaterforskning*. Trondheim, Norway: Akademika Forlag
- Gjærum, R. G. (2013). *Recalling Memories Through Reminiscence Theatre*.

Nordic Journal of Art and Research ,2(2), 214-243.

<http://dx.doi.org/10.7577/information.v2i2.735>

Gómez-García, M. (1997). *Diccionario Akal de Teatro*. Akal.

Goto, Y., Morita, K., Suematsu, M., Imaizumi, T., & Suzuki, Y. (2023). Caregiver Burdens, Health Risks, Coping and Interventions among Caregivers of Dementia Patients: A Review of the Literature. *Internal Medicine*, 62(22), 3277–3282. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0911-22>

Greenwood, D. (2015). Using a drama-based education programme to develop a 'relational' approach to care for those working with people living with dementia *RiDE: The Journal of Applied Theatre and Performance*, 20, (2), 225–236. <http://dx.doi.org/10.1080/13569783.2015.1019444>

Grimal, P. (1984). *La mitología griega*. Paidós.

Grotowski, J. (1968). *Hacia un teatro pobre*. Siglo XXI Editores.

Hafford-Letchfield, T., Couchman, W., Webster, M. & Avery, P. (2010). A Drama Project about Older People's Intimacy and Sexuality. *Educational Gerontology*. 36(7), 604-621. <https://doi.org/10.1080/03601270903324511>

Hajek, A., Kretzler, B., & König, H. H. (2021). Informal Caregiving, Loneliness and Social Isolation: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 12101. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212101>

Halperin, D. 2001. 'The play's the thing: how social group work and theatre transformed a group into a community'. *Social Work with Groups*,24(2),27-46. http://dx.doi.org/10.130/j009v24n02_03

Harel, D., & Keisari, S. (2023). Tele-Drama Therapy with Community-Dwelling Older Adults: A Field Training Project. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 400–412. <https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2178353>

- Havsteen-Franklin, D. Tjasink, M., Kottler, J.W., Grant, C. & Kumari, V. (2020). Arts-Based Interventions for Professionals in Caring Roles During and After Crisis: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*, 11:589744. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589744>
- Hayes, S. (2019). "Our story": Narrative family communication and reminiscence theatre: An intergenerational testimony creation model for churches. ProQuest Information & Learning. http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:27547987
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and health*, 42, e2020038. <https://doi.org/10.4178/epih.e2020038>
- Hougham, R. (2006). Numinosity, Symbol and Ritual in the Sesame Approach. *Dramatherapy*, 28(2), 3-7. <https://doi.org/10.1080/02630672.2006.9689690>
- Hougham, R. (2012). The matrix, group processes and dramatherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 39(1), 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.11.007>
- Hylton, E., Malley, A., & Ironson, G. (2019). Improvements in adolescent mental health and positive affect using creative arts therapy after a school shooting: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 65, Article 101586. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101586>
- Imsero. (2022). Autonomía personal y dependencia. <https://imsero.es/autonomia-personal-dependencia>
- Imsero. (2023a). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de octubre de 2023*. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

- Imsero. (2023b). *Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de personas en situación de dependencia*. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- Jara, J. (2000). *El Clown, un navegante de las emociones*. Proexdra.
- Jennings, S. (1992). The nature and scope of dramatherapy: theatre of healing, en Murray Cox (ed.), *Shakespeare Comes to Broadmoor*, London, Jessica Kingsley.
- Jennings, S. (1994). Prologue en Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A., Meldrum, B. & Nfa, S.M. *The Handbook of Dramatherapy* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203977446>
- Jennings, S. (2008). Stages of Living: Health and Healing through Dramatic Reality. *Dramatherapy*, 30(2), 14-16. <https://doi.org/10.1080/02630672.2008.9689746>
- Jennings, S. (2009). *Dramatherapy and Social Theatre: Necessary Dialogues*. Routledge. <https://www.routledge.com/Dramatherapy-and-Social-Theatre-Necessary-Dialogues/Jennings/p/book/9780415422079>
- Jiang, L.; Alizadeh, F.; Cui, W. (2023). Effectiveness of Drama-Based Intervention in Improving Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis during the COVID-19 Pandemic and Post-Pandemic Period. *Healthcare*, 11, 839. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060839>
- Johnson, D. R. & Emunah, R. (2009). *Current Approaches in Drama Therapy*. Charles C Thomas Publisher.
- Johnson, D. R. (2018) Learning from experience: the legacy of Billy Lindkvist, *Dramatherapy*, 39(2), 76-83. <https://doi.org/10.1080/02630672.2018.1474935>

- Jones, P. (2007). *Drama as therapy. Theory, practice and research*. Routledge.
- Joronen, K., Konu, A., Rankin, H. S., & Astedt-Kurki, P. (2012). An evaluation of a drama program to enhance social relationships and anti-bullying at elementary school: a controlled study. *Health promotion international*, 27(1), 5–14.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dar012>
- Jütten, L. H., Mark, R. E., & Sitskoorn, M. M. (2020). Predicting self-esteem in informal caregivers of people with dementia: Modifiable and non-modifiable factors. *Aging & Mental Health*, 24(2), 221–226.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531374>
- Kedem-Tahar, E. & Felix-Kellermann, P. (1996). Psychodrama and Drama Therapy: a comparison. *The Arts in Psychotherapy*, 23(1), 27-36.
[https://doi.org/10.1016/0197-4556\(95\)00059-3](https://doi.org/10.1016/0197-4556(95)00059-3)
- Keiller, E., Tjasink, M., Bourne, J., Ougrin, D., Carr, C. E., & Lau, J. Y. F. (2023). A systematic review of dramatherapy interventions used to alleviate emotional distress and support the well-being of children and young people aged 8–18 years old. *JCPP Advances*, 3(3), e12145–e12145.
<https://doi.org/10.1002/jcv2.12145>
- Keulen-de Vos, M., van den Broek, E. P. A., Bernstein, D. P., Vallentin, R., & Arntz, A. (2017), Evoking emotional states in personality disordered offenders: An experimental pilot study of experiential drama therapy techniques, *Arts in Psychotherapy*, 53, 80-88, <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.003>
- Keisari, S. & Palgi, Y. (2017). Life-crossroads on stage: integrating life review and drama therapy for older adults, *Aging & Mental Health*, 21(10), 1079-1089, <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1199012>

- Keisari, S., Gesser-Edelsburg, A., Yaniv, D. & Palgi, Y. (2020). Playback theatre in adult daycenters: A creative group intervention for community-dwelling older adults. *Plos One*, 15(10): e0239812. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239812>
- Keisari, S., Palgi, Y., Yaniv, D., & Gesser-Edelsburg, A. (2020). Participation in Life-Review Playback Theater Enhances Mental Health of Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 16(2), 302–317. <http://dx.doi.org/10.1037/aca0000354>
- Keisari, S. (2021). Expanding the Role Repertoire While Aging: A Drama Therapy Model. *Frontiers in Psychology*. 12:635975. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635975>
- Keisari, S., Orkibi, H., & Lang, F. R. (2024). Arts therapies and arts-based interventions for older adults [Editorial]. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 37(1), 1–2. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000336>
- Kent, E. E., Ornstein, K. A., & Dionne-Odom, J. N. (2020). The Family Caregiving Crisis Meets an Actual Pandemic. *Journal of pain and symptom management*, 60(1), 66–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.006>
- Kerr, A. M., Biechler, M., Kachmar, U., Palocko, B. & Shaub, T. (2020). Confessions of a Reluctant Caregiver Palliative Educational Program: Using Readers' Theater to Teach End-of-Life Communication in Undergraduate Medical Education. *Health Communication*, 35(2), 192–200. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1550471>
- Kim, D. (2017). Relationships between Caregiving Stress, Depression, and Self-Esteem in Family Caregivers of Adults with a Disability. *Occupational therapy international*, 2017, 1686143. <https://doi.org/10.1155/2017/1686143>
- Kim, H., Park, K. J., Shin, Y. W., Lee, J. S., Chung, S., Lee, T., Kim, M. J., Jung, J., Lee, J., Yum, M. S., Lee, B. H., Koh, K. N., Ko, T. S., Lim, E., Lee, J. S., Lee, J. Y., Choi, J. Y., Han, H. M., Shin, W. A., Lee, N. J., ... Kim, H. W. (2020).

Psychological Impact of Quarantine on Caregivers at a Children's Hospital for Contact with Case of COVID-19. *Journal of Korean medical science*, 35(28), e255. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e255>

Kontos, P., & Naglie, G. (2007). Expressions of personhood in Alzheimer's disease: An evaluation of research-based theatre as a pedagogical tool. *Qualitative Health Research*, 17, 799–811. <https://doi.org/10.1177/1049732307302838>

Kontos, P., Mitchell, G. J., Mistry, B., & Ballon, B. (2010). Using drama to improve person-centred dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 159–168. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00221.x>

Kontos, P. C., Miller, K. L., Gilbert, J. E., Mitchell, G. J., Colantonio, A., Keightley, M. L., & Cott, C. (2012). Improving client-centered brain injury rehabilitation through research-based theater. *Qualitative health research*, 22(12), 1612–1632. <https://doi.org/10.1177/1049732312458370>

Kontos, P., Miller, K. L., Colantonio, A., & Cott, C. (2014). Grief, Anger, and Relationality: The Impact of a Research-Based Theater Intervention on Emotion Work Practices in Brain Injury Rehabilitation. *Evaluation review*, 38(1), 29–67. <https://doi.org/10.1177/0193841X14531260>

Korde, Ž., Šuriņa, S. & Mārtinsone, K. (2023) Research trends in drama therapy: a bibliometric analysis based on Scopus. *Frontiers in Psychology*. 14:1327656. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1327656>

Kronenberg, T. A., Keisari, S., & Orkibi, H. (2023). Students' Perceptions of Crisis-Mode Tele-Drama Therapy Training with Older Adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. Advance online publication: <https://dx.doi.org/10.1024/1662-9647/a000319>

- Kurz, R. (2016). Senior Theatre. An important part of senior culture. *Journal of Education, Culture and Society*, 7(1), 152-164.
<https://doi.org/10.15503/jecs20161.152.164>
- Lamont, R. A., Quinn, C., Nelis, S. M., Martyr, A., Rusted, J. M., Hindle, J. V., Longdon, B., Clare, L., & IDEAL study team (2019). Self-esteem, self-efficacy, and optimism as psychological resources among caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL study. *International psychogeriatrics*, 31(9), 1259–1266. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001236>
- Landy, R. J. (1991a). A taxonomy of roles: A blueprint for the possibilities of being. *The Arts in Psychotherapy*, 18(5), 419-431. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(91\)90054-E](https://doi.org/10.1016/0197-4556(91)90054-E)
- Landy, R. J. (1991b). The dramatic basis of role theory. *The Arts in Psychotherapy*, 18(1), 29-41. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(91\)90005-U](https://doi.org/10.1016/0197-4556(91)90005-U)
- Landy, R. J. (1991c). The drama therapy role method. *Dramatherapy*, 14(2), 7-15, <https://doi.org/10.1080/02630672.1992.9689810>
- Landy, R. J. (1997a). Drama therapy-the state of the art. *The Arts in Psychotherapy*, 24(1), 5-15, [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(96\)00069-X](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(96)00069-X)
- Landy, R. J. (1997b). Drama therapy and distancing: Reflections on theory and clinical application. *The Arts in Psychotherapy*, 23(5), 367–373.
[https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(96\)00052-4](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(96)00052-4)
- Landy R. J. & Montgomery D.T. (2012). *Theatre for Change: Education, Social Action, and Therapy*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- La Valle, M. y Mustaca, A. (2020). Efectos del juego en el estado de ánimo en jóvenes y adultos: estudio preliminar. *Revista ConCiencia EPG*, 5(1), 38-50.
<https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG>

- Leach, R. (2004). *Makers of Modern Theatre: An Introduction*. Routledge.
- Leather, J., & Kewley, S. (2019). Assessing drama therapy as an intervention for recovering substance users: A systematic review. *Journal of drug issues*, 49(3), 545-558. <https://doi.org/10.1177/0022042619845845>
- Lee, S. J., Seo, H.-J., Choo, I. H., Kim, S. M., Park, J. M., Yang, E.-Y., & Choi, Y. M. (2022). Evaluating the Effectiveness of Community-Based Dementia Caregiver Intervention on Caregiving Burden, Depression, and Attitude Toward Dementia: A Quasi - experimental Study. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 937–946. <https://doi.org/10.2147/CIA.S361071>
- Lei, F., Lee, E., Shin, J., & Lee, S.-Y. (2023). Non-pharmacological interventions on anxiety and depression in lung cancer patients' informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 18(3), e0282887–e0282887. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282887>
- Leichner, P. & Wieler, C. (2015). *maladjusted*: Participatory theatre about human-centred care. *Arts and Health*, 7(1), 75–85. <http://dx.doi.org/10.1080/17533015.2014.932293>
- Lewandowska, K. & Węziak-Białowolska, D. (2022) The impact of theatre on social competencies: a meta-analytic evaluation, *Arts & Health*, <https://doi.org/10.1080/17533015.2022.2130947>
- Losada-Baltar, A., Montorio-Cerrato, I.M., Fernández de Trocóniz, M.I., Márquez-González, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Ministerio de Trabajo e inmigración, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.(IMSERSO). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudio-01.pdf>
- Magic Me. (2005). *All In The Same Boat Project Report*. London: Magic Me

- Manna, N. (2021). Velvi's Theatre Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD): An Assessment of Effect of Drama Therapy. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 12 (3), 361-366. <https://iahrw.org/our-services/journals/indian-journal-of-health-wellbeing/>
- Mantovani, A. & Morales, R.I. (2009). *Juegos para un taller de teatro*. Artezblai.
- Mantovani, A., Cortés, B., Corrales, E., Muñoz, J.R. & Pundik, P. (2016). *Impro. 90 juegos y ejercicios de improvisación teatral*. Octaedro.
- Martín, M., Salvado, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. et al. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver burden interview) de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6 (4). 338-346.
- Martín, R. (2008). *La Psicología del humor. Un enfoque integrador*. Madrid: Orión Ediciones.
- Martín, L. (2018). *Arteterapia y necesidades educativas especiales: intervencion en trastornos del lenguaje a través de la dramatización*. Granada: Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/52826>
- Martín Gómez, A. y Rivera Navarro, J. (2022). Provisión de cuidados a personas mayores dependientes en los entornos rurales en España. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 18, 11-40. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0011>
- Martínez-Marcos, M. & De la Cuesta-Benjumea, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes, *Atención Primaria*, 48(2), 77-84.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>.

Martínez, I. (2020). Acercamiento a una Experiencia Formativa de Teatro Comunitario.

Revista Scientific, 5(16), 120-140. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.16.6.120-140>

Martínez, T. (2009). *La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia*. www.enclaverural.es

Martínez-Chacón, A. (1992). La ciudad de Huelva: evolución, estructura y problemática actual. *Huelva En Su Historia*, 4(3). <https://doi.org/10.33776/hh.v4i3.820>

Mayo, S., & McAvinchey, C. (2013). *Wild women*. London: Magic Me.

McAvinchey, C., & Gilfoy, K. (2009). *Our generations: Report on a three year programme of intergenerational arts projects in Tower Hamlets, East London*. London: Magic Me.

McLachlan, N., & Laletin, L. (2015). An evaluation of a mindfulness group in CAMHS using dramatherapy practice. *Dramatherapy*, 37(2-3), 78-88. <https://doi.org/10.1080/02630672.2016.1162823>

Meldrum, B. (1994). Historical background and overview of Dramatherapy en Jennings, S., Cattanach, A., Mitchell, S., Chesner, A., Meldrum, B. & Nfa, S.M. *The Handbook of Dramatherapy (12-27)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203977446>

Mele, S., Bivi, R., Borra, L., Callegari, V., Caracciolo, S., Tugnoli, S., & Craighero, L. (2019). Efficacy of theatre activities in facial expression categorization in schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 141-150. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.08.003>

Metzelthin, S.F., Verbakel, E., Veenstra, M.Y. *et al.* (2017). Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care:

a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 17(232).

<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0620-3>

Millbrook, A. (2019). Digital storymaking: Dramatherapy with

young people online. *Dramatherapy*, 40(1), 28–40. [https://doi.org/](https://doi.org/10.1177/0263067218817296journals.sagepub.com/home/drt)

[10.1177/0263067218817296journals.sagepub.com/home/drt](https://doi.org/10.1177/0263067218817296journals.sagepub.com/home/drt)

Mitchell, T. R. G. (2022). Dramatherapy online: Here, there, and Black everywhere

Dramatherapy, 42(1-3) 64–74. [https://doi.org/10.1177/02630672221121625](https://doi.org/10.1177/02630672221121625journals.sagepub.com/home/drt)

[journals.sagepub.com/home/drt](https://doi.org/10.1177/02630672221121625journals.sagepub.com/home/drt)

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., The PRISMA Group, (2009),

Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The

PRISMA Statement, *Plos Medicine*, 6(7) e1000097,

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Mondolfi-Miguel, M. L. & Pino-Juste, M. (2020). Therapeutic Achievements of a

Program Based on Drama Therapy, the Theater of the Oppressed, and

Psychodrama With Women Victims of Intimate Partner Violence, *Violence*

Against Women, 27(9), pp. 1273–1296,

<https://doi.org/10.1177/1077801220920381>

Mondolfi-Miguel, M. & Savage, M. & Fernández-Aguayo, S. (2021). Designing Short-

Term Drama Therapy with People who have Parkinson's Disease in Vigo,

Spain. https://doi.org/10.1386/dtr_00060_1

Moneta, I. & Rousseau, C. (2008), Emotional expression and regulation in a school-

based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning

difficulties, *The Arts in Psychotherapy*, 35, pp. 329-340,

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.07.001>

Monteiro, S., Fournier, M., Favrod, J., Drainville, A. L., Plessis, L., Freudiger, S.,

Skuzza, K., Tripalo, C., Franck, N., Lebas, M. C., Deloyer, J., Wilquin, H., Golay,

P., & Rexhaj, S. (2022). Ability to Care for an Ill Loved One During the First

- COVID-19 Lockdown: Mediators of Informal Caregivers' Stress in Europe. *Frontiers in psychiatry*, 13, 852712.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.852712>
- Moore, R. C., Straus, E., Dev, S. I., Parish, S. M., Sueko, S., & Eyler, L. T. (2017). Development and Pilot Randomized Control Trial of a Drama Program to Enhance Well-being Among Older Adults. *The Arts in psychotherapy*, 52, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.09.007>
- Moran, G.S. & Alon, U.(2011).Playbacktheatre and recovery in mental health: Preliminary evidence. *The Arts in Psychotherapy*, 38(5), 318–324.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2011.09.002>
- Moreira, N. S., Sousa, C. S., Poveda, V. de B., & Turrini, R. N. T.. (2015). Self-esteem of cancer patients' caregivers with reduced functional capacity. *Escola Anna Nery*, 19(2), 316–322. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150043>
- Motos, T. & Ferrandis, D. (2015). *Teatro Aplicado: teatro del orpimido, teatro playback, dramaterapia*. Octaedro.
- Mundt, A. P., Marín, P., Gabrysch, C., Sepúlveda, C., Roumeau, J., & Heritage, P. (2019). Initiating Change of People With Criminal Justice Involvement Through Participation in a Drama Project: An Exploratory Study. *Frontiers in psychiatry*, 10, 716. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00716>
- Muñoz-Bellerín, M. (2018). La práctica cultural del teatro en el desarrollo de las capacidades creativas. Teatro Aplicado en contextos de estigmatización: estudio de caso con persona sin hogar. *Anagnórisis: Revista de investigación teatral*, 18, 147-173.
- NADTA. North American Drama Therapy Association. (2021). *What is Drama Therapy?*
<https://www.nadta.org/what-is-drama-therapy>

- Neumark-Sztainer, D., Haines, J., Robinson-O'Brien, R., Hannan, P. J., Robins, M., Morris, B., & Petrich, C. A. (2009). 'Ready. Set. ACTION!' A theater-based obesity prevention program for children: a feasibility study. *Health education research, 24*(3), 407–420. <https://doi.org/10.1093/her/cyn036>
- Nicholson, H. (2010). The promises of history: pedagogic principles and processes of change. *Research in Drama Education, 15*(2), 147-154.
<https://doi.org/10.1080/13569781003700045>
- Odeh, R., Gharaibeh, L., Daher, A., Kussad, S., & Alassaf, A. (2020). Caring for a child with type 1 diabetes during COVID-19 lockdown in a developing country: Challenges and parents' perspectives on the use of telemedicine. *Diabetes research and clinical practice, 168*, 108393.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108393>
- Orkibi, H., Keisari, S., Sajnani, N. L., & de Witte, M. (2023). Effectiveness of drama-based therapies on mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis of controlled studies. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/aca0000582>
- Ortiz-Múñoz, M. D. (2007). Experiencia en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención Psicosocial, 16* (1), 93-105.
<https://journals.copmadrid.org/pi/art/e2ad76f2326fbc6b56a45a56c59fafdb>
- Pacheco-Unguetti, A. P., Acosta, A., Callejas, A., y Lupiáñez, J. (2010). Attention and anxiety: different attentional functioning under state and trait anxiety. *Psychological Science, 21*, 298-304.
<https://doi.org/10.1177/0956797609359624>. PMID: 20424060.

Padilla, R. (s.f). *Teatro épico y Bertolt Brecht*.

<https://www.nexoteatro.com/PDF/EI%20teatro%20%C3%A9pico%20y%20Bertolt%20Brecht.pdf>

Page, M. J., McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.(2021), The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews, *British Medical Journal*, 372:n71, doi: 10.1136/bmj.n71

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5). 580-1. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.580>.

Pearling, L.I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress, en E. Light y C.Niederehe y BD Lebowitz (eds.) *Stress effects on family of Alzheimer's patients*, Nueva York:Springer.

Pendzik, S. (1994).The theatre stage and the sacred space: A comparison. *The Arts in Psychotherapy*,21(1), 25-35. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(94\)90034-5](https://doi.org/10.1016/0197-4556(94)90034-5)

Pendzik, S. (2003). Six keys for assessment in dramatherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 30(2), 91-99, [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(03\)00024-8](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(03)00024-8)

Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 271–280. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.03.001>

Pendzik, S., Emunah, R. & Johnson, D. R. (2016). *The self in performance: Autobiographical, self-revelatory, and autoethnographic forms of therapeutic theatre*. Palgrave Macmillan.

Pérez L. (2002). *Indicadores sociales*. En IMSERSO, Envejecer en España (pp. 63-82). Madrid: IMSERSO.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-envespindice-01.pdf>

- Pieri, M., Foote, H., Greal, M. A., Lawrence, M., Lowit, A. & Pearl, G. (2023), Mind-body and creative arts therapies for people with aphasia: a mixed-method systematic review, *Aphasiology*, 37(3), pp. 504-562, <https://doi.org/10.1080/02687038.2022.2031862>
- Pierrotti, N. (2006). El teatro dramático en el Antiguo Egipto. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc4t701>
- Pinelopi, V., Aikaterini, T., Anna, T., Alexandrina, N., Theofanis, V., Konstantinos, V., & Ioannis, H. (2022). Changes in the quality of life of persons with epilepsy, after the implementation of an occupational therapy intervention with drama activities. *Epilepsy & Behavior*, 130, 108694.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pinto N, Barrera L, Sánchez B.(2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”®. *Aquichan*, 5(1),128-137. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100013
- Platón. (1999). *Diálogos. Obra completa. Volumen VIII: Leyes (Libros I-VI)*. Introducción, traducción y notas de Francisco Lisi. Editorial Gredos. Madrid.
- Pomeroy, S. H., Askew, Y., McDonald-Shanahan, K., Yanagi, A., & Sessanna, L. (2023). A Faith Community Nursing Intervention for Informal Caregiver–Older

Adult Dyads. *Clinical Nursing Research*, 32(5), 873–885.

<https://doi.org/10.1177/10547738231167377>

Porter, R. J. (2014), Making Sense: Drama Therapy with Adults with Asperger's Syndrome, *Drama Therapy*, 36(2-3), pp. 81-93,

<https://doi.org/10.1080/02630672.2015.1018916>

Prendergast, M. & Saxton, J. (2009). *Applied Theatre: International Case Studies and Challenges for Practice*. Intellect. <https://www.intellectbooks.com/applied-theatre-second-edition>

Prentki, T., & Preston, S. (Eds.). (2009). *The applied theatre reader*. London: Routledge.

Prentki, T. (2011). Theatre for development theatre as development. *Drama Australia Journal Nj*, 35(1), 35-46. <https://doi.org/10.1080/14452294.2011.11649540>

Prentki, T. (2015). *Applied theatre: development*. Bloomsbury Publishing.

Pritchard, W. (2019). Listening at the edge: Attending to living process in Sesame Dramatherapy. *Dramatherapy*, 40(1), 17–27.

<https://doi.org/10.1177/0263067218819262journals.sagepub.com/home/drt>

Quigley, C.A. (2020). ProReal®: The 'good enough' online alternative to face-to-face Dramatherapy. *Dramatherapy*, 41(2) 90–99.

<https://doi.org/10.1177/02630672211020886journals.sagepub.com/home/drt>

Quinlan, E. & Duggleby, W. (2009). "Breaking the fourth wall": Activating hope through participatory theatre with family caregivers, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(4), 207-

219, <https://doi.org/10.3109/17482620903106660>

Quinlan, E., Robertson, S., Urban, A.M., Findlay, I., M. & Bilson, B. (2020). Ameliorating Workplace Harassment among Direct Caregivers in Canada's Healthcare

- System: A Theatre-Based Intervention. *Work, Employment and Society*, 34(4), 626–643. <http://dx.doi.org/10.1177/0950017019867279>
- Ray, P. and Pendzik, S. (2021). Autobiographical Therapeutic Performance as a Means of Improving Executive Functioning in Traumatized Adults. *Frontiers in Psychology*. 12:599914. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.599914>
- Real Academia Española. (s.f.). Autoestima. *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 25 de junio de 2023. <https://dle.rae.es/autoestima>
- Reiss, D., Quayle, M., Brett, T. & Meux, C. (1998). Drama Therapy for mentally disordered offenders: changes in levels of anger, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8(2), pp.139 -153, <https://doi.org/10.1002/cbm.232>
- Resende, M. C., de, Ferreira, A. A., Naves, G. G., Arantes, F. M., Roldão, D. F., Sousa, K. G., & Abreu, S. A. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000900010>
- Rickett, M., & Bernard, M. (2014). *Ageing, Drama and Creativity: a critical review*. Reino Unido: Keele University. Recuperado de <https://www.keele.ac.uk/csg/research/ageingdramaandcreativity/>
- Rivadeneira-Cueva, L. D. P. (2021). *La eficacia de la aplicación de técnicas vivenciales en la autoestima de cuidadores de pacientes con enfermedad crónica renal*. Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Centro de posgrados. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/33293>
- Rojas-Romero, C. J. (2018). Músicoterapia, habla y estado de ánimo: Efecto en personas con enfermedad de parkinson. *Revista Areté, Fonoaudiología* 18(1), 13 - 21. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.18101>

- Rosenberg, M. (1986). Self-Concept from Middle Childhood through Adolescence. In: Suls, J. and Greenwald, A.G., Eds., *Psychological Perspectives on the Self*, Vol. 3, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 107-135.
- Rossiter, K., Kontos, P., Colantonio, A., Gilbert, J., Gray, J., & Keightley, M. (2008). Staging data: Theatre as a tool for analysis and knowledge transfer in health research. *Social Science & Medicine*, 66, 130–146.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.021>
- Rousseau, C., Benoit, M., Gauthier, M.F., Lacroix, L. et al. (2007). Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(3), 451-465.
<https://doi.org/10.1177/1359104507078477>
- Rousseau, C., Beaugard, C., Daignault, K., Petrakos, H., Thombs, B. D., Steele, R., Vasiliadis, H. M., & Hechtman, L. (2014). A cluster randomized-controlled trial of a classroom-based drama workshop program to improve mental health outcomes among immigrant and refugee youth in special classes. *PloS one*, 9(8), e104704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104704>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Sajnani, N., Mayor, C., & Tillberg-Webb, H. (2020). Aesthetic presence: The role of the arts in the education of creative arts therapists in the classroom and online. *The Arts in psychotherapy*, 69, 101668. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101668>
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: “La escala de valoración del estado de ánimo” (EVEA). *Análisis y modificación de conducta*, 27 (111), 71-110.

<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/1b8af7e9-8c99-4c11-b903-0b400d1a4e06/content>

Sanz, J. & Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Adaptación española de Beck, A. T., Steer R., A. & Brown G. K. (1996). Pearson Educación S.A.

Sanz, J. (2013). *Ficha técnica Evea*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. <https://www.ucm.es/tratamiento/tests-material>

Sanz, J., Gutiérrez, S., y García-Vera, M. P. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA): una revisión. *Ansiedad y Estrés*. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2014/anyes2014a3.pdf>

Schechner, R. (1985). *Between Theatre and Anthropology*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Schechner, R. (2015). *Performed Imaginaries*. Routledge.

Shi, Z. & Jing, X. (2022). New developments during the COVID-19 pandemic: Drama therapy as an online psychological intervention tool. *Frontiers in Psychology*. 13:930002. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.930002>

Schneider, J. (2017). Evaluation of the impact on audiences of Inside Out of Mind, research-based theatre for dementia carers. *Arts & Health*, 9(3), 238–250. <https://doi.org/10.1080/17533015.2016.1251475>

Schuchner, G. & Ferrandis, D. (2017). *Fundamentos generales de la dramaterapia*. *Letra Viva*. https://ia601506.us.archive.org/31/items/EDRAS/Dramaterapia_Teor%C3%ADa_y_practica.pdf

- Schweitzer, P. (2007). *Reminiscence Theatre: Making Theatre from Memories*. London: Jessica Kingsley Publishers. eISBN:978 1 84642 571 4
- Schweitzer, P. (2013). Making memories matter: reminiscence and creativity. A thirty-year retrospective. *Oral History*, 41(1), 84–97.
<http://www.jstor.org/stable/41806384>
- Sedano-Solís, A. (2017). *El teatro aplicado como campo científico-didáctico en la formación docente. Sistematización teórica y propuesta curricular para el desempeño del profesorado*. Universidad de Alcalá.
<https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/41362/Tesis%20Ana%20Soledad%20Sedano%20Sol%C3%ADs.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sedano-Solís, A. (2019). El Teatro Aplicado como campo interdisciplinario de investigación en los Estudios Teatrales. *Artnodes*. 104-113.
<https://doi.org/10.7238/a.v0i23.3260>.
- Seymour, A. (2009). Dramatherapy and social theatre: A question of Boundaries. In Jennings, S. (2009). *Dramatherapy and social theatre* (pp. 45-54). Routledge.
<https://www.routledge.com/Dramatherapy-and-Social-Theatre-Necessary-Dialogues/Jennings/p/book/9780415422079>
- Snow, S., D'Amico, M. & Tanguay, D. (2003). Therapeutic theatre and well-being. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 73–82. [https://doi.org/10.1016/S0197-4556\(03\)00026-1](https://doi.org/10.1016/S0197-4556(03)00026-1)
- Sun, Y., Ji, M., Leng, M., Li, X., Zhang, X., & Wang, Z. (2022). Comparative efficacy of 11 non-pharmacological interventions on depression, anxiety, quality of life, and caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: A systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 129, 104204–104204. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104204>
- Stanislavski, C. (1975). *La construcción del personaje*. Alianza Editorial.

- Tozer, K. (2021). Re-conceptualising 'mise en scène' for online dramatherapy. *Dramatherapy*, 41(2) 82–89.
<https://doi.org/10.1177/02630672211020891journals.sagepub.com/home/drt>
- Tuerk, P. W., Keller, S. M., and Acierno, R. (2018). Treatment for anxiety and depression via clinical videoconferencing: evidence base and barriers to expanded access in practice. *Focus* 16, 363–369.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180027>
- Twiga & 40Db. (2023). *La Situación Mental en España*. Confederación de Salud Mental España & Fundación Mutua Madrileña.
- Úbeda-Bonet, I. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Universidad de Barcelona.
<http://hdl.handle.net/2445/35130>
- Vázquez Morrejón, A. J., Jiménez García-Bóveda, R., & Vázquez-Morejón Jiménez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes De Psicología*, 22(2), 247-255. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- Venancio, B. P. (2008). Breve dramaturgia da memoria: oficina de teatro com idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 13(2), 291-300.
<https://doi.org/10.22456/2316-2171.8084>
- Vieites, M. F. (2017). *El teatro vacío. Manual de política teatral*. Madrid, España: Asociación de Directores de Escena de España - ADE.
- Vieites, M.F. (2019). Teatro y memoria: algunas claves para una intervención social crítica. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, (28), 253-283. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i28.6738>
- Waldow, V. (1998). *Cuidado Humano o rescate necesario*. Ed. Sagra Luzzatto. Brasil.
- Wen, C. C. & Chu, S. Y. (2020). Parenting stress and depressive symptoms in the family caregivers of children with genetic or rare diseases: The mediation

effects of coping strategies and self-esteem. *Ci ji yi xue za zhi = Tzu-chi medical journal*, 32(2), 181–185. https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj_35_19

Wiegelmann, H., Speller, S., Verhaert, L.-M., Schirra-Weirich, L., & Wolf-Ostermann, K. (2021). Psychosocial interventions to support the mental health of informal caregivers of persons living with dementia - a systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 94–17. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02020-4>

Wiener, R. (2009). Elders, drama and the good life. *Quality in Ageing*, 10(4), 49-52. <https://doi.org/10.1108/14717794200900031>.

Wood, L. L., Bryant, D., Scirocco, K., Datta, H., Alimonti, S., & Mowers, D. (2020a). Aphasia Park: A pilot study using the co-active therapeutic theater model with clients in aphasia recovery. *The Arts in Psychotherapy*, 67, 101611.

Wood, L. L., Moore, S., Capitman, J., White, S., Boylan, Z., Ciempa, T., et al. (2020b). Challenges and strategies delivering group drama therapy via telemental health: action research using inductive thematic analysis. *Drama Therapy Review*. 6,149–165. https://doi.org/10.1386/dtr_00025_1

Wu, J., Chen, K., Ma, Y. & Vomočilová, J. (2020). Early intervention for children with intellectual and developmental disability using drama therapy techniques, *Children and Youth Services Review*, 109, 104689, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104689>

Xiaoyun, C. & Fenglan, L. (2020). The relationships among insecure attachment, social support and psychological experiences in family caregivers of cancer inpatients. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 44, 101691–101691. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101691>

Zarit, S. H. & Zarit, J. M. (1982). Entrevista de carga del cuidador. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n2/an0204212.pdf>

- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist*, *26*(3), 260–266.
<https://doi.org/10.1093/geront/26.3.260>
- Zhao, Y., Wu, W., Wu, J., Shen, B., Cao, Y., & Xu, Y. (2024). Risk factors and intervention of caregiver burden in Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03616-0>
- Zubala, A., and Hackett, S. (2020). Online art therapy practice and client safety: a UK-wide survey in times of COVID-19. *International Journal of Art Therapy* *25*, 161–171.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2020.1845221>
- Zucca, M., Isella, V., Lorenzo, R. D., Marra, C., Cagnin, A., Cupidi, C., Bonanni, L., Laganà, V., Rubino, E., Vanacore, N., Agosta, F., Caffarra, P., Sambati, R., Quaranta, D., Guglielmi, V., Appollonio, I. M., Logroscino, G., Filippi, M., Tedeschi, G., Ferrarese, C., ... SINdem COVID-19 Study Group (2021). Being the Family Caregiver of a Patient With Dementia During the Coronavirus Disease 2019 Lockdown. *Frontiers in aging neuroscience*, *13*, 653533.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.653533>

Anexos

ANEXO 1: Autorización Comité de Ética.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^a M^a VICTORIA ALONSO MARTÍNEZ, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Huelva,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado Favorablemente, a propuestas de la investigadora **D^a Miriam Bernal López**, para que se realice el *Proyecto de Investigación* titulado:

Uso de técnicas dramaterapéuticas para disminuir la ansiedad en familiares cuidadores de pacientes dependientes
Código: *PI 030/17*

La capacidad de los investigadores y los medios disponibles en el **C.S. Los Rosales**, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Y que este Comité considera que dicho estudio cumple los requisitos éticos y legales para ser realizado en dicho centro por **D^a Miriam Bernal López**.

Lo que firmo, en Huelva a **1 de febrero de 2018**

Firmado:

D^a. M^a Victoria Alonso Martínez

23282



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D^a M^a VICTORIA ALONSO MARTÍNEZ, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Huelva,

CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en la sesión celebrada el **31 de enero de 2018**, a propuestas de la investigadora **D^a. Miriam Bernal López**, para que se realice el **Proyecto de Investigación** titulado:

Uso de técnicas dramaterapéuticas para disminuir la ansiedad en familiares cuidadores de pacientes dependientes
Código: *PI 030/17*

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité.

Vicepresidenta:

D^a. M^a. Inmaculada Mesa Gallardo

Secretaria:

D^a. M^a. Victoria Alonso Martínez

Vocales:

D. Manuel María Aguilar Carnerero
D. Francisco Javier Carrasco Sánchez
D. Manuel Trujillo Lara
D. Pablo J. González Barrera
D^a. Amelia Jiménez Hefferman
D. Pablo Beltrán Miranda

Que, en dicha reunión, tras evaluar favorablemente, se acordó proceder a emitir informe favorable.

Que dicho comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.

Lo que firmo, en Huelva a **1 de enero de 2018**

Firmado:

D^a. M^a Victoria Alonso Martínez

23282



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

El programa de intervención en el que usted va a participar tiene una naturaleza activa, de participación, en el cual se requiere de su asistencia. Este programa se divide en dos tipos de trabajo: uno individual, que se centra en la evaluación de varias variables psicológicas; éstas son: ansiedad, estado de ánimo, autoestima y estrés. El otro, colectivo, en el cual se trabajarán una serie de conceptos que creemos que están relacionados con las variables anteriormente mencionadas; dichos conceptos provienen de la técnica actoral y son: concentración, respiración, antena del actor, flexibilidad en la ejecución de role plays, expresividad corporal, gestual y vocal, etc. La profesional que dirige el taller es Psicóloga titulada, colegiada y acreditada por la Conserjería de Salud como Psicóloga General Sanitaria. Asimismo es licenciada en Arte Dramático y pedagoga teatral desde hace 10 años.

Importancia:

El objetivo principal de este programa es llevar a cabo un estudio para probar la eficacia de este tipo de terapias para la disminución de la ansiedad y la mejora de la autoestima y el estado de ánimo. Se enmarca dentro de los estudios de doctorado de la responsable del programa, más concretamente en la línea de investigación “La Salud y sus Determinantes” de la Universidad de Huelva.

Implicaciones para el donante/paciente:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos de la investigación para el donante/paciente:

No existe ningún tipo de riesgo ni físico ni psicológico para el paciente.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con la responsable del programa Miriam Bernal López en el teléfono: 639643460 o en el correo electrónico: miriamb.lopez@alu.uhu.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

TALLER DE DRAMATERAPIA

Yo.....
.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio *TALLER DE DRAMATERAPIA*
- He recibido suficiente información sobre el estudio *TALLER DE DRAMATERAPIA*.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- **Deseo** ser informado/a de mis datos de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

- Autorizo a que se graben las sesiones online con **finés exclusivamente científicos**

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado TALLER DE DRAMATERAPIA*

Firma del paciente
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos:.....
Fecha:

Nombre y apellidos:
Fecha:

ANEXO 3: CUESTIONARIO DEMOGRÁFICO

Este cuestionario tiene el objetivo de recoger sus datos personales y demográficos, ya que forma parte del estudio “Taller de dramaterapia para cuidadores de pacientes dependientes”, y es necesario para la evaluación del mismo.

Ninguno de estos datos serán usados para ningún otro cometido y se garantiza su anonimato en todo el proceso de evaluación y publicación de los resultados provenientes de la investigación.

Nº									
NOMBRE									
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO									
SEXO (marque con una x)	<table border="1"> <tr> <td>HOMBRE</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>MUJER</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			HOMBRE			MUJER		
HOMBRE									
MUJER									
ESTADO CIVIL (marque con una x)	<table border="1"> <tr> <td>SOLTERO/A</td> <td>CASADO/A</td> <td>EN PAREJA</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADO/A</td> <td>VIUDO/A</td> <td></td> </tr> </table>			SOLTERO/A	CASADO/A	EN PAREJA	DIVORCIADO/A	VIUDO/A	
SOLTERO/A	CASADO/A	EN PAREJA							
DIVORCIADO/A	VIUDO/A								
NÚMERO DE HIJOS Y SUS EDADES									
ESTUDIOS REALIZADOS									
OCUPACIÓN (PASADA Y PRESENTE)									
NIVEL ECONÓMICO (marque con una x)	<table border="1"> <tr> <td>ALTO</td> <td>MEDIO-ALTO</td> <td>MEDIO</td> </tr> <tr> <td>MEDIO-BAJO</td> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table>			ALTO	MEDIO-ALTO	MEDIO	MEDIO-BAJO	BAJO	
ALTO	MEDIO-ALTO	MEDIO							
MEDIO-BAJO	BAJO								
¿REALIZA USTED ALGÚN EJERCICIO FÍSICO?	<table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td colspan="2">NO</td> </tr> </table>			SI	NO				
SI	NO								

<p>¿CUÁL?</p> <p>INDIQUE LAS HORAS POR SEMANA QUE LE DEDICA</p>					
<p>¿CUÁLES SON SUS AFICIONES?</p>					
<p>¿QUÉ HACE EN SU TIEMPO LIBRE?</p>					
<p>¿ES USTED CUIDADOR/A DE ALGÚN FAMILIAR DEPENDIENTE? (marque con una x)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="614 745 986 790">SI</td> <td data-bbox="986 745 1364 790">NO</td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO				
<p>¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA ?</p>					
<p>¿CUÁL ES LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?</p>					
<p>¿CUÁL ES EL PARENTESCO CON ÉL/ELLA?</p>					
<p>¿TIENE CERCA ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA?(marque con una x)</p> <p>SI ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA ANTERIOR, ¿HA RECIBIDO O RECIBE AYUDA DE ELLOS?(marque con una x)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="614 1267 986 1312">SI</td> <td data-bbox="986 1267 1364 1312">NO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="614 1464 986 1509">SI</td> <td data-bbox="986 1464 1364 1509">NO</td> </tr> </table>	SI	NO	SI	NO
SI	NO				
SI	NO				
<p>¿HA RECIBIDO O RECIBE APOYO DE ALGÚN AMIGO?(marque con una x)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="614 1740 986 1785">SI</td> <td data-bbox="986 1740 1364 1785">NO</td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO				
<p>¿CUENTA USTED CON LOS SERVICIOS DE ALGÚN CUIDADOR FORMAL? (marque con una x)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="614 1901 986 1946">SI</td> <td data-bbox="986 1901 1364 1946">NO</td> </tr> </table>	SI	NO		
SI	NO				

<p>¿DE QUÉ TIPO ERA?(marque con una x) ¿CUÁNTO TIEMPO DIARIO PASABAN CON SU FAMILIAR?</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="619 271 986 309">LEY DE DEPENDENCIA</td> <td data-bbox="986 271 1358 309">PRIVADO</td> </tr> </table>	LEY DE DEPENDENCIA	PRIVADO
LEY DE DEPENDENCIA	PRIVADO		
<p>¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A UN TALLER DE TEATRO? (marque con una x) ¿CUÁNDO? ¿POR CUÁNTO TIEMPO?</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="619 510 986 548">SI</td> <td data-bbox="986 510 1358 548">NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO		
<p>¿POR QUÉ PARTICIPA EN ESTA ACTIVIDAD?</p>			

ANEXO 4: CARTEL TEATRO FORO/REMINISCENCIA



EL GRUPO "LAS AGUEDILLAS" DEL
TALLER MUNICIPAL
DE
TEATRO DE MOGUER PRESENTA:

LADRILLO POR TABLA

Teatro Foro – Reminiscencia

CLAUSTRO DE SAN FRANCISCO
29 DE JUNIO
20:00



Fundación Municipal
De Cultura de Moguer
Francisco Górfias



ANEXO 5: CUESTIONARIO AUTOESTIMA ROSEMBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIFE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ANEXO 6: CUESTIONARIO STAI

STAI

Apellidos y nombre

Edad Sexo: Varón Mujer Fecha / /

Centro Curso/puesto

Otros datos

A-E		A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.			
		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A-R		A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.			
		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Autor: C. D. Spielberger.
 Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.



ANEXO 7: CUESTIONARIO BDI-II



Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.

3. Sentimientos de fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Autocríticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos de suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.



Adaptación española: Jesús Sanz, Carmelo Vázquez

Beck Depression Inventory – Second Edition. Copyright © 1996 Aaron T. Beck. Copyright de la edición española © 2003 Aaron T. Beck. Todos los derechos reservados. Adaptado, reproducido y distribuido por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 28 1ª, Madrid 28042 con la autorización de NCS Pearson, Inc. (USA).

PEARSON

Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es

PsychCorp



8 435085 113932

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés por el sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
---	---

AVISO: Esta hoja está impresa en tintas azul y negra. Si su copia no es así es que ha sido fotocopiada violando las leyes del copyright.

Puntuación Total

PEARSON

Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es

PsychCorp

ANEXO 8: CUESTIONARIO ZARIT

TEST SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT Y ZARIT, 1982)

Puntuación:

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

Preguntas	Respuesta				
	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su					

- familiar, además de sus otros gastos?
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
 17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?
 19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
 20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
 21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
 22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Bibliografía:

Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-655.

ANEXO 9: CUESTIONARIO EVEA

EVEA

A continuación encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

	Nada											Mucho
Me siento nervioso	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento irritado	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento alegre	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento melancólico	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento tenso	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento optimista	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento alicaído	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento enojado	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento ansioso	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento apagado	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento molesto	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento jovial	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento intranquilo	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento enfadado	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento contento	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Me siento triste	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	