

Tango contra la depresión



Psychologische Praxis Hans Gunia

Adelungstr. 23, 64283 Darmstadt, E-Mail: praxis@hansgunia.de

Introducción

Recientemente, los enfoques de la fisioterapia también se han discutido de manera más intensiva y con mayor demanda en la terapia conductual. Por el contrario, la gama de la terapia conductual basada en la terapia corporal y de baile es, por desgracia, pequeña. Desde nuestro punto de vista, el Tango Argentino puede ser excelentemente combinado con enfoques y estrategias conductuales y está basado en el cuerpo. El Tango Argentino es interesante para la integración en la terapia conductual ya por lo tanto, ya que representa en primer lugar una actividad positiva (que funciona antidepresiva ya tomada por sí misma), en segundo lugar para parejas frecuentemente de nuevo y por lo tanto desconocido es, en tercer lugar las parejas enfermas hacen posible descubrir porciones sanas (y por lo tanto de la función enferma salen), en cuarto lugar los elementos de atención contienen, en quinto lugar las nuevas experiencias físicas, sin embargo lo hace posible y en sexto lugar, además todavía hace divertido. Además, el baile de tango es una oportunidad para conocerse y construir nuevas relaciones sociales. Esto proporciona la oportunidad de desarrollar y practicar un comportamiento socialmente competente y habilidades de comunicación con el fin de entrar en contacto con diferentes parejas de baile. Así, el Tango permite abordar temas delicados como la higiene corporal de una manera agradable. A través de una combinación con la psicoeducación se hace posible aumentar la parte divertida y por lo tanto la aceptación de la psicoeducación (Gunia/Berger 2016). Estudios empíricos muestran los efectos positivos de la danza en diversas afecciones emocionales y físicas: por ejemplo, en personas con depresión (Koch et al. 2007; Pinniger et al. 2012), en pacientes con la enfermedad de Parkinson (Hackney et al. 2007), en pacientes con cáncer (Mannheim/Weis 2005), en pacientes con diabetes (Murrock et al. 2009), en pacientes con cardiopatías (Belardinelli et al. 2008) y en pacientes traumatizados (Koch/Weidinger-von der Recke 2009). Pinniger et al. (2013) pudieron demostrar, por ejemplo, que el baile de tango podía reducir los síntomas de una depresión auto-reportada tanto inmediatamente después de la intervención como en un seguimiento y era superior a un grupo de meditación y un grupo de entrenamiento de circuito. En el marco de la Alianza de Darmstadt contra la Depresión, hemos organizado talleres para pacientes con un trastorno límite de la personalidad, para familias con un miembro de la familia que sufre de psicosis (véase también Gunia/Berger 2016) y para pacientes depresivos y sus familiares. En un estudio exploratorio, investigamos si los efectos positivos del baile de tango encontrados por Pinniger et al. (2012, 2013) también podían ser demostrados en una muestra alemana en condiciones de cuidado y con la integración de la psicoeducación y aspectos de entrenamiento de competencias sociales basados en las reglas del Tango Argentino.

*** Translated with www.DeepL.com/Translator (free version) ***

Método

Muestra. Los participantes del estudio fueron 29 personas afectadas y 9 familiares. **Procedimiento.** Reclutamiento de los participantes. Desde 2013, los talleres para pacientes depresivos y sus familiares tienen lugar generalmente dos veces al año, los sábados. A los talleres asistieron entre 13 y 20 participantes que fueron reclutados a través de reportajes en la prensa regional, a través de volantes de la Alianza contra la Depresión, a través de carteles en nuestra práctica conjunta o a través del contacto directo con sus propios pacientes antes y después de las sesiones de terapia. Los participantes sufrían de depresión ellos mismos o eran parientes. Como regla general, las participantes femeninas fueron la mayoría. No se requiere experiencia previa en Tango Argentino y no suele estar disponible. Al inicio y al final de los talleres se entregó un cuestionario (Beck-Depressions-Inventar (BDI) y un cuestionario para la evaluación del estrés). Los cuestionarios se cumplimentaron de forma anónima. La participación en el estudio fue voluntaria. Nosotros mismos no hicimos ningún diagnóstico. La evaluación incluyó a los participantes de los talleres en los que los afectados habían completado tanto el BDI como el PANAS, es decir, los participantes de los talleres que tuvieron lugar en octubre de 2014, marzo de 2015 y junio de 2019. **Instrumentos de medición.** Al principio y al final de cada taller, los afectados completaron el BDI (Becks Depressions Inventar, Hautzinger et al. 1995) y el PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Watson et al., 1988). Los familiares completaron la Escala de Evaluación de la Carga (BAS, Hunger et al., 2016) al inicio del taller y el PANAS al inicio y al final del taller. El nivel de significación se fijó en $p < 0,05$ en ambos lados.

Resultados

De las 38 personas que completaron los cuestionarios, 15 indicaron edad y sexo. 5 personas eran hombres, 10 mujeres. La edad media fue de 46,07 años (SD 9,80). 22 de las 29 personas afectadas completaron el BDI. Los resultados y los niveles de significación se presentan en la Tabla 1. Los datos se utilizaron para calcular un ANOVA simple con mediciones repetidas sobre el factor tiempo.

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
26,45	11,66	16,50	11,35	($F(1, 21) = 34.19$, $p < .001$)

Tabla 1 Valores medios del BDI Valores medios antes y después del taller (N= 22)

Como puede observarse en la Tabla 1, los valores del BDI se reducen muy significativamente de 26,45 a 16,50 (ver Tabla 1). Si el IDC indicaba depresión moderada antes de la intervención, sólo quedaba una depresión leve después de la intervención. Los 29 pacientes llenaron el PANAS. La Tabla 2 muestra los datos de los efectos negativos y la Tabla 3 los datos de los efectos positivos. Los datos se utilizaron para calcular un ANOVA simple con mediciones repetidas sobre el factor tiempo. Los efectos positivos mejoraron significativamente de un promedio de 3.03 a 3.27 y los negativos disminuyeron significativamente de un promedio de 1.72 a un promedio de 1.25 (ver Tablas 2 y 3).

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
1,72	0,82	1,25	0,37	($F(1, 28) = 9.93$, $p < .01$)

Tabla 2 Valores medios de los efectos negativos Personas afectadas (N = 29)

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
3,03	0,68	3,27	0,69	($F(1, 28) = 4.25$, $p < .05$)

Tabla 3 Valores medios de los efectos positivos Personas afectadas (N = 29)

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
1,33	0,15	1,20	0,20	($F(1, 2) = 0.51$, $p < .55$)

Tabla 4 Valores medios de los efectos negativos Familiares (N = 3)

Un ANOVA de dos factores para el "efecto negativo" (grupo (afectado vs. parientes) y tiempo) con mediciones repetidas produjo una diferencia significativa entre los tiempos de medición ($F(1, 30) = 10.096$, $p < 0,01$). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de familiares y pacientes ($F(1, 30) = 0,566$, $p = 0,46$). También la interacción entre el grupo y el tiempo no fue significativa ($F(1, 30) = 0,512$, $p = 0,48$). Entre los familiares, el afecto negativo disminuyó de un promedio de 1,33 a un promedio de 1,20, mientras que el afecto positivo aumentó de un promedio de 3,00 a un promedio de 3,63 (ver Tablas 4 y 5).

Mittelwert vorher	SD vorher	Mittelwert nachher	SD nachher	Signifikanzniveau
3,00	0,47	3,63	0,67	($F(1, 2) = 10.81$, $p < .081$)

Tabla 5 Valores medios de los efectos positivos Parientes (N = 3)

Un "efecto positivo" de dos factores ANOVA (grupo (afectado vs. parientes) y tiempo) con mediciones repetidas mostró una diferencia significativa entre los tiempos de medición ($F(1, 30) = 6.754$, $p < 0,05$). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de familiares y pacientes ($F(1, 30) = 0,167$; $p = 0,67$). También la interacción entre el grupo y el tiempo no fue significativa ($F(1, 30) = 1,417$, $p = .24$). 9 familiares completaron el cuestionario de estrés. Los familiares declararon una carga media de 22,06. La carga media de los familiares fue de 22,06.

Discusión

La intervención parece ser exitosa en general y los resultados del estudio de Pinniger et al. (2012, 2013) también parecen aplicarse al área de habla alemana. Los parámetros medidos por el BDI se reducen significativamente, el efecto positivo mejora tanto entre los afectados como entre los familiares y el efecto negativo también se reduce en ambos grupos. Lo que limita la interpretación de los resultados, sin embargo, es que los trastornos depresivos no fueron determinados por un diagnosticador externo, sino sólo anónimamente por el BDI y el autodiagnóstico. Además, falta un grupo de control. Por lo tanto, no se puede excluir que no sea el tango en sí, sino la actividad o las fluctuaciones diarias específicas y/o inespecíficas las que generaron las diferencias. Además, los efectos negativos al inicio del taller no fueron muy pronunciados, con un promedio de 1,72 entre los afectados y un promedio de 1,33 entre sus familiares. Además, los efectos positivos al inicio del taller son moderadamente positivos con un promedio de 3.03 entre los afectados y 3.00 entre los familiares. Incluso si uno tiene que interpretar los resultados con cierta cautela, vemos los resultados del estudio de Pinniger et al. (2012, 2013) confirmados en su enfoque. Además, hay fuertes indicios de que la integración del Tango Argentino en la terapia conductual no sólo hace que la terapia conductual sea más lúdica, sino que las intervenciones tomadas del entrenamiento en competencia social también pueden integrarse más fácilmente en la terapia. Los comentarios personales de los participantes también nos mostraron que esta combinación hacía que el "factor diversión" fuera alto.

Bibliografía

Belardinelli, R., Lacialaprice, F., Ventrella, C., Volpe, L., Faccenda, E. (2008)
Gunia, H., Berger, H. (2016)
Gunia, H., Quiroga, Murcia, C. (2017)
Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995)
Hunger, C., Krause, L., Hilzinger, R., Ditzen, B., & Schweitzer, J. (2016)

Koch, S. C., Morlinghaus, K., Fuchs, T. (2007)
Koch, S. C., Weidinger-von der Recke, B. (2009)
Mannheim, E. G., Weis, J. (2005)
Murrock, C. J., Higgins, P. A., Killion, C. (2009)
Pinniger, R., Brown, R. F., Thorsteinsson, E. B., McKinley, P. (2012)

Pinniger, R., Thorsteinsson, E. B., Brown, R. F., McKinley, P. (2013)
Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988)