



**Universidad de Valladolid**



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID**

## **MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL**

**El proceso creativo en personas diagnosticadas de  
Trastorno de la Conducta Alimentaria**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER  
CURSO: 2012-2013**

**ESPECIALIDAD: Ámbitos psicosociales, clínicos y  
educativos**

**Estibaliz Gutiérrez Ajamil  
Julio 2013**

**Tutora Académica: Alicia Peñalba Acitores**

**Departamento de Didáctica de la Expresión Musical,  
Plástica y Corporal. Facultad de Educación y Trabajo  
Social. Universidad de Valladolid.**

**Resumen**

La finalidad de este estudio es comprender las consecuencias psicológicas y emocionales que el proceso creativo provoca en personas diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Para ello, se desglosa el trabajo en dos partes: En la primera se analiza el estado de la cuestión a partir de una revisión de la literatura en la que se estudian en paralelo la situación emocional que viven las personas con TCA y las estructuras psíquicas necesarias para la elaboración del proceso creativo. A continuación, en la segunda parte, se procede a analizar los resultados de un programa de arteterapia con personas diagnosticadas de TCA, mediante un estudio de caso instrumental, logrando interpretar así las interacciones que se establecen entre el proceso creativo y el desarrollo emocional de las personas que participan en el proyecto. Posteriormente, se contrastan dichos resultados con otros estudios sobre la misma temática para, finalmente, poder extraer unas conclusiones acerca de la utilidad de arteterapia como método con el que disminuir los síntomas de esta enfermedad.

**Palabras clave:** Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), proceso creativo, arteterapia, desarrollo emocional, procesos psicológicos.

**Abstract**

The aim of this study is to understand the psychological and emotional consequences due to the creative process in people diagnosed as having Eating Disorders (ED). For this purpose, the study is separated in two parts: The first one analyzes the current status of the issue, through a review of the publications; deep research is done of the emotional situation lived by the people suffering from ED as well as of the psychological structures required for the elaboration of the creative process. In the second part, the results of this research are analyzed through an instrumental case study, extracted from an Art therapy programme carried out with people under treatment for ED; and contrasted with other studies in the same field. Thus, different interactions between the creative process and the emotional development can be outlined in the subjects studied in this project. Finally, conclusions are drawn with a reflection on the possibility of using the Art Therapy as a method for reducing the symptoms of those diseases.

**Key words:** Eating Disorders (ED), creative process, Art Therapy, emotional development, psychological processes.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	6
<b><u>PARTE I: ESTADO DE LA CUESTIÓN</u></b>	
<b>1- Objetivos de investigación</b> .....	8
<b>2- Marco teórico</b>	
2.1- TCA: Psicopatología e identidad	
2.1.1- Breve aproximación histórica a los trastornos de la conducta alimentaria.....	9
2.1.2- Identidad de las personas con TCA y su relación con el mundo.....	12
2. 2- Proceso creativo	
2.2.1- Aspectos del proceso de creación y cualidades de la persona creadora.....	17
2.2.2- La creación desde una perspectiva terapéutica.....	21
<b><u>PARTE II: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ARTETERAPIA Y TCA</u></b>	
<b>3- Metodología de investigación</b>	
3.1- Diseño metodológico de la investigación.....	24
3.2- Contextualización del ámbito de estudio.....	24
3.3- Función de los arteterapeutas dentro de la investigación.....	26
3.4- Instrumentos de registro y evaluación.....	27
<b>4- Resultados de la intervención</b> .....	30
<b>5- Comparación de resultados</b>	
5.1- Comparación de resultados del programa de arteterapia en la UTMPM con otros proyectos similares.....	42
5.2- Resultados de publicaciones relativas a arteterapia y TCA.....	44
<b>6- Conclusiones</b> .....	49
<b>7- Bibliografía</b> .....	54
<b>Anexos</b> .....	57

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, especialmente la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, se han convertido en una enfermedad cada vez más extendida en las sociedades occidentales, lo que ha dado lugar a un aumento de la investigación y difusión de los aspectos que engloban esta psicopatología. Las estadísticas más recientes<sup>1</sup> señalan que en España los Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante TCA) afectan a un 4,1-4,5% de la población y, aunque hasta el momento la mayoría de las personas enfermas eran adolescentes y mujeres muy jóvenes, actualmente se observa una tendencia a ampliar el rango de edad, resultando habitual encontrar este diagnóstico en niñas de 9 a 11 años, así como en mujeres que han superado los 40 años.

A pesar de que no se ha localizado la causa concreta de estos trastornos, muchos estudios describen los TCA como síntoma de una epidemia social, destacando la influencia negativa de ciertos agentes socio-culturales, como la idealización mediática de cuerpos estilizados y artificiales, así como la presión que ejerce la sociedad sobre el estereotipo de “mujer perfecta”. Por otro lado, se ha observado que, para que el TCA se instaure en una persona, es necesario que se den simultáneamente una serie de factores psicológicos (ciertas problemáticas en la estructura familiar, acontecimientos vitales traumáticos, distorsiones cognitivas y conductuales en la infancia y adolescencia, etc.) y de factores biológicos (como una predisposición genética y de salud mental).

Como consecuencia, surge un tipo de trastorno que no solo pone en riesgo la salud de las personas que la padecen, sino que también repercute muy negativamente en sus capacidades psíquicas, emocionales e interpersonales. Durante el tratamiento del TCA es preciso atender a diversos aspectos (alimentación, conductas disfuncionales, trastornos de personalidad asociados, la distorsión perceptiva de la propia imagen, relaciones familiares, habilidades sociales, rutinas saludables, etc.). Por ello, en este trabajo se

---

<sup>1</sup> Datos publicados por Asociaciones de Anorexia y Bulimia de diversas comunidades autónomas.

estudian los posibles beneficios de utilizar el trabajo arteterapéutico como parte del tratamiento global de esta enfermedad, pretendiendo así comprender cómo, a través del proceso creativo, es factible ayudar a personas diagnosticadas de TCA, profundizando en su autoconocimiento, desarrollo emocional y en un autoconcepto más positivo.

La motivación para realizar esta investigación surge al observar la contraposición existente entre las conductas habituales de las personas con TCA y características necesarias para el trabajo creativo. Teniendo en cuenta que estas personas se caracterizan por su autoexigencia y rigidez, así como por una sensación constante de ineficacia y un concepto muy negativo sobre sí mismas, se intuyó que desarrollar sus capacidades creativas podría favorecer un estilo de vida más saludable en ellas. Por ese motivo, se diseñó un programa de arteterapia dirigido a unos objetivos muy específicos (mejora de la autoestima, autonomía personal, habilidades sociales, asertividad, autoexploración emocional, etc.) que fue llevado a cabo en la Unidad de Trastornos Médicos Psicológicos de Madrid (UTMPM), especializada en anorexia y bulimia. Mediante este proyecto se posibilitó que, utilizando como herramienta principal el trabajo artístico, las personas en tratamiento por TCA tuviesen la oportunidad de explorar nuevos recursos personales.

Dado que arteterapia es una disciplina relativamente reciente, se dispone de muy pocos estudios en los que se haya utilizado el proceso creativo para favorecer la expresión emocional de personas con TCA, por lo que se hace necesario establecer unos aspectos específicos para el trabajo arteterapéutico con estas personas. Con esa finalidad, en este estudio se parte de los resultados extraídos de la intervención de arteterapia realizada en la UTMPM, para posteriormente contrastarlos con otras publicaciones sobre la misma temática y así poder identificar unas características comunes en el proceso creativo de personas diagnosticadas de TCA.

---

## PARTE I: ESTADO DE LA CUESTIÓN

---

### 1- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Las estructuras psicológicas presentes en las personas con trastornos de alimentación y las estructuras psicológicas necesarias para la puesta en práctica del proceso creativo son prácticamente opuestas. Por ello, en este estudio se analiza la influencia recíproca entre el proceso creativo y la estructura psicológica de los TCA, entendiendo esa interacción como un ejercicio progresivo en el que cada persona va desarrollando sus propias estrategias. Partiendo de esa influencia recíproca se plantea el siguiente objetivo de investigación:

- Comprender el desarrollo emocional de las personas con TCA durante la práctica de la creación plástica.

Para llevar a cabo este análisis, se establecen unos objetivos específicos, siendo estos:

- Identificar las conductas y los procesos psicológicos de las personas con TCA observables durante el proceso de creación.
- Interpretar la evolución emocional y psicológica de las pacientes en tratamiento por TCA a lo largo del programa de arteterapia.
- Establecer similitudes y diferencias entre los resultados obtenidos en este estudio y otras investigaciones sobre arteterapia y TCA, para así poder conocer aspectos extrapolables a este colectivo.
- Entender de qué manera el trabajo arteterapéutico favorece el autoconcepto de las personas con TCA.

A través de esos objetivos se busca profundizar en el desarrollo psíquico y emocional que experimentan las pacientes durante su trabajo en un programa de arteterapia, teniendo como fin contrastar la siguiente hipótesis:

Mediante el trabajo creativo es posible favorecer un cambio en los procesos psicológicos de las personas con TCA, posibilitando con ello una flexibilización respecto a las conductas disfuncionales y a la resistencia al cambio que caracterizan esta enfermedad.

## **2- MARCO TEÓRICO**

Para lograr comprender la evolución del proceso creativo de las pacientes con TCA, resulta necesario profundizar previamente tanto en los aspectos cognitivos y emocionales que afectan a estas personas, como en los aspectos psicológicos que se dan durante el propio proceso creativo. Por ello, se ha realizado una revisión de la literatura en la que se enmarcan ambos conceptos, para así facilitar la comprensión de los resultados obtenidos en este estudio.

### **2.1- TCA: PSICOPATOLOGÍA E IDENTIDAD**

#### **2.1.1- Breve aproximación histórica a los trastornos de la conducta alimentaria**

Los TCA son alteraciones graves en las relaciones con la alimentación, que no sólo repercuten en la salud de la persona enferma, sino que influyen en todos los ámbitos de su vida (relaciones sociales y familiares, situaciones académicas y laborales) y sobre todo en la relación de la persona enferma consigo misma.

Dentro de los TCA, según el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, TR 2002) de la Asociación Americana de Psiquiatría, se distinguen dos grandes tipos de trastornos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Actualmente se han establecido unos criterios clínicos con los que diagnosticar ambos trastornos, pero, para ello, han sido necesarios numerosos estudios al respecto a lo largo de la historia que han permitido conocer en mayor profundidad esta enfermedad

Los primeros signos de anorexia tal y como se conoce en la actualidad se asocian a las “anoréxicas santas” y místicos/as que ayunaban durante largos periodos como ejercicio espiritual con fines ascéticos y, durante siglos, la restricción alimentaria no se vinculó a ningún tipo de trastorno clínico. Ya en 1689 el médico inglés Tomas Morton realizó la primera descripción sobre esta enfermedad, considerándola una patología neurológica “debilitante”, de origen nervioso y describió sus principales síntomas: falta de apetito y pérdida de peso. En 1870 Sir William W. Gull, profundizó en el estudio de la anorexia,



definiéndola como una alteración de origen psicológico que afectaba especialmente a mujeres jóvenes con determinadas características clínicas (emaciación, amenorrea, estreñimiento, bradicardia, hipotermia, edema y cianosis periférica o coloración azul y a veces negruzca de la piel). En 1874, Gull utilizó por primera vez el término “anorexia nerviosa”, aunque S. Freud (1892) por su parte, la denominaba “neurosis alimentaria”, comprendiéndola como un mecanismo histérico en el que asociaba la melancolía (por la pérdida de la libido) con la anorexia (pérdida del apetito). Un siglo más tarde, la psicoanalista Hilde Bruch, tras investigar durante 30 años con personas con anorexia, publicó *Eating Disorders* (1973), puntualizando que la anorexia nerviosa está estrechamente vinculada tanto al desarrollo de la personalidad como al contexto familiar, y no únicamente al desarrollo psicosexual. El trabajo de Bruch influyó de manera importante en la descripción de anorexia nerviosa tal y como la conocemos hoy en día, enfermedad que por primera vez se incluyó en el DSM-III hacia 1980.

En la actualidad y desde el campo médico, la anorexia nerviosa se define como la “pérdida autoinducida de peso, provocada por una preocupación patológica por la forma del propio cuerpo” (Serrato, 2000, p. 21). Existen diferentes clasificaciones de anorexia nerviosa en función de la estrategia que se use para disminuir el peso, siendo las más comunes la Anorexia Nerviosa Restrictiva (ANR), cuando se logra la pérdida de peso mediante la limitación de la alimentación y en muchos de los casos se complementa con una gran actividad física, y la Anorexia Nerviosa Purgativa (ANP), en la que se realiza una dieta controlada al tiempo que se utilizan métodos purgativos para eliminar la alimentación ingerida. En el DSM-IV se especifican cuatro criterios básicos para el diagnóstico de la anorexia nerviosa: Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla; miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal; alteración de la percepción del peso o la silueta corporal (exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal) y en las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

En cuanto a la bulimia, el primer escrito sobre ello se atribuye a Séneca (Ad Marcian de Consolatione 40-45 d.C.), al describir un síntoma que se daba en sociedades opulentas como la romana: “vomitan para comer y comen para vomitar”. Los rasgos bulímicos no fueron relevantes a lo largo de la historia, hasta el siglo XVIII, cuando en Francia se empezó a hablar de “la boulimie” para describir un patrón de comida excesiva. A finales del siglo XIX se definió la bulimia como un episodio que se presentaba en algunos cuadros clínicos de anorexia, y ya en el siglo XX Boskind-Loahl (1976) escribió el primer artículo contemporáneo sobre este síndrome: *Una interpretación feminista de la anorexia nerviosa y la bulimia*, en el que describe a estudiantes universitarias con éxito, baja autoestima y sensibles al rechazo masculino. Esta autora utilizó el término “bulimarexia”, sugiriendo la relación entre atracón-purga y anorexia nerviosa. Aunque el término posteriormente fue desestimado, a través de este estudio se logró establecer una conexión entre ambas enfermedades. A finales de 1970 y comienzos de los años 80 se empezaron a reconocer a pacientes con síndrome bulímico en Reino Unido y EE. UU., y el psiquiatra Gerald Rusell publicó *Bulimia nerviosa*, estableciendo similitudes y diferencias entre la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa desde el marco clínico. Finalmente, en 1982 se incluyó la bulimia en el DSM-III.

Hoy en día la bulimia nerviosa se define como la “pérdida del control sobre la ingesta de comida, utilizando mecanismos de compensación y purgas para evitar el sobrepeso” (Serrato, 2000, p. 23). En estos casos el peso de la persona enferma suele estar dentro del rango normal, por lo que la detección del trastorno y el diagnóstico resultan más complicados. Como en el caso de la anorexia, en la bulimia también se distingue entre Bulimia Nerviosa Purgativa (BNP), en la que se producen purgaciones regulares tras la ingesta de comida, y la bulimia no purgativa, cuando se utilizan otros mecanismos compensatorios para lograr la pérdida de peso, como el ayuno o el ejercicio físico excesivo. En el DSM-IV constan cinco criterios para el diagnóstico de esta enfermedad: Presencia de atracones recurrentes; conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo); los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de

tres meses; la autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales y la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Aunque tanto para el diagnóstico de anorexia como el de bulimia deben cumplirse unos criterios médicos muy específicos, no todas las personas enfermas de TCA se adecuan a estos requisitos, haciendo que en ocasiones una persona no se pueda considerar anoréxica o bulímica, a pesar de sufrir los mismos trastornos clínicos y psicológicos. En estos casos la persona es diagnosticada de “Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado” (TCA-NE). También es común que un mismo sujeto fluctúe entre varios diagnósticos a lo largo del tiempo, es decir, una persona con un cuadro anoréxico puede sufrir episodios bulímicos, trastornos por atracón o salirse de la patología inicial, considerándose una persona con TCA-NE como una evolución normal de la enfermedad durante el tratamiento. En todos estos diagnósticos la enfermedad debe ser tratada del mismo modo, ya que la obsesión por la delgadez, la aversión/ atracción hacia la alimentación y los síntomas psicopatológicos son muy similares.

### **2.1.2- Identidad de las personas con TCA y su relación con el mundo**

A lo largo de estos últimos 30 años se han realizado numerosos estudios y ensayos en los que se pretendía localizar el origen y los desencadenantes de los TCA desde diversos campos: medicina, psiquiatría, la psicología (en especial desde corrientes psicoanalíticas), la antropología y la sociología.

A pesar no haber llegado a unas explicaciones concluyentes, tanto Garner y Garfinkel (1980), como Rosa Calvo Sagardoy (2002) señalan que para que se instaure el TCA en una persona es necesario que se dé una conjunción de factores predisponentes previos a la enfermedad, así como que la persona se encuentre en una situación vulnerable frente a acontecimientos de su entorno (factores precipitantes) y suele ser frecuente que la enfermedad se cronifique a causa de unos factores mantenedores.

Desde una perspectiva muy general, se puede comprender que los trastornos de alimentación consisten en un conjunto de experiencias vitales,

emocionales, cognitivas y psicológicas que desembocan en una serie de conductas con las que el sujeto trata de controlar su propio cuerpo, relacionándose con el entorno mediante su percepción corporal.

En la terminología clínica, la palabra *cuerpo* está ligada al estudio anatómico o fisiológico del mismo, desde un punto de vista objetivo. La *corporalidad*, en cambio, hace referencia a la experiencia vivida por el sujeto, desde una realidad fenomenológica y subjetiva. Las personas con TCA entienden el cuerpo como nexo entre la persona y el mundo exterior, convirtiéndose en el límite físico entre el “yo” y el Otro. Así, para estas personas, el éxito o el fracaso personal está directamente relacionado con el aspecto físico, ya que consideran la delgadez un signo de autocontrol y superación. Calvo (2002) relaciona los defectos corporales que atormentan a la persona con proyecciones de sus sentimientos internos, haciendo que se origine una distorsión perceptiva en la que la paciente inconscientemente desplaza su malestar intrapsíquico y lo focaliza en su propia imagen corporal. Por ello, en este trabajo se asumen los síntomas corporales y psicopatológicos de las personas con TCA como signo de un malestar psíquico que se manifiesta a través de la relación del sujeto con la alimentación y su obsesión por la delgadez.

Por otro lado, la necesidad de estas personas por controlar su cuerpo también se asocia con el miedo a la madurez, un síntoma muy presente en los cuadros clínicos de TCA. Frecuentemente, las personas con esta psicopatología muestran miedo ante la idea de convertirse en personas adultas, refugiándose en una regresión infantil y frenando el desarrollo corporal por medio del ayuno (Chinchilla, 1994; Calvo, 2002). Esto suele ocurrir en la adolescencia, cuando la persona comienza a desarrollar un TCA al no sentirse capaz de gestionar su propia vida como adulta. Simultáneamente y estando directamente relacionado, esa persona muestra una carencia de habilidades sociales y de recursos personales, evitando la toma de decisiones y la resolución de conflictos como se espera de una persona adulta, lo que genera una tendencia al aislamiento junto con una gran incapacidad de establecer nuevas relaciones. Como consecuencia, la persona con TCA comienza a sumirse en una dinámica en la que, a medida que el trastorno se intensifica,

aumenta la sensación de incomunicación, de ineficacia, inseguridad personal y baja autoestima.

Debido a la sensación de ineficacia y de dependencia hacia los demás, la persona con TCA necesita un apoyo constante de su entorno para sentir su valía. En contrapartida y con la intención de superar esa situación de sumisión, las personas enfermas de TCA frecuentemente responden de una forma reactiva en la que aparentan una excesiva independencia y autonomía (Gordon, 1994). Esto suele manifestarse en el marco académico y laboral, donde la persona con anorexia o bulimia destaca por su compromiso, responsabilidad, actividad y una inteligencia por encima de la media. Tienen unas grandes aspiraciones profesionales, convirtiéndose en unas personas muy ambiciosas respecto a sus propias metas y objetivos. El gran nivel de autoexigencia se debe a una sustitución de la búsqueda de placer (en la alimentación, la afectividad, etc.) por el logro de objetivos y metas personales (peso, reconocimiento académico y laboral, etc.), siendo estos últimos el medio con el que alcanzar cierta sensación de realización personal.

Respecto al logro de objetivos autoimpuestos, como especifica G. Serrato (2000), la dicotomía entre dependencia y autonomía suele repercutir de una forma distinta en la anorexia y en la bulimia. En el caso de la anorexia, la persona afectada establece una gran cantidad de objetivos hacia situaciones de la vida cotidiana y trata de cumplirlos con una elevada autoexigencia, lo que le permite evadirse momentáneamente de otros conflictos relacionados con la alimentación y la sensación de vacío interior. En este sentido, las metas autoimpuestas suelen ser desproporcionadas y poco realistas, por lo que las personas anoréxicas acaban habituándose al fracaso, a la decepción y a la frustración, disminuyendo aún más su nivel de autoestima. Por lo tanto, es frecuente que a medida que la persona presenta una patología anoréxica persistente en el tiempo, la sensación de fracaso e insatisfacción personal también se estabilice. El ayuno en estas personas es un signo de la necesidad de control del propio cuerpo (y de su propia vida), siendo capaces para ello de ignorar la sensación de hambre o de placer respecto a la alimentación. En cambio, en la bulimia, los objetivos suelen ser provisionales y buscan una satisfacción inmediata. Tanto la actitud frente a la alimentación como con las metas personales se rigen por la impulsividad, lo que aporta a la persona una

libertad momentánea, que seguidamente acarrea un sentimiento de frustración, culpa e incapacidad para la consecución de las expectativas hacia sí misma. Como afirma Gordon (1994), el atracón es un síntoma de ansiedad y de la imposibilidad de la persona para afrontar los propios conflictos, por lo que la posterior purga se convierte en la herramienta con la que volver a ejercer el control sobre sí misma y superar la sensación de culpa.

En resumen, los TCA representan una relación dual muy compleja entre vulnerabilidad y necesidad de control, las cuales se fomentan recíprocamente y provocan que la persona relacione directamente su malestar con su corporalidad. Calvo (2002) asume esta doble identidad (sumisión y búsqueda de autonomía) de las personas con TCA como un mismo patrón:

Su aparente obediencia y bondad son un acto de conformidad total a lo que la familia y la sociedad les piden. Ellas no opinan, ellas no discrepan, ellas callan, ellas ayudan, ellas sacan buenas notas, ellas hacen lo que se les pide, ellas pasan horas y horas trabajando... Su negación a comer es el único acto de rebeldía. (p. 28).

En la mayoría de los casos, el propio trastorno de alimentación suele estar acompañado de otros trastornos de personalidad que acentúan las conductas disfuncionales de estas personas, siendo los más frecuentes: trastorno de ansiedad crónica, carácter fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y esquizofrenia (Serrato, 2000). Estos trastornos conllevan a que las personas con TCA muestren conductas inmaduras, racionalización distorsionada de emociones y sensaciones, conductas perfeccionistas, éxito individual, perseverancia en el cumplimiento objetivos, rigidez en sus puntos de vista, actitudes excesivamente minuciosas, sensibles y reactivas, evitación fóbica, apatía, inhibición social, autoimagen negativa, inestabilidad emocional, subestimación de los propios logros, exageración de sus defectos, expectativas negativas hacia sí mismas, incapacidad para la toma de decisiones, autocríticas y autoculpabilización (Hekier y Miller, 1994; Calvo, 2002). También es frecuente que estas personas sufran un trastorno afectivo, lo cual suelen asociar a sentirse constantemente observadas y juzgadas por los demás, siendo muy susceptibles a las críticas (Serrato, 2000). Por último, los TCA se vinculan de una forma muy directa con la depresión, que en función de cada

persona puede surgir como un síntoma o como una enfermedad en sí misma (Polaino-Lorente, 1985).

En el caso de las personas que se encuentran en tratamiento por TCA la situación emocional resulta especialmente complicada, ya que el tomar conciencia de su enfermedad y pedir ayuda profesional implica un aumento de su sensación de fracaso, vulnerabilidad e incapacidad para conseguir las metas personales. Además, la superación de la enfermedad conlleva una pérdida de los beneficios secundarios que inconscientemente obtenía del TCA. A pesar de que el tratamiento terapéutico siempre trata de favorecer un estilo de vida saludable en el paciente, es comprensible la resistencia y recaídas que muestran los enfermos de TCA durante su recuperación, ya que ello implica dejar de lado los hábitos y las conductas mediante las que siempre se han relacionado con su entorno.

Para la persona adulta que desde su infancia o adolescencia ha aprendido a reconocerse ante el mundo a partir de las psicopatologías previamente mencionadas, el trastorno de alimentación forma parte de su personalidad y de su carácter. Vencer la enfermedad supone perder una parte importante de su identidad para encontrarse con algo desconocido, lo que para una persona con poca seguridad en sí misma resulta un proceso largo y complicado.

## 2. 2- PROCESO CREATIVO

### 2.2.1- Aspectos del proceso de creación y cualidades de la persona creadora

Existen numerosas teorías y estudios que comprenden la creación como la obra resultante de un ejercicio reservado para genios y artistas; a pesar de ello, lo que aquí se ha pretendido es enmarcar el proceso creativo como algo inherente al ser humano, atendiendo especialmente a los procesos emocionales y psíquicos implícitos en esta acción por encima del resultado artístico o estético derivado de ello.

Existen una gran variedad de connotaciones y conceptos que se vinculan al concepto de “crear”, cuyo origen etimológico se encuentra en *criar* (del lat. *creare*) y los diccionarios definen como “producir algo de la nada”, “establecer, fundar, introducir por vez primera algo; hacerlo nacer o darle vida, en sentido figurado” (RAE). Para los autores que a lo largo de la historia han profundizado en los aspectos creativos, ha sido necesario matizar ciertas concepciones directamente vinculadas con el proceso de crear. Así, Charles Verbalin (1980) lo explica como “el proceso de presentar ciertos problemas a la mente y originar una respuesta según líneas nuevas no convencionales (...). Por una combinación de elementos hasta entonces desconocidos para el sujeto, se logra algo diferente” (citado por Fiorini, 1995 p. 27). Ferrater Mora, en su *Diccionario de Filosofía* (2008), señala que crear es “la formación de algo a partir de una realidad preexistente, la transformación de lo posible en actual” (citado por Fiorini, 1995 p. 12.). Por último, Héctor Fiorini lo define de este modo: “crear es convocar tensiones y contradicciones, y darles formas nuevas a esas tensiones y a esas contradicciones, de modo que esas formas puedan albergarlas y hacerlas fecundas” (Fiorini, 1995, p. 28).

En cuanto al concepto creatividad, comprenderlo como la “capacidad de crear” lo limita a un plano muy superficial en el que se pierden una gran cantidad de aspectos relevantes. En las últimas décadas se han multiplicado los estudios que tratan de definir la creatividad desde un enfoque psicológico, algo que está resultando muy complicado dadas las infinitas variables que influyen en cada persona para que ésta sea capaz de crear. Varios autores han



optado por profundizar en este campo intentando localizar el origen de la capacidad creativa. Como ejemplo de ello, Drevdahl (1956) entiende la creatividad como combinaciones de información derivadas de la experiencia pasada y transferidas a nuevas situaciones; también especifica que el trabajo creativo debe ser útil o dirigido a un objetivo, no una mera fantasía. Autores como Mandler (1984) o Furth (1987) han intentado analizar la interacción que existe entre los factores cognitivos y afectivos, entendiendo la emoción como origen de la creación. Runco (1993), por su parte, apunta a la necesidad de adaptación de los individuos como motivación para utilizar las habilidades cognitivas de una manera creativa. Este autor plantea las conexiones entre emociones y proceso creador como el puente capaz de vincular estructuras generales y actuaciones creativas concretas (citado por Marty, 1999).

El uso de la creatividad como recurso aplicable a acciones específicas, implica todo un desarrollo de nociones cognitivas, emocionales y de relación con el contexto, es decir, la puesta en práctica del proceso creativo, por ello algunos autores han tratado de identificar las fases necesarias para llevar a cabo la creación. En este sentido, el arteterapeuta J. L. Sudres, reconoce en el proceso creativo una fase lógica, seguida de una fase intuitiva y una última fase crítica, mediante de las cuales el proceso creador conduce al sujeto a una especie de “exterioridad” respecto a sus inquietudes (citado por López & Martínez, 2006). Este proceso, para S. Strasser constaría de una fase preintencional (impresión vaga de una emoción y/o de un objeto mal identificado), una fase intencional (conexión con el objeto) y una fase postintencional (inmanencia del objeto). Así, a través de estas tres fases la persona creadora pasaría de un estado de preocupación interna hacia una apertura de la conciencia a los objetos, movimientos y emociones (citado por López & Martínez, 2006).

Hector Fiorini (1993), en su estudio sobre la pulsión creadora, explica que mediante los procesos terciarios, la persona es capaz de articular y distinguir los espacios de lo dado, lo imposible y lo posible, logrando con ello desorganizar las formas constituidas y trabajar por la reorganización de nuevas formas o nuevos sentidos, al tiempo que se confrontan la convergencia y la divergencia de los elementos, coexistiendo en ellos diferentes formas de temporalidad. Es decir, a través de los procesos terciarios, es posible

interpretar la realidad de una forma nueva para el sujeto, utilizando el pensamiento y la intuición en un juego creativo dónde no existe un espacio lógico ni un tiempo ordenado y a través del cual el creador es capaz de buscar nuevos significados más allá de la realidad previamente conocida. Para llegar a ello, Fiorini distingue cuatro fases: la de exploración (donde se desarman los objetos dados y se instala un caos creador, el vértigo, la experiencia de lo imposible, instaurándose el sujeto en un espacio de pérdida, de desidentificación); la fase de transformaciones, de producción de nuevas formas (sobre ese caos, se abre la posibilidad de construir nuevos objetos, nuevas formas y relaciones, constituir lo posible como alternativa a lo real, de hacer brotar una nueva realidad); la fase de culminación de esa etapa de búsqueda y la fase de separación, que se hace necesaria para continuar un destino de creación.

Profundizando sobre las características necesarias para que una persona pueda desarrollar este proceso y logre que la acción desemboque en un producto creativo, Sternberg (1988), Lubart (1997), Csikszentmihalyi (1998) y Gardner (1998) coinciden en que la creatividad es el resultado de utilizar los procesos corrientes del pensamiento de una fórmula particular, algo que, en principio, es factible para cualquier persona. M. Romo (1997) señala una serie de funciones cognitivas como la sensibilidad a los problemas, la búsqueda de la novedad, una actitud crítica, flexibilidad de pensamiento y originalidad en la búsqueda de las soluciones. Esta autora también considera necesarias ciertas características personales como una gran perseverancia ante los obstáculos, capacidad de asumir riesgos, tolerancia a la ambigüedad, apertura a la experiencia, autoconfianza, independencia y motivación de logro. En la misma línea, autores como Torrance (1977) y Cembranos (1997) proponen la motivación (tanto intrínseca como extrínseca) y la capacidad de reflexión y de cuestionarse a sí mismo como motor para la creatividad. En general, la mayoría de estudios sobre el proceso creativo coinciden en la necesidad de ciertos rasgos personales como la percepción, la flexibilidad, la intuición, el conocimiento, la actitud, la imaginación, las emociones y la disposición al cambio, así como la fantasía y la capacidad de relacionar elementos y conceptos de forma en la que sea posible crear nuevos vínculos (Guilford, 1963; Marty, 1999).

Csikszentmihalyi (1990) asume la personalidad creadora como un conjunto complejo en el que no hay espacio para la neutralidad o para el término medio, sino que el proceso creativo exige la capacidad de pasar de un extremo al otro cuando la ocasión lo requiere. Por ello, este autor distingue diez características duales sobre las cuales la persona fluctúa de una a otra durante el trabajo de creación, siendo éstas: energía física/reposo, inteligencia/ingenuidad, juego/disciplina, fantasía/sentido de la realidad, extraversión/introversión, humildad/orgullo, masculinidad/feminidad, rebeldía/conservación, pasión/objetividad y sufrimiento/placer. Esta idea de equilibrio y convergencia de opuestos, parte de la teoría de Maslow (1975) en la que el autor vincula la dimensión creativa con la autorrealización: "Ser creativo es una forma especial de estar en el mundo, la de la persona autorrealizada, una forma especial de carácter donde se conjugan, en un difícil equilibrio, la autoafirmación con el altruismo, el instinto con la razón, el placer con el deber, en una personalidad liberada, abierta a la experiencia, segura de sí misma y feliz". En la misma línea, el arteterapeuta F. J. Coll (2006) considera que el proceso de creación comienza en el momento que existe la voluntad de re-escribir algo, para lo que la persona creadora debe trabajar sobre una dimensión desafiante e inquietante, entre lo próximo y lo lejano, entre lo posible y lo deseado, entre la ilusión y lo novedoso, entre lo onírico y la consciencia.

En resumen, el proceso creativo es un trabajo introspectivo y de superación en el que se suceden varias fases mediante las que la persona creadora, tras sentir un impulso de avanzar en lo ya establecido, debe desestructurar lo asimilado, para así poder trabajar sobre un caos que permita crear nuevas redes entre conceptos, emociones, actuaciones y formas, y finalmente ser capaz de separarse de la obra, otorgándole una propia identidad. Para lograrlo, durante la creación la persona debe transitar entre conceptos confrontados entre sí (lo imaginado y lo real, dudas y soluciones alternativas, placer y frustración, contexto y subjetividad, cognición y emoción, etc.). Cuando la persona creadora es lo suficientemente flexible para integrar todos estos aspectos junto con las emociones que implica cada uno de ellos, el resultado es una producción novedosa (por lo menos para el autor), así como la realización personal al haber superado las limitaciones y frustraciones que el proceso creativo le ofrecía.

### **2.2.2- La creación desde una perspectiva terapéutica**

Para comprender el trabajo arteterapéutico como medio de desarrollo personal y de comunicación con el otro, resulta útil analizar ciertos aspectos que el proceso de creación inevitablemente exige y potencia en la persona creadora.

Como se ha mencionado previamente, la creación nace de la necesidad de hacer confluir conceptos y formas, a partir de las cuales el autor debe reelaborar lo ya conocido. Desde el encuadre arteterapéutico se utilizan las potencialidades de este proceso, facilitando un trabajo simbólico y metafórico, en el que el creador debe ponerse a prueba, cuestionarse a sí mismo, tomar decisiones, hacer converger ideas, errar, frustrarse, innovar, sorprenderse, asumir riesgos, experimentar, superarse y reflexionar. Para la construcción de su obra, el autor lleva cabo una “lucha” con el material en su intención de simbolizar(se), como señala el arteterapeuta J. P. Klein (2006): “la materia no es un mediador, sino un interlocutor que tiene su carácter, que se defiende, que exige” (p. 13). Por lo tanto, el resultado final no muestra únicamente las emociones o conceptos que el autor pretendía expresar, sino que mantiene la huella del trabajo acontecido durante la negociación con dichos materiales.

Coll (2006) explica que durante el proceso creativo se establece una comunicación interna: “las dudas, tensiones y preguntas hacen emerger un nuevo lugar en lo interno, un desplazamiento y una vacilación positiva en la manera de verse (...) El diálogo interno que se produce en la creación se ocupa de buscar otros espacios de extensión interna” (p.156). Esto permite una nueva visión del sujeto hacia sí mismo, habiéndose reconocido en la resolución creativa de los propios retos, con una sensación implícita de autosuperación. Simultáneamente, el proceso creativo le aporta a la persona una reorganización interna desde la salud mental, una autodeterminación (simbolizada de forma visible a través de su obra).

Con el objetivo de llevar a cabo la producción plástica, el creador se pone a prueba a sí mismo para ser capaz de dominar los materiales y utilizarlos como vehículo con el que proyectar sus emociones. Klein (2006) define el proceso arteterapéutico como una manera de hablar de sí sin decir “yo”, una simbolización acompañada, un trabajo sutil que toma nuestras vulnerabilidades

como material y permite al sujeto re-crearse a sí mismo. Para posibilitar la recreación de aspectos intrasubjetivos, López (2006) señala que “la función primera del arteterapia será, primero, llevar a la persona a un estado de apertura y confianza en sí y en el espacio terapéutico, hacia la flexibilidad y la tolerancia hacia sí misma y hacia los demás, hacia la capacidad de arriesgarse” (p. 31). Así, la persona será capaz de situarse en un espacio de pérdida de lo conocido y al mismo tiempo de disponibilidad hacia lo nuevo.

Desde el campo arteterapéutico, la obra plástica es entendida como una materialización del estado intrapsíquico y emocional de su autor en un objeto tangible. Por lo tanto, la producción artística es uno de los elementos claves de la relación arteterapéutica, conformada sobre un vínculo triangular entre autor, obra y arteterapeuta. De este modo el arteterapeuta debe ser capaz de reconocer al autor en la creación, y al mismo tiempo, el autor debe ser capaz de mostrar una parte de sí mismo a través de su obra, conociéndose durante su trabajo creativo y reconociéndose en su simbolización plástica. En este sentido, elaborar la obra implica un trabajo de la persona sobre sí misma, y a la vez, conlleva la capacidad de mostrarse ante el otro, tanto desde las emociones expresadas en la creación como desde la experiencia vivida durante su propio proceso.

En el caso del trabajo arteterapéutico con pacientes en tratamiento por TCA, las investigaciones realizadas hasta el momento, a pesar de no ser muchas, muestran unos resultados muy positivos. Waller (1994) afirma que la producción arteterapéutica posibilita a las pacientes acceder a constructos intrapsíquicos y a expresar sus sentimientos, más allá de aspectos relacionados con la alimentación (citado por Gilroy, 2012). Schaverien (1994) profundiza más en esta teoría, explicando que lo que en un principio son representaciones inconscientes a través de la alimentación, pueden convertirse en representaciones conscientes a través del proceso creativo. Así, cuando esto ocurre, es posible desarrollar la capacidad de simbolización y de relación con el otro, ya que la elaboración plástica ofrece un medio con el que la relación puede asentarse, primero con uno mismo y luego con el otro, permitiéndole a la persona distanciarse de la preocupación por la comida y desarrollar recursos creativos (citado por Gilroy, 2012).

En cuanto a los procesos psicológicos durante la creación, Revia-Hanauer (2003) identifica seis conflictos que caracterizan la anorexia nerviosa: resistencia y atracción hacia el arte, la creación y la destrucción del objeto artístico, el deseo de ser cuidadas y su incapacidad para expresar ese deseo, dependencia y autonomía, el desarrollo de la sexualidad e identidad femenina y el rechazo de ello, y la necesidad de control junto con la falta de control. Además, añade que el proceso creativo en sí desenmascara y muestra estos conflictos de una forma observable, reduciéndolos y posibilitando la negociación con ellos de una manera manejable, concreta y no intrusiva a través del proceso y la producción artística.

Levels (1995) sugiere que la forma de usar las creaciones artísticas se vuelve particularmente significativa ya que éstas ofrecen un *feedback* visual a la paciente, reflejando las proyecciones rechazadas de una forma menos amenazadora y más asimilable. Del mismo modo J. Burton (2003) entiende las obras plásticas como un registro de lo ocurrido a lo largo de las sesiones, facilitando que sean las mismas pacientes las que puedan evidenciar su progreso de una forma tangible y evitando así que el peso sea el único factor con el que evaluar la evolución del tratamiento.

Es evidente que el trabajo arteterapéutico es beneficioso para las personas con TCA desde varios puntos de vista, ya que favorece que éstas logren ser conscientes de sus emociones y conductas a través de su propia experiencia y desde un lenguaje metafórico, para que posteriormente cada una pueda reflexionar e integrar lo vivido en su propio autoconcepto. A pesar de ello, tras analizar los rasgos de personalidad y la situación emocional de estas personas, es posible comprender la dificultad que supone para ellas llevar a la práctica un proceso creativo en el que sean capaces de crear una obra propia, superando lo ya conocido y dejando de lado las estructuras psicopatológicas con las que acostumbran a actuar, para así poder reconocerse dentro de unas nuevas posibilidades y recursos personales.

---

## **PARTE II: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ARTETERAPIA Y TCA**

---

### **3- METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1- Diseño metodológico de la investigación**

Para establecer los resultados de este trabajo, se ha recurrido a un estudio de caso instrumental, con el que se pretende llegar a unos objetivos de investigación específicos a partir del análisis del proceso creativo de personas diagnosticadas de TCA a lo largo de un programa de arteterapia. Stake (1998) señala que este tipo de investigación es útil a la hora de indagar en un fenómeno o población concreta. Gilroy (2006) añade que el estudio de caso permite aunar análisis cualitativos y cuantitativos, así como integrar diferentes puntos de vista sobre un mismo tema (del equipo multidisciplinar, de los propios pacientes o el trabajo clínico de otros profesionales ajenos al caso). Para ello es necesario un objetivo concreto al que llegar a través de un registro y estudio sistemático del desarrollo de los acontecimientos. Por último Gilroy señala que a pesar de que la validación del estudio de caso es interno, ya que no es generalizable a otros contextos, puede ayudar a corroborar o contrastar otras investigaciones sobre el mismo tema.

El análisis de los datos se enmarca en un plano descriptivo (en el que se pretende de explicar lo observado) e interpretativo (tratando de comprender el “por qué” de los hechos). Al centrarnos en el desarrollo de ciertos procesos psicológicos y emocionales, el registro y análisis de los mismos es de carácter cualitativo. Por otro lado, en el estudio de los resultados se enfatiza una perspectiva fenomenológica, describiendo el desarrollo emocional experimentado por las participantes del proyecto desde su percepción subjetiva del proceso creativo.

#### **3.2- Contextualización del ámbito de estudio**

Los resultados que se aportan en este estudio de caso parten de las sesiones de arteterapia que se han llevado a cabo durante seis meses (octubre

2012-marzo 2013) en el hospital de día de la Unidad de Trastornos Médicos Psicológicos de Madrid (UTMPM), especializada en anorexia y bulimia. En este centro se ofrece un tratamiento intensivo para pacientes con anorexias de larga evolución, con recaídas reiteradas, resistentes al tratamiento ambulatorio (un año sin evolución) o con recaídas post-hospitalización; pacientes con bulimias persistentes y multi-impulsivas (cleptomanía, autolesiones, abuso de alcohol, etc.); pacientes purgobulímicas (con conductas purgativas y atracones); pacientes con comorbilidades (trastornos de personalidad asociados, ansiedad y/o depresión) y pacientes con trastorno de alimentación atípicos.

Todas las personas que acuden a este centro están en tratamiento de forma voluntaria y asisten al programa de arteterapia por iniciativa propia. En total, en este proyecto han participado 10 pacientes, todas ellas mujeres<sup>2</sup> adultas, de entre 19 y 41 años, estando la mayoría de ellas alrededor de los 30 años. A pesar de asistir diariamente al hospital de día, paralelamente cinco de ellas estudian, otras cuatro trabajan y otra se encuentra inhabilitada para trabajar por razones médicas. En general, todas tienen un nivel socio económico medio-alto y muestran un grado intelectual y cultural muy elevado. Por otro lado, la mayoría de ellas provienen de contextos familiares desestructurados y complicados, habiendo vivido diversas experiencias conflictivas en la infancia y/o en la adolescencia.

En cuanto al diagnóstico, nos encontramos ante un grupo formado por dos personas con ANR, otras dos con ANP, una con BNP, cuatro con TCA-NE y una con trastorno por atracón. A pesar de ello en este estudio no se hace una distinción sobre el tipo de TCA, ya que se comprende que el proceso creativo y su desarrollo están más vinculados a la personalidad y a la situación emocional de cada paciente que al tipo de diagnóstico clínico. Por el contrario, los trastornos de personalidad asociados que muestra la exploración psicométrica de estas pacientes sí cobran relevancia durante el trabajo plástico, siendo los rasgos más comunes en este grupo: autoestima media-baja, ansiedad, depresión, tendencia a la perfección, alto grado de autoexigencia, baja tolerancia a la frustración, insatisfacción personal, trastorno obsesivo-compulsivo, desconfianza interpersonal, dificultades para la socialización y en

---

<sup>2</sup> Dado que todas las personas participantes en este proyecto son mujeres, en el texto siempre se hará referencia a las pacientes en femenino.



algunos casos concretos rasgos evitativos, dependientes, histriónicos, esquizoides y trastorno límite de la personalidad.

El periodo de participación de cada paciente en el programa de arteterapia ha dependido de su evolución en el tratamiento global. Así, en función de las altas y bajas de las pacientes en el hospital, el número de participantes en el grupo ha variado durante los seis meses. Se ofrecían sesiones de arteterapia dos veces por semana, con una media de 4 pacientes por sesión. De ese modo, a lo largo del programa, se han realizado 141 asistencias clínicas (paciente/ sesión). Los resultados que se muestran en este estudio parten de la observación y el análisis de los procesos creativos que las pacientes han llevado a cabo durante esas sesiones, por lo que para mantener el anonimato se utilizarán iniciales ficticias al hablar de cada una de ellas.

### **3.3- Función de los arteterapeutas dentro de la investigación**

Como se ha señalado, el proceso creativo analizado en este trabajo se desarrolla dentro de un encuadre arteterapéutico, cuyo programa ha sido diseñado y llevado a cabo por dos arteterapeutas en prácticas<sup>3</sup>. Dado que la relación arteterapéutica se basa en un vínculo triangular formado por el paciente, la obra y el arteterapeuta, resulta inevitable asumir el papel de los arteterapeutas como parte una parte activa del proceso creativo de las pacientes.

La fundamentación metodológica para el diseño del programa se estableció sobre unos objetivos enfocados hacia los rasgos de personalidad disfuncionales mencionados en el apartado anterior y siendo conscientes de que las pacientes estaban habituadas a un tipo de psicoterapia verbal con un enfoque cognitivo-conductual. Por ello, se optó por comenzar con unas sesiones más directivas en las que las pacientes pudiesen sentirse cómodas sin la necesidad de tomar muchas decisiones y simplemente se dedicasen a asimilar la nueva forma de trabajo que se les proponía. A medida que fueron comprendiendo el encuadre arteterapéutico, las consignas que se les proponían eran más ambiguas y abstractas en cada sesión, con el fin de que

---

<sup>3</sup> Alejandro Robles de la Vega y Estibaliz Gutiérrez Ajamil, autora de este estudio.

las pacientes pudiesen abordar el proceso creativo desde sus necesidades personales, hasta llegar a una dinámica de trabajo en la que tanto la elección del tema como de los materiales eran libres para que cada persona fuese capaz de desarrollar su propio proceso y estilo creativo.

Durante las sesiones, la función de los arteterapeutas consistió, por un lado, en promover y acompañar el proceso creativo de las pacientes dentro del grupo y, por otro, durante la puesta en común que cada paciente hacía sobre su obra, favorecer la introspección y la reflexión personal. Asimismo, resultó necesario sostener y enfocar de una forma constructiva las emociones sobre las que las pacientes tomaban consciencia tras analizar su propio proceso creativo.

El hecho de haber formado parte activa de los procesos creativos que aquí se estudian, favorece una mayor comprensión del trabajo realizado en cada una de las obras, así como de las simbolizaciones proyectadas y de la situación personal de su autora en el momento de creación. En contrapartida, la doble función arteterapeuta-investigadora conlleva una revisión más rigurosa de los resultados expuestos así como una triangulación fundamentada de ellos.

### **3.4- Instrumentos de registro y evaluación**

Para poder analizar los resultados del proceso creativo de una forma global, ha sido necesario previamente comprender la evolución de cada una de las participantes y así posteriormente se han podido comprobar los aspectos comunes en el grupo. Los datos y hechos analizados en este estudio parten de las observaciones realizadas a lo largo de los seis meses, registradas mediante los siguientes instrumentos que han posibilitado contrastar dicha información:

- Diario de campo, en el que se recogen a lo largo del programa ideas que puedan aportar nuevos puntos de vista sobre la intervención y la investigación. Así, en este diario se incluyen:
  - 1) Aspectos relevantes de las historias clínicas de las pacientes que puedan repercutir o ser tratados transversalmente en el proceso creativo. Se cuenta con el resultado de la exploración psicométrica y diagnóstico clínico en los que se especifica la

situación de cada una de las pacientes antes de la intervención de arteterapia, a través de tests estandarizados<sup>4</sup> con los que las psicólogas y el psiquiatra del centro evalúan y diagnostican a cada paciente.

- 2) Aportaciones y sugerencias recibidas en las reuniones periódicas con las psicólogas y el psiquiatra para conocer la evolución del tratamiento global de cada una de las pacientes.
  - 3) Observaciones relevantes durante las sesiones. Acontecimientos imprevistos que puedan ser importantes para la investigación o para futuras sesiones.
  - 4) Aportaciones de profesionales externos que puedan ser de ayuda para la intervención (supervisiones, tutorías, conferencias, bibliografía...).
- Registro fotográfico y audiovisual de las obras, habiendo pedido previamente permiso a cada una de las participantes, y ofreciendo total libertad en cada sesión para decidir si quieren que su obra sea fotografiada o no.
  - Registros de la sesión, a partir de los cuales se extrae la información para el análisis global del proceso creativo de las personas con TCA. A lo largo de los seis meses se han completado dos tipos de registro por paciente después de cada sesión:
    - 1) Plantilla para evaluar lo observado durante la sesión: El registro se hace de forma conjunta entre los dos arteterapeutas a modo de triangulación, contrastando los puntos de vista de ambos. En este registro se evalúan ciertos ítems relacionados con el proceso de creación, el vínculo de la paciente hacia su propia obra y la interacción de la paciente con el resto del grupo (Anexo 4).
    - 2) Plantilla de diseño propio en la que se transcribe lo verbalizado por cada paciente durante la puesta común con el grupo: En este registro se aborda un análisis formal de cada obra, se especifica la interpretación de la paciente sobre su propio proceso creativo a

---

<sup>4</sup> Escala de Rosenberg (autoestima); Beck Depression Inventory; S-R Inventory of General Trait Anxiousness; Eating Disorders Inventory; MCMI- 2 (Test de personalidad de Milon) y DSM- IV (clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría).

través de varios ítems y se transcribe la elaboración verbal sobre el proceso y la obra, con el fin de poder contrastarlo con la percepción de los arteterapeutas (Anexo 5).

- Encuesta por escrito de las pacientes sobre su experiencia durante las sesiones de arteterapia. La encuesta se pasó al terminar el proyecto de intervención a las seis pacientes que se encontraban en tratamiento en ese momento y cinco de ellas la contestaron voluntariamente. En esta encuesta se pretende comprender el punto de vista de las pacientes sobre lo ocurrido en las sesiones, analizando varios aspectos del encuadre y buscando una reflexión por parte de cada paciente acerca de su evolución personal a lo largo de estos meses de intervención (Anexo 8).
- Elaboración de una triangulación en la que se pretende abordar lo analizado en este estudio de caso desde una perspectiva más amplia. Para ello, se ha optado por comparar los resultados de esta investigación con otras intervenciones de arteterapia con pacientes en tratamiento por TCA, para posteriormente comprender qué factores se han dado únicamente en este grupo y cuáles podrían ser extrapolables al colectivo de personas con TCA. De este modo, se han llevado a cabo dos tipos de análisis comparativos:
  - 1- Comparación de las conclusiones de este estudio (sobre el grupo de pacientes con TCA del hospital de día de la UTMPM) con los resultados de otros proyectos de arteterapia con pacientes de características similares. Para ello ha pedido a dos arteterapeutas con experiencia en este colectivo que comparen los resultados del análisis que se ofrece en este trabajo con lo sucedido en sus respectivos grupos. Las arteterapeutas que voluntariamente se han ofrecido a realizar este estudio comparativo son Ana María Cabrera Manso desde su trabajo en el Hospital General Universitario de Ciudad Real y María Ángeles Alonso Garrido a través de su experiencia en el Instituto Centta (Madrid).
  - 2- Comparación de los resultados de esta investigación con otras publicaciones de estudios sobre arteterapia y TCA.

#### 4- RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Para poder analizar la evolución del proceso creativo de las personas con TCA, ha sido necesario tener en cuenta la contraposición de los procesos psicológicos y emocionales que se muestran en la siguiente tabla. En ella, se incluyen las conductas tipo de las personas con TCA en la columna de la izquierda, mientras que en la columna derecha se recogen las condiciones necesarias para llevar a cabo el proceso creativo:

<b>Procesos psicológicos y emocionales en personas diagnosticadas de TCA</b>	<b>Procesos psicológicos y emocionales para el trabajo creativo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rigidez respecto a los puntos de vista y actuación a partir de estructuras cognitivas muy racionalizadas.</li> <li>- Necesidad patológica de control y miedo ante las propuestas de cambio.</li> <li>- Alto nivel de autoexigencia: metas personales desproporcionadas y poco realistas. Gran ambición respecto a los propios objetivos.</li> <li>- Carencia de capacidad crítica y asertiva. Dependencia y necesidad de agradar.</li> <li>- Baja tolerancia a la frustración. Ansiedad ante el error y miedo constante a ser juzgadas.</li> <li>- Frente al trabajo personal: aparente autonomía, conductas perfeccionistas, perseverancia en el cumplimiento de objetivos.</li> <li>- Autoconcepto negativo: sensación constante de vacío interior, incomunicación, ineficacia, inseguridad personal, baja autoestima, subestimación de los propios logros, exageración de los defectos y expectativas negativas hacia una misma.</li> <li>- Evitación fóbica ante la toma de decisiones y la resolución de conflictos. Anticipación obsesiva de acontecimientos catastrofistas.</li> <li>- Inestabilidad emocional: actitudes ambivalentes, sensibles y reactivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibilidad y pensamiento divergente.</li> <li>- Perseverancia ante los obstáculos, capacidad de asumir riesgos, tolerancia a la ambigüedad y a la incertidumbre, apertura a la experiencia, autoconfianza y motivación de logro.</li> <li>- Búsqueda de la novedad, de la autosuperación y realización personal.</li> <li>- Actitud crítica, capacidad de reflexión y de cuestionarse a sí mismo.</li> <li>- Acción a partir de sensaciones, emociones y experiencias personales.</li> <li>- Uso de ciertos rasgos personales: percepción, intuición, actitud, imaginación, emociones y disposición al cambio.</li> <li>- Capacidad de relacionar elementos y conceptos de forma en la que sea posible crear nuevos vínculos. Reelaboración de lo ya conocido.</li> <li>- Búsqueda de nuevos discursos y recursos personales para la resolución de conflictos y la expresión plástica.</li> <li>- Constante transformación, ajuste y exploración técnica, matérica y cognitiva. Diálogo y negociación con los materiales y sus propiedades técnicas.</li> <li>- Equilibrio entre disciplina y juego, rigor y placer.</li> </ul>

Fig. 1. Tabla comparativa de los procesos psicológicos y emocionales.

En este estudio se toman como referencia los procesos psicológicos y emocionales registrados durante las sesiones de arteterapia de la UTMPM, así como el análisis formal de las 164 obras producidas por las pacientes a lo largo del programa. Tras comprender la evolución vivida por cada una de estas personas, se ha procedido a concretar los aspectos comunes a todas ellas, excluyendo así las excepciones observadas en casos puntuales y logrando identificar las conductas recurrentes en el grupo.

Una vez comparadas las características comunes de las producciones plásticas y reconocidas las pautas habituales en el grupo, se ha observado una gran similitud en la evolución de la mayoría de las pacientes respecto a su proceso creativo. De ese modo, se ha logrado comprender la relación existente entre el proceso creativo y la obra resultante en cada sesión. Además, ha sido posible distinguir tres etapas consecutivas que indican el desarrollo del grupo a lo largo del programa de arteterapia. Estas etapas se han hecho visibles a través del tipo de obra producida, por lo que cada una de ellas se puede definir y denominar por las características de sus producciones plásticas:

- Primera etapa: Imágenes simbólicas estereotipadas.
- Segunda etapa: Obra autobiográfica (narrativa-figurativa)
- Tercera etapa: Hacia la abstracción y el trabajo experiencial.

Es preciso aclarar que la transición a lo largo de estas etapas ha variado en función de cada paciente, resultando un trabajo gradual y progresivo para el que cada persona ha necesitado un tiempo diferente. También es necesario especificar que algunas de las pacientes se han quedado en la primera o segunda etapa, dependiendo de los meses de trabajo y su asistencia al programa de arteterapia durante el ingreso hospitalario.

A continuación se muestra la evolución vivida por las pacientes en tratamiento por TCA respecto a su proceso creativo, a partir del análisis de las pautas de trabajo así como de su reflejo en el resultado plástico:

## **ETAPA 1: IMÁGENES SIMBÓLICAS ESTEREOTIPADAS**

### **Proceso creativo**

Las primeras obras de las pacientes en las sesiones consisten en una producción sistemática de imágenes estereotipadas sin una conexión específica entre ellas. En la mayoría de los casos nos encontramos ante unos símbolos universales y trabajados con un estilo infantil (estrellas, corazones, soles, figuras antropomórficas, caras sonrientes, animales, etc.).

Esas imágenes son el resultado de un proceso creativo en el que prima la inseguridad hacia el trabajo plástico y la necesidad de control sobre la creación. Por esta razón, las pacientes tratan de reproducir constantemente unos símbolos conocidos y dominados por ellas y, a pesar de utilizar en todas las sesiones las mismas imágenes (flores, casas, signos de interrogación, etc.), en cada obra pretenden transmitir una idea diferente a la anterior (emociones hacia el grupo, hacia ellas mismas, etc.). Este tipo de obra muestra la intención del grupo de expresar ideas, junto con una limitación pictórica en la que solo se permiten representar imágenes que les aporten seguridad y puedan controlar, dibujando insistentemente elementos ya trabajados por ellas con anterioridad, en su etapa escolar.

Tanto durante el proceso creativo como en la explicación verbal de sus obras, todas las pacientes manifiestan un elevado nivel de autoexigencia y, al mismo tiempo unas expectativas muy negativas hacia su propio trabajo. Es habitual que comiencen cada sesión afirmando “yo no sé dibujar”; durante el proceso de creación trabajan mostrando una gran tensión corporal y de vez en cuando hacen comentarios hacia el grupo en los que se descalifican y critican a sí mismas, con el objetivo de evidenciar sus errores en la obra y al mismo tiempo romper el silencio que se vive en el taller. Finalmente, en la puesta en común, exponen su obra ante el grupo con vergüenza, justificándose y llegando a insultarse a sí mismas. Durante la exposición verbal en ningún caso dan importancia al proceso, dependiendo la realización personal únicamente del resultado estético, lo cual, en la mayoría de las ocasiones y según su propio criterio, suele ser desfavorable.

En esta primera etapa la obra se convierte en el recurso con el que agradar a los arteterapeutas. Las pacientes trabajan por lograr un vínculo terapéutico en el que predomina la dependencia y la sumisión, tratando siempre de cumplir unas expectativas autoimpuestas por ellas mismas, lo que provoca que intenten realizar constantemente una obra de una calidad estética determinada y con contenido simbólico. Para las pacientes, el objetivo del proceso creativo consiste en conseguir una producción con la que los arteterapeutas queden conformes, careciendo de una motivación personal y sin mostrar ningún vínculo positivo hacia a su creación. Por este motivo, las pacientes se resisten a denominar “obra” a su producción, ya que no consideran que la calidad sea suficiente para considerarla así, y no comprenden la razón por las que esas obras deban registrarse ni guardarse. M. T., en una de las sesiones en las que se dedica a criticar continuamente su trabajo, concluye: “yo si estuviese en mi casa la tiraría, pero como para vosotros las obras son importantes, si queréis guardarla, guardadla, y si no la tiráis, no me importa”. Durante el proceso de creación, por miedo a ser juzgadas, las pacientes se esfuerzan por desempeñar estrictamente las consignas propuestas por los arteterapeutas, evitando en todo momento experimentar con los materiales o buscar unas estrategias de trabajo propias. Cuando alguna de ellas tiene dudas o se muestra bloqueada, recurre a imitar a sus compañeras, por lo que el resultado es una serie de producciones muy homogéneas por parte de todo el grupo, en el que el trabajo de ninguna de las pacientes destaca sobre el resto.

Por otro lado, todas afirman que les resulta más cómodo expresarse verbalmente que a través de los materiales, por lo que en la puesta en común agradecen poder compartir sus frustraciones con el grupo, sintiéndose reflejadas ante los problemas que han vivido sus compañeras. Los temas que se repiten en los momentos de verbalización son la insatisfacción personal que han experimentado al no llevar a cabo la obra que habían ideado, la baja calidad estética de sus obras, la dificultad para la toma de decisiones y la ansiedad que les produce tener que elegir entre los materiales que se les ofrecen. También muestran una preferencia por los trabajos colectivos ante los individuales, ya que se sienten menos presionadas respecto a sus expectativas personales durante el proceso y más realizadas con el resultado.



### Análisis de la obra<sup>5</sup>

El proceso creativo de esta primera etapa tiene como resultado un tipo de obra formada por figuras aisladas entre sí, en una composición similar a un pictograma. Cada elemento de la obra responde a una idea racional y concreta que la autora desea manifestar al grupo. Como ejemplo, se recoge la explicación de M. T. sobre una de sus obras: “En el hospital de día somos como estas flores, algunas más abiertas y otras más cerradas como yo. Y aquí he puesto unas estrellas, que son los profesionales a quienes tenemos que seguir”.

La mayoría de las producciones son figurativas y predomina, siempre que el material lo permita, el uso de colores planos y vivos, que generalmente las pacientes usan para hablar de temas positivos y optimistas. También es frecuente, al no sentirse seguras de su capacidad de expresión plástica, que introduzcan texto en sus composiciones con la intención de dejar constancia de la idea que querían transmitir en su obra y no dar pie a interpretaciones erróneas por parte del receptor. El texto suele consistir en palabras o frases aisladas que acompañan a los símbolos dibujados, siendo las más comunes palabras de ánimo hacia sí mismas o hacia el grupo, nombres propios (de lugares, personas y mascotas) y la palabra “yo”.

En cuanto a la elección de los materiales, tienden a usar técnicas secas (pinturas, rotulador, carboncillo y pastel) y collage, en especial cuando consideran que su capacidad pictórica no les permite dibujar la idea que pretenden transmitir. Por el contrario, manifiestan una gran frustración ante la imposibilidad de dominar la tinta y la construcción tridimensional.

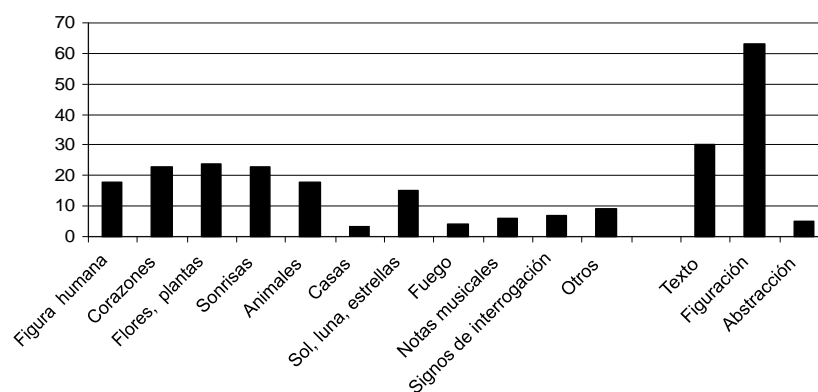


Fig. 2. Gráfico de la Etapa 1: Símbolos estereotipados<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Ejemplo de las imágenes en el anexo 1.

<sup>6</sup> Tabla de frecuencia sobre un total de 68 obras.

## **ETAPA 2: OBRA AUTOBIOGRÁFICA (NARRATIVA-FIGURATIVA)**

### **Proceso creativo**

A medida que las pacientes comienzan a confiar en sus capacidades creativas su imaginario aumenta y se diversifica, logrando una mayor variedad de temas y de representaciones de los mismos en las obras. Por ello, empiezan a ser conscientes de las diferencias de estilo dentro del grupo, derivado de las inquietudes de cada persona para idear su obra, así como de la forma en que cada una elige y utiliza los materiales.

A pesar de ello, el sistema de trabajo en el grupo continua siendo racional, controlado y sistemático. En todas las pacientes se observa un mismo patrón, en el que, de manera individual, primero reflexionan sobre el concepto que quieren representar; posteriormente deciden los elementos figurativos necesarios para transmitir su idea y, por último, eligen los materiales más apropiados para trabajar dichos elementos. Afirman que les provoca ansiedad situarse frente al papel en blanco y es habitual que realicen bocetos (pruebas de dibujo o de técnica) y borradores (escritura de los conceptos que desean representar) previos a la obra definitiva. Con esa pauta de trabajo logran expresarse manteniendo el control de la situación, sin permitirse realizar un trabajo más emocional o experimental y mostrando al grupo únicamente lo que ellas deciden en cada sesión.

En esta etapa se mantiene la búsqueda de una obra simbólica y significativa, junto con unas conductas muy perfeccionistas. Durante el proceso de creación las pacientes tienden a justificarse constantemente (respecto a sus ideas, errores, intenciones, inseguridades, dudas, limitaciones, etc.) y frecuentemente se muestran bloqueadas. Resulta un hecho especialmente frustrante para ellas que en el taller no dispongan de goma de borrar, ya que en muchas ocasiones se ven obligadas a improvisar, provocando una resignificación constante de cada elemento pictórico para que la idea inicial siga estando presente en el resultado. Por otro lado, mientras se dedican a trabajar individualmente, mantienen conversaciones sobre temas ajenos a la sesión y piden música, afirmando que les incomoda estar en silencio.

En la puesta en común es habitual que expliquen el objetivo inicial de la obra, así como el esfuerzo realizado por dominar las imágenes y los materiales para poder expresar su idea. Se observa que la realización personal de las pacientes respecto a su trabajo continúa consistiendo en lograr transmitir conceptos concretos con un resultado estético, por lo que generalmente la modificación constante de las imágenes provoca en ellas una sensación ambigua de superación (durante el proceso) y decepción (respecto al resultado). I. A. comenta en una ocasión “el trabajo creativo es un ejercicio de paciencia y de tolerancia a la frustración, y yo tengo muy poco de las dos cosas”. No obstante, en esta etapa son capaces de pedir consejo a sus compañeras y de preguntar sobre aspectos técnicos acerca de los materiales a los arteterapeutas, mostrando más seguridad en sí mismas. Del mismo modo, los motivos pictóricos que las pacientes plasman en sus obras pueden interpretarse como una necesidad de justificar su situación actual (el ingreso en el hospital de día). Los temas representados en su obra muestran un aumento de confianza hacia el grupo y los arteterapeutas y hace que las pacientes asuman su obra como una producción muy personal que debe cuidarse y guardarse.

## Análisis de la obra<sup>7</sup>

Durante esta etapa los elementos de las obras siguen siendo principalmente figurativos, pero se encuentran dentro de una composición elaborada y trabajada, en la que cada figura forma parte de una idea global. En las obras predominan los temas autobiográficos, que en ocasiones expresan las emociones de las pacientes durante ese día y otras veces las obras hablan de proyectos futuros (metas, proyecciones, intenciones de cambio). Habitualmente pretenden expresar las emociones y sensaciones que viven en su vida cotidiana (vacío, soledad, miedo, confusión, desesperanza, introversión, etc.) y su situación afectiva (hacia sus parejas, familiares y amigos, o la ausencia de estos). Para ello, las pacientes tienden a dibujar toda la composición a lápiz, y completarla con acrílico, acuarela o pastel. También se observa que muestran preferencia por el trabajo bidimensional, aunque en ocasiones concretas optan por trabajar sobre objetos tridimensionales.

En esta etapa resulta recurrente como tema principal el TCA, que cada paciente lo expresa de una forma diferente. En general, el símbolo más utilizado en el grupo para hablar de la enfermedad es la espiral, la cual varias pacientes dibujan en sus obras para representar su sensación de pérdida, de incapacidad para salir del trastorno, entendiendo la enfermedad como un laberinto que crece sobre sí mismo y del cual cada vez resulta más difícil salir. D. I. en una ocasión adhiere tiras de velcro sobre una figura humana y explica: “la anorexia es algo pegajoso que te envuelve y no deja que te muevas. La cabeza te va como una tortuga”. En otra sesión I. A. dibuja una esvástica sobre la silueta con la que se representa a sí misma, definiendo así la bulimia: “hay un nazi dentro de mí”. Otras imágenes habituales son personajes ficticios (en muchos casos monstruos), figuras abstractas sobre paisajes inventados y formas antropomórficas (que representan a la propia paciente, a sus familiares y amigos).

---

<sup>7</sup> Ejemplo de las imágenes en el anexo 2.

El texto continúa siendo un elemento de gran importancia en la obra; como ejemplo de ello M. C., tras realizar una composición formada por una serie de dibujos que ella denomina “compartimentos estancos” en los que representa cada uno de los factores desencadenantes de su anorexia, decide escribir una reflexión al respecto en el reverso de la obra, para posteriormente leérselo al grupo durante la puesta en común:

“Se metían conmigo, me pegaban, me llamaban fea, gorda, retrasada. No se sentaban conmigo porque decían que les daba asco y yo andaba por los jardines hablando sola. Lloraba y lloraba diciendo que me quería morir y solo recibía un mensaje: “son cosas tuyas, las cosas no son así”. Aprendí a dejar de llorar y con ello a dejar de sentir. Y ahora se me ha olvidado como hacerlo. Se me ha olvidado cómo protegerme si no es encogiéndome como los niños, cómo es sentir dolor o sentir enfado y no preguntarme si será real o será cosa mía. Se me ha olvidado cómo es vivir sin destruirme y cómo es llorar hasta que quiera y no hasta que venga el miedo a no poder soportarlo.

Sé que no lo hicisteis queriendo, pero lo hicisteis, y ahora la que se queda sola soy yo, porque por más que lo intente, no lo entendéis y quizás no consiste ya en empeñarme en que lo hagáis.

No lo hicisteis queriendo pero lo hicisteis, y no es justo que yo me culpe por ello, ni que me avergüence por ello. No es justo que viva con ello”.

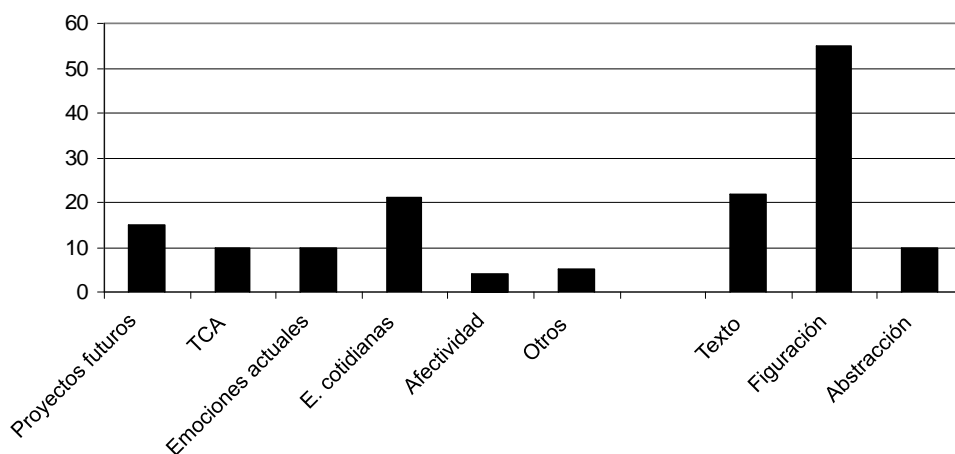


Fig. 3. Gráfico de la Etapa 2: Temas autobiográficos<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Tabla de frecuencia sobre un total de 65 obras.

### **ETAPA 3: HACIA LA ABSTRACCIÓN Y EL TRABAJO EXPERIENCIAL**

#### **Proceso creativo**

Esta etapa se caracteriza por un cambio de actitud de las pacientes hacia el proceso creativo. Con su obra ya no pretenden agradar a los arteterapeutas ni justificar su enfermedad o su estado de ánimo ante el grupo, sino que comprenden las sesiones de arteterapia como un espacio de exploración personal en el que ponerse a prueba y disfrutar del propio trabajo. Los dos factores principales para este cambio son la superación del miedo a ser juzgadas y la consecuente seguridad en sí mismas para el trabajo plástico, lo que ofrece a las pacientes una mayor autonomía para la toma de decisiones, una motivación propia para la creación, mayor tolerancia a la incertidumbre y capacidad de improvisación en sus discursos creativos.

La motivación para elaborar cada una de las obras ya no surge de un concepto racional y concreto que expresar mediante elementos figurativos, sino que nace de las inquietudes y emociones de cada una de las pacientes en ese momento. Así, son capaces de elegir los materiales con los que les apetece trabajar en cada sesión y experimentar con ellos de una forma diferente a las sesiones anteriores. Este nuevo sistema de creación implica para ellas abandonar las estrategias utilizadas hasta el momento y ser capaces de trabajar sobre lo desconocido para lograr llevar a cabo una obra con la que se sientan identificadas y realizadas. De ese modo cada persona desarrolla un estilo personal mediante el cual el grupo reconoce las emociones y los recursos individuales de la autora, haciendo que las pacientes se sientan satisfechas con el resultado de su obra al entenderlo como el reflejo del trabajo personal realizado durante la sesión. Debido a que las pacientes son conscientes de la superación personal que implica cada una de sus obras, se muestran orgullosas de su trabajo y es frecuente que ellas mismas las fotografíen.

Durante esta etapa desarrollan la capacidad para cuestionar su propio trabajo (tanto respecto a la técnica como al resultado) y reflexionan por sí mismas acerca de su proceso desde una perspectiva constructiva. I. A. lo explica así tras haber desechado varias pruebas de estampación y quedarse únicamente con una de las obras realizadas durante la sesión: “Ha sido una

“prueba y error”, sin sentirme mal conmigo misma por haber fallado. He descartado las otras obras porque no me gustaba como habían quedado, no porque me sintiese mal o porque no me vea capaz de hacer algo mejor”. I. S, por su parte describe así su trabajo de experimentación e improvisación con acrílico diluido: “He ido probando a extender los colores hasta que me ha parecido que la obra quedaba bien, y no he querido seguir para no estropearla”.

Las pacientes comienzan a probar técnicas con las que puedan trabajar intuitivamente, valorando el disfrutar del proceso en lugar de buscar un resultado concreto y tienden a trabajar en silencio, absortas en su propio trabajo. Así, por ejemplo, descubren que el trabajo de amasar arcilla, que en un principio evitaban por el esfuerzo físico que requería, les ayuda a trabajar la ansiedad con la que conviven. Por el mismo motivo, A. N. afirma que realizar ejercicios mecánicos de manera rítmica con el pincel sobre el papel le ayuda a relajarse y a abstraerse. Gradualmente, las personas del grupo comienzan a buscar unos recursos propios con los que experimentar desde sus capacidades sensitivas, dejando a un lado la racionalización, el control y la rigidez con la que acostumbran a actuar en otros contextos y utilizando las sesiones de arteterapia como un espacio, en sus propias palabras, “para desconectar”, “para dejarse llevar”. D. I. en varias ocasiones comenta sentirse cómoda con este tipo de trabajo al no haberse impuesto expectativas ni metas a sí misma: “únicamente me he dedicado a buscar materiales que me gustasen y a trabajar sin pensar demasiado en lo que me iba a salir”.

A través la experimentación de los materiales se consigue que las pacientes aumenten su autonomía y superen progresivamente su relación de dependencia hacia los arteterapeutas, por lo que ya no asumen las propuestas ofrecidas como una pauta de trabajo impuesta, sino como sugerencias que aceptan cuando estas aportan algo positivo a su proceso y descartan en el resto de casos. Al conseguir trabajar de una forma independiente, las pacientes prefieren las propuestas individuales a las grupales, al contrario que en la primera etapa, mostrando resistencia para realizar un trabajo colectivo dada la dificultad que implica combinar unos estilos tan diferentes en una obra con la que todas queden satisfechas.

## Análisis de la obra<sup>9</sup>

A pesar de que esta tercera etapa tiene una duración en el tiempo menor que las dos anteriores, proporcionalmente es en la que más producción de obras por sesión realizan las pacientes. Respetando las diferencias y el estilo personal de cada persona, en conjunto se observa un empoderamiento de la obra plástica en la que el proceso experimental es comprendido como la parte fundamental del trabajo y se obtiene como resultado un tipo de obra en el que predomina la abstracción, independientemente de la técnica utilizada. El formato suele ser bidimensional, cubriendo el soporte casi por completo mediante masas de color. En este tipo de obra las pacientes no sienten la necesidad de introducir texto, ya que no pretenden transmitir ningún mensaje a través de su trabajo.

En contadas ocasiones alguna paciente decide mezclar varias técnicas en un mismo soporte pero, en general, la gran mayoría de obras se realizan con acrílico, ya sea diluido y utilizado a modo de tinta, o con una textura densa aplicada mediante estampación sobre papel. Otra característica de las obras de esta fase es que la gama de colores varía en función de la autora, habiendo algunas personas que optan por colores primarios y negro, y otras que dedican gran parte de la sesión a realizar las mezclas y disoluciones que necesitan para su obra. Como parte del trabajo de experimentación cada paciente prueba diferentes herramientas (pincel, esponja, espátula, etc.), optando muchas veces por trabajar directamente con las manos, por lo que resulta habitual que las huellas de la autora aparezcan en su obra.

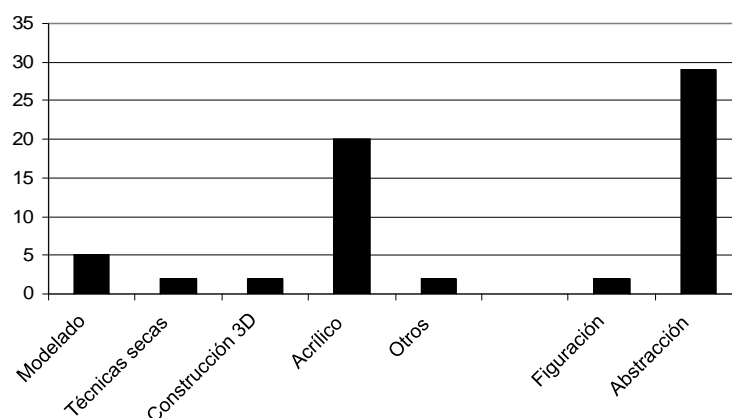


Fig. 4. Gráfico de la Etapa 3: Técnicas para la experimentación<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Ejemplo de las imágenes en el anexo 3.

<sup>10</sup> Tabla de frecuencia sobre un total de 31 obras.



## **5- COMPARACIÓN DE RESULTADOS**

Al analizar el proceso creativo de personas con TCA mediante un estudio de caso, la validación de los resultados es interna, ya que el programa se ha realizado en un contexto muy específico. Por ello, y con la intención de poder extrapolar ciertos aspectos de este estudio, se ha realizado un análisis comparativo como sistema de triangulación, contrastando los resultados aquí ofrecidos con las conclusiones de otras arteterapeutas con experiencia en el trabajo creativo de personas con TCA. Así, en este apartado se recogen dos tipos de registros comparativos: en primer lugar se analizan las coincidencias entre los resultados de este estudio con otros dos programas similares a través de una encuesta a las arteterapeutas de dichos programas, y a continuación, se recogen las conclusiones extraídas de otros estudios de caso publicados en los últimos años.

### **5.1- COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE ARTETERAPIA EN LA UTMPM CON OTROS PROYECTOS SIMILARES**

Para este primer análisis, se procedió a diseñar una ficha comparativa con la que otras arteterapeutas pudiesen contrastar de un modo sistemático los resultados del programa de la UTMPM con las pautas de trabajo de sus respectivas pacientes. Así, han facilitado este trabajo comparativo las siguientes arteterapeutas:

- María Ángeles Alonso Garrido, arteterapeuta de personas con TCA en Hospital Clínico San Carlos de Madrid y en el Instituto Cennta (Madrid). Realiza la comparación de resultados con las intervenciones individuales realizadas desde 2010 hasta la actualidad en el Instituto Cennta (Anexo 6).

- Ana María Cabrera Manso, arteterapeuta en la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR). Realiza la comparación de resultados con su programa de arteterapia de cuatro meses con 17 mujeres adultas diagnosticadas de TCA en 2012 (Anexo 7).

A continuación se describen las conductas habituales de las pacientes tanto del Instituto Cennta como del HGUCR, coincidentes con el estudio de la UTMPM aquí realizado.

### **Proceso creativo**

A. M. Cabrera coincide en que el papel en blanco y la toma de decisiones respecto a los materiales causa ansiedad en las pacientes. M. A. Alonso, por su parte, indica que es habitual que ellas mismas se descalifiquen y critiquen durante el proceso de creación, así como al explicar su obra. Del mismo modo, observa que sus pacientes manifiestan miedo a ser juzgadas por su trabajo, lo que provoca la justificación constante de sus errores e inseguridades ante la arteterapeuta. Alonso también afirma que el proceso creativo de las personas con TCA parte de una idea racional y busca transmitir unos conceptos concretos a través de la obra. Por último, esta arteterapeuta observa el esfuerzo de las pacientes por producir una obra simbólica y con un resultado estético determinado, que condiciona el grado de realización personal.

En los tres centros (Instituto Cennta, HGUCR, y UTMPM) se observa que las pacientes se sienten inseguras respecto al trabajo plástico y buscan controlar su propia producción; por este motivo, trabajan con un elevado nivel de autoexigencia y unas expectativas muy negativas hacia sí mismas. A pesar de ello, a medida que aumenta su seguridad, muestran una motivación propia hacia el proceso creativo, logrando así una mayor tolerancia a la incertidumbre y fomentando su capacidad de improvisación. Por último, es posible señalar que las pacientes logran un vínculo afectivo hacia su obra cuando se sienten realizadas respecto a su proceso creativo.

### **Producciones plásticas**

Los elementos figurativos estereotipados son un recurso habitual en las pacientes diagnosticadas de TCA. Así, en los tres centros se observan la insistencia de ciertos símbolos, como flores y elementos naturales, signos de interrogación, soles, lunas y estrellas. Alonso, observa en las obras de sus pacientes otros dibujos recurrentes, como figuras antropomórficas, corazones, sonrisas y monstruos. Cabrera también indica como elementos habituales las espirales y los remolinos, así como la utilización de palabras o frases como parte de la obra, y añade que frecuentemente la producción plástica de las pacientes es utilizada para expresar temas autobiográficos (sensaciones y emociones habituales, experiencias pasadas e intenciones de futuro).

Respecto a las técnicas utilizadas, en todos los casos se observa una preferencia por parte de las pacientes hacia el collage y las técnicas secas, y Cabrera indica además otras técnicas habituales, como el acrílico, la acuarela y la tinta.

## **5.2- RESULTADOS DE PUBLICACIONES RELATIVAS A ARTETERAPIA Y TCA**

Como segundo sistema de comparación de resultados, se ha procedido a profundizar en las conclusiones de otros estudios de caso cualitativos sobre arteterapia con pacientes diagnosticadas de TCA, recogiendo las interpretaciones que las arteterapeutas ofrecen sobre el proceso creativo y las producciones plásticas de sus pacientes. Para poder realizar este trabajo se ha recurrido a las siguientes fuentes:

- Estudio de Dafna Rehavia-Hanauer sobre un programa de seis meses con 10 adolescentes con anorexia (Departamento de TCA de Israel, 2003).
- Investigación de Jen Burton Liang sobre estudio de caso de una paciente anoréxica de 17 años (Teen Health Centre de Canadá, 2003).
- Estudio de caso de Malinda Hill April con una paciente anoréxica de 15 años y con un grupo de adolescentes diagnosticadas de bulimia (McAuley Adolescent Neuropsychiatric Unit de San Francisco, EE. UU., 1998).
- Investigación de June Murphy durante 4 años con adolescentes diagnosticadas de TCA (Goldsmiths College, Londres 1981).

### **Proceso creativo**

El primer rasgo común en todos los estudios realizados es la resistencia que las pacientes con TCA muestran hacia el trabajo arteterapéutico, sobre todo durante las primeras sesiones. Así, D. Rehavia-Hanauer señala que estas personas, al no verse capaces de dominar los materiales, experimentan una sensación de inseguridad, ansiedad y miedo a no poder expresar sus ideas. Burton asocia la resistencia de las personas con TCA hacia el tratamiento terapéutico con el miedo a perder los beneficios secundarios de la enfermedad

y afirma que, aunque el trabajo arteterapéutico provoca en la paciente miedo a lo desconocido, al mismo tiempo le ofrece la opción de expresar únicamente lo que ella quiera, favoreciendo que estas personas se sientan más cómodas con el proceso creativo. Murphy explica: “la mayoría de las anoréxicas se sienten amenazadas por la novedad y el cambio, pero anhelan comunicarse y sienten la necesidad de ser comprendidas” y añade que por esa razón el trabajo creativo ayuda a erosionar el mecanismo defensivo y desafiante que muestran, ya que el compromiso inicial ante el papel en blanco muestra un compromiso con la terapia, permitiéndoles así analizar los problemas centrales de la enfermedad que afectan a su identidad.

Por otro lado, todos los estudios enfatizan como característica esencial del trabajo creativo de las personas con TCA el esfuerzo continuo por parte de las pacientes para controlar su obra. Murphy indica que esta actitud surge del miedo a perder el control sobre sus propias emociones, lo cual intentan evitar trabajando por dominar cada una de las imágenes que dibujan sobre el papel. M. Hill también señala la intención de la paciente de representar ciertos símbolos que le permitan expresarse de una forma segura.

Tanto en las temáticas expresadas en la obra como durante el proceso de creación, Hill observa la sensación de inseguridad, ansiedad, vergüenza y culpa, haciendo que la paciente sufra una desidentificación de otras emociones más profundas. Burton, por su parte, interpreta la búsqueda de la perfección en las obras como un signo del rechazo de las pacientes hacia sí mismas, haciendo que durante el proceso creativo muestren su sensación de ineficacia, falta de seguridad e incapacidad para confrontar sus emociones. Del mismo modo, Rehavia-Hanauer analiza la continua búsqueda de las pacientes de una obra simbólica y estética, así como la desvinculación de su propia producción (el deseo de destruirla o deshacerse de ella), relacionándola con la agresividad que la paciente ejerce hacia sí misma.

Para que estas personas puedan superar el estado de desidentificación de sus propias emociones, Murphy destaca el papel que cumple la obra, ya que “su contenido pertenece al creador” y le muestra a su autora que “posee sentimientos que son de su propiedad, aunque estén ocultos y sean confusos”. Hill añade que, una vez que el arteterapeuta es capaz de reconocer las emociones en la producción plástica, la paciente se siente comprendida, lo que

favorece una relación de confianza. A partir de este vínculo, la obra permite a la paciente tomar conciencia de sus emociones y actuaciones, disminuyendo así el distanciamiento con las mismas. Como consecuencia de ello, Hill observa que las producciones comienzan a mostrar los temas de los que la paciente evita hablar habitualmente (surgen imágenes con un contenido intenso y doloroso que provocan miedo y ansiedad en la autora).

El vínculo triangular paciente-obra-arteterapeuta resulta especialmente significativo durante el proceso creativo de las pacientes, ya que, como explica Rehaviah-Hanauer, estas personas pretenden ser autónomas durante su proceso de creación y al mismo tiempo desean ser cuidadas, aunque no expresan verbalmente esta necesidad, sino que piden ayuda a través de las imágenes utilizadas en sus obras. Del mismo modo, esta autora señala un temor constante por parte de las pacientes a perder la aceptación y el cuidado del arteterapeuta, por lo que son extremadamente sensibles a cualquier comentario sobre su producción, asimilándolos como un signo de aprobación o rechazo por parte del arteterapeuta hacia si mismas. Burton también describe la relación paciente-arteterapeuta como el mecanismo con el que la paciente puede analizar y evaluar sus actitudes hacia el otro, utilizando así el trabajo creativo de la paciente como indicador del gran esfuerzo personal que ésta realiza con el objetivo de agradar o ser comprendida y cuidada, lo que inevitablemente le sitúa en una posición de dependencia.

En cuanto a la función del grupo sobre el propio trabajo creativo, Hill afirma que, aunque evidentemente el trabajo individual promueve la iniciativa de las pacientes, compartir las experiencias vividas durante este proceso con el grupo ayuda a favorecer sus habilidades sociales. Así, la paciente valora el apoyo de sus compañeras, disminuyendo la sensación de aislamiento e incomunicación con la que convive. Murphy concluye que hablar sobre sus propias obras ayuda a la paciente a hacerse consciente de su confusión y a avanzar hacia un sentido más claro de su propia personalidad.

## Producciones plásticas

En el análisis que Rehaviah-Hanauer hace de las obras de sus pacientes, señala que las imágenes aparecen “suspendidas en el aire”, lo que recuerda a las producciones de la primera etapa analizadas en este trabajo, en las que los elementos figurativos no tienen ninguna conexión entre sí y se distribuyen en el soporte a modo de pictograma.

M. Hill, en su estudio, habla de las creaciones de las pacientes como “arte estereotipado”, a través del cual la persona muestra un gran mecanismo defensivo, utilizando las figuras estereotípicas de una forma en la que sea capaz de estructurar y organizar los conceptos a través de dibujos que sabe que domina y le aportan seguridad. Esta autora describe una serie de imágenes recurrentes en las que, al igual que se ha observado en este trabajo, un mismo símbolo es utilizado con diferente significado en función de la obra. El tipo de imagen, así como la explicación que la creadora ofrece sobre la misma coincide en gran medida con algunos elementos figurativos representados por las pacientes de la UTMPM:

- Fuego: Ira o miedo a expresar el enfado.
- Gotas/ lágrimas: Tristeza, confusión, frustración y soledad.
- Flores: Vida, regalo, amor.
- Tornado: Confusión.
- Espiral: Enfermedad (TCA), círculo vicioso sin salida y sin ayuda.

Murphy enumera ciertas imágenes que resultan habituales en las obras de las pacientes, siendo las más comunes: remolinos y pozos sin fondo (utilizados con el mismo significado que las espirales), animales, flores y elementos naturales, paisajes y jardines. Esta autora hace un análisis sobre las figuras antropomórficas que aparecen en las obras, describiéndolas como “desproporcionadas y niñoides” y las asocia al rechazo de la identidad sexual así como a la percepción distorsionada de las pacientes respecto a su imagen corporal. Por último, Murphy señala que los temas sobre los que las pacientes suelen trabajar se basan especialmente en su entorno, siendo habituales producciones que muestran una falta de interacción social, aislamiento y experiencias traumáticas. También explica que, a pesar de la insistencia de los

temas, a medida que la terapia avanza las obras muestran una mayor expresividad.

Respecto a las técnicas plásticas utilizadas, Rehaviah-Hanauer afirma que sus pacientes muestran preferencia hacia las técnicas secas, ya que las acuosas les resultan difíciles de controlar. Hill, en su estudio de caso sobre una paciente con anorexia, explica que a medida que ésta confía en sus capacidades comienza a utilizar la pintura acrílica, aunque, en las últimas sesiones previas al cierre terapéutico, vuelve a utilizar el lápiz, lo que la arteterapeuta interpreta como una búsqueda de seguridad frente a la despedida a la que se debe enfrentar.

Todos los estudios sobre arteterapia con pacientes diagnosticadas de TCA especifican un tipo de obra compuesta por símbolos significativos utilizados para expresar temas autobiográficos. Exceptuando el trabajo comparativo de de M. A. Alonso, en el que afirma que a medida que estas personas logran seguridad en sí mismas el trabajo es más experimental y abstracto, en ninguno de los estudios se especifica que las autoras hayan observado un tipo de obra parecida a la que se produce en la tercera etapa de este trabajo. Ello puede ser debido a que las pacientes de otros estudios han asistido a programas arteterapéuticos con una duración más corta que en el programa que aquí se aborda y en muchos de los casos, la intervención ha sido individual en lugar de grupal.

Para que las pacientes del hospital de día de la UTMPM comenzasen a realizar este tipo de obra más experimental fue necesario un trabajo continuo en el que afianzasen la seguridad en sí mismas y superasen el miedo a ser juzgadas y criticadas, sintiendo así una motivación propia para ponerse a prueba y enfrentarse a unas estrategias de trabajo desconocidas para ellas. Del mismo modo, la función del grupo y de los arteterapeutas resultó fundamental, ya que se observó un contagio por parte de las pacientes para improvisar a través de manchas de color al observar el proceso creativo de sus compañeras y al aconsejarse entre ellas. Los arteterapeutas, por su parte, trabajaron por que las pacientes dejaran en un segundo plano la necesidad de producir una obra estética y simbólica, para así poder tomar conciencia y dar una mayor relevancia a las emociones vividas durante el proceso creativo en sí.

## 6- CONCLUSIONES

### Utilidad del proceso creativo durante el tratamiento de los TCA

Al evaluar el programa de arteterapia llevado a cabo en la UTMPM, se ha observado que este tipo de trabajo favorece que las personas en tratamiento por TCA tengan la oportunidad de analizar por sí mismas algunas estructuras psicopatológicas automatizadas en su vida diaria, utilizando para ello la experiencia vivencial durante el proceso creativo y la reflexión posterior sobre lo ocurrido en cada sesión. De ese modo las pacientes que han participado en este proyecto han sido conscientes de ciertos aspectos de sus conductas, como la necesidad de control, el elevado nivel de perfeccionismo, el miedo a ser juzgadas, la dificultad de expresión emocional, la necesidad de agradar, la evitación respecto a la toma de decisiones y la elevada autoexigencia.

Además, el proceso creativo ha permitido que estas personas experimenten nuevos sistemas de actuación a partir de un trabajo metafórico, logrando aumentar su sensación de eficacia y descubriendo unas capacidades y habilidades útiles para la resolución de los conflictos. Al prescindir de las metas autoexigentes y poco realistas a las que están habituadas, se ha visto cómo estas personas adquirieron una motivación propia para trabajar sobre lo desconocido y llegar a disfrutar de ello. M. C. define arteterapia como “un modo libre, cercano, nuevo de expresar emociones y sentimientos donde nada se juzga, se evalúa, ni se cuestiona y cuyo objetivo es disfrutar con lo que se hace en el momento” y resume su trabajo como “un proceso de autoconocimiento. Como si hubiera una cuerda alrededor de la cintura muy apretada y poco a poco la hubiese ido soltando quedando más libre”<sup>11</sup>.

Transversalmente el trabajo plástico posibilita que, de una manera progresiva, las pacientes se reconozcan a sí mismas de un modo diferente y lleguen a sustituir algunas de las conductas que caracterizan a las personas con TCA por cualidades propias del trabajo creativo. De esta forma, han sido capaces de superar la rigidez y la racionalización utilizando la intuición y la improvisación; de trabajar por conseguir un equilibrio entre control e impulsividad; de superar obstáculos disminuyendo su ansiedad ante lo

---

<sup>11</sup> Respuestas extraídas de la encuesta realizada a las pacientes de la UTMPM (anexo 8)



desconocido; de descubrir unas habilidades personales que les proporcionen una mayor autoestima y sensación de eficacia; de elaborar un proceso de trabajo con el que disfrutar, superando la apatía y la anhedonia, de reducir la obsesión por la perfección para poder desarrollar un discurso personal y subjetivo, y de superar su situación de dependencia, fortaleciendo la autonomía durante el trabajo creativo. Algunas de las pacientes del hospital de día de la UTMPM explican lo que el trabajo arteterapéutico le ha aportado a cada una de ellas: I. S.: “mejor capacidad de expresarme. Sentir profundamente lo que siento en cada momento. No juzgarme, ni por el proceso, ni por el resultado. Querermé y valorarme más”; M. C.: “una nueva forma de conocerme a mí misma. Aprender a no juzgarme y a dejarme llevar. Disfrutar del momento presente”; E. S.: “me ha aportado una visión de mí misma que tenía bastante olvidada”; D. I.: “he desarrollado la creatividad, he descubierto la espontaneidad y la improvisación, me permite canalizar emociones de una forma sana. Me siento más útil, más creativa, acercándome a un estilo propio”.

Tras haber realizado un trabajo simbólico en el que las pacientes se han enfrentado durante meses a algo desconocido, se ven más capaces de dominar situaciones imprevistas a partir de unos nuevos recursos y cualidades personales. Teniendo presente que el mayor obstáculo durante cualquier tratamiento de TCA consiste en la resistencia de las pacientes ante los cambios y la rigidez de sus estructuras psicológicas y conductuales, es posible comprender que el trabajo arteterapéutico es un método eficaz con el que desarrollar unas conductas alternativas a las habituales, Por lo tanto, es posible entender cómo el proceso creativo ha promovido en estas personas unas nuevas habilidades personales, favoreciendo un autoconcepto más positivo y una mayor tolerancia a la incertidumbre, junto con una reducción de su ansiedad y miedo ante nuevas propuestas de actuación.

## **Aspectos relevantes en el trabajo arteterapéutico con personas diagnosticadas de TCA**

Partiendo de que el trabajo arteterapéutico puede favorecer una evolución en las pacientes con TCA, resulta necesario plantearnos cuáles son los factores principales para promover esa evolución. A través del análisis y la comparación de resultados de este estudio, se ha logrado identificar tres aspectos que resultan fundamentales a la hora de trabajar en arteterapia con este colectivo:

### 1) Vínculo terapéutico y relación intergrupala

Como se ha observado en los resultados del programa de arteterapia de la UTMPM, para que las pacientes fuesen capaces de realizar un tipo de obra personal, necesitaron previamente un tiempo en el que poner a prueba la comprensión y la confianza tanto de los arteterapeutas como del grupo. Una vez consolidada la relación de confianza, las pacientes dejaron de mostrar una actitud de resistencia hacia la creación plástica y pudieron elaborar temas muy personales, así como experimentar con nuevos sistemas de trabajo.

También es necesario señalar el contagio creativo dentro del grupo, ya que la interacción entre las propias pacientes condiciona su trabajo artístico. Por un lado, tanto el proceso creativo como el resultado plástico de cada persona influyen inevitablemente en las demás; por otro, compartir las experiencias vividas durante el trabajo y el contenido simbólico de las obras propicia la empatía del grupo. Al sentirse comprendidas y valoradas disminuye su sensación de incomunicación y de vacío interior. Teniendo en cuenta que la impresión de sentirse constantemente observadas y juzgadas por los demás es consecuencia de la carencia afectiva vivida por estas personas, se observa que el encuadre arteterapéutico posibilita a las pacientes superar sus dificultades para la socialización y la desconfianza interpersonal.

### 2) Función de la obra plástica

A lo largo de las tres etapas analizadas en este estudio, se observa que las emociones que las pacientes manifiestan hacia su producción son muy similares a las que muestran hacia sí mismas. Tomando como referencia la

evolución observada, se puede comprender cómo en un principio destaca la inseguridad de las pacientes y el rechazo que sentían hacia sus propias creaciones. A medida que aumenta la confianza en sí mismas, comienzan a surgir motivos pictóricos más profundos y conflictivos, por lo que la producción plástica se convierte en un objeto mediante el que confrontar ciertas experiencias pasadas y presentes. A pesar de que recordar estas situaciones les provoca miedo, confusión y ansiedad, se observa que la representación plástica de estos conflictos le ofrece a su autora cierta organización visual, facilitando así la elaboración verbal de unos temas tan dolorosos para ellas. Por ello, cuando las pacientes comprenden la utilidad de trabajar ciertos conflictos personales a través del trabajo artístico, valoran y sienten respeto hacia sus producciones plásticas. En la última etapa las obras son el reflejo de la autosuperación de su creadora, lo que provoca en ella una sensación de realización personal y orgullo.

Por lo tanto, podemos comprender que durante el trabajo arteterapéutico la obra de las pacientes se convierte en el límite tangible entre el “yo” y el Otro, siendo un objeto que actúa simultáneamente como receptor y emisor de la situación emocional de su autora. Utilizar la creación como soporte de proyecciones internas provoca que la paciente transfiera su necesidad habitual de control del propio cuerpo hacia una necesidad de control de la propia obra. Por lo tanto, el trabajo creativo posibilita que la persona con TCA comprenda desde su experiencia vivencial cómo, a medida que prescinde de metas desproporcionadas y aumenta la seguridad en sí misma, es capaz de identificarse con su propia producción, llegando a sentirse realizada con ella. Tras finalizar el programa de arteterapia, algunas de las pacientes explican así el vínculo hacia sus propias producciones: I. S: “Son parte de mí, de mi vida.”; E. S: “Mis obras son mis emociones, mi reconocimiento personal. Siento mucho cariño hacia ellas.”; D. I: “Me son valiosas, por el esfuerzo puesto en ellas, porque me han ayudado a avanzar”.

### 3) Proceso creativo como entrenamiento para el cambio

Tanto en el programa de intervención como en la comparación de resultados se ha observado que las pacientes asimilan el proceso creativo como un proyecto personal en el que trabajan del mismo modo que en otros

contextos: imponiéndose a sí mismas unas metas desproporcionadas, esforzándose por conseguir la aprobación externa y reafirmando su sensación de ineficacia. Propiciar un espacio para que las pacientes puedan reflexionar acerca de ello y autoevaluar sus pautas de trabajo posibilita que tomen conciencia de algunas de sus conductas desde un trabajo experiencial, metafórico y poco agresivo. Por ello, a través del encuadre arteterapéutico es posible favorecer un proceso creativo con el que las pacientes sean capaces de aumentar su sensación de eficacia, descubriendo unas capacidades y habilidades útiles para la resolución de sus conflictos personales y sustituyendo las metas autoexigentes por una motivación personal para trabajar sobre lo desconocido y llegar a disfrutar de ello.

Es necesario tener en cuenta que estas personas están acostumbradas a trabajar con un tipo de psicoterapia verbal enfocada a la mejora del diagnóstico y de las rutinas alimentarias. Por ello, complementar el tratamiento global del TCA con el trabajo arteterapéutico amplía la perspectiva de las pacientes sobre unas conductas saludables. En primer lugar, a través del trabajo artístico, las pacientes tienen la oportunidad de confrontar de forma metafórica aspectos de los que habitualmente evitan hablar, pudiendo así profundizar en su situación emocional sin necesidad de vincularla directamente al trastorno alimenticio. Al mismo tiempo, su cuerpo en el trabajo plástico les sirve como una herramienta mediante la que expresar ideas y percibir sensaciones a través de los materiales. Así, a lo largo de las sesiones las pacientes comienzan a comprender su corporalidad como un recurso útil con el que dominar el proceso creativo a través de los sentidos, viéndose capaces de lograr con ello una expresión emocional que generalmente reprimen o no saben gestionar de una forma constructiva.

En resumen, es posible afirmar que mediante el trabajo arteterapéutico, el proceso creativo ayuda a las personas con TCA a descubrir una nueva forma de verse a sí mismas, favorece una introspección personal enfocada hacia unas conductas más saludables y facilita la comunicación de la persona consigo misma y con su entorno.

## 7- BIBLIOGRAFÍA

Alonso, M. A. (2012). Tesis doctoral: *Mujeres y Arteterapia*. Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense de Madrid.

Belloch, A. & Fernández H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.

Bermúdez, M. P. (2004). *Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Editorial Pirámide.

Burton, J. (abril, 2003). Art therapy in the treatment of eating disorders. T. Köves (presidencia), conferencia llevada a cabo en 1st Arts and Therapies World Congress, Budapest, Hungría.

Cabrera, A. M. (2012). Trabajo Fin de Master: *Arteterapia con pacientes diagnosticadas de Trastornos de la Conducta Alimentaria: una aproximación desde lo vincular*. Facultad de Educación, Universidad Autónoma de Madrid.

Calvo, R. (2002). *Anorexia y bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas*. Barcelona: Editorial Planeta.

Chinchilla, A. (1994). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Editorial Ergon.

Coll, J. (2006). Proceso creativo y simbolización en la clínica del arteterapia. En *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos* (pp. 151-176). Murcia: Universidad de Murcia Publicaciones.

Csikszentmihalyi, M. (1997). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Editorial Kairós.

Murphy, J. (1987). Terapia artística en el tratamiento de la anorexia mental. En *El arte como terapia* (pp. 161-175). Barcelona: Editorial Herder

Echeburua, E. (1993). *Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Eudema.

Fiorini, H. J. (1995). *El psiquismo creador*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Gilroy, A. (2012). *Art Therapy, research and evidence-based practice*. Londres: Editorial Sage.

Gordon, R. A. (1994). *Anorexia y bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Editorial Ariel.

Hekier, M. & Miller, C. (1994). *Anorexia - Bulimia. Deseo de Nada*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Hill, M. (1998). Anorexia Nervosa and Art Therapy: Supporting an Adolescent Through Art. *Drawn Together. Art Therapy for groups*.

Recuperado de <http://www.agoodgroup.com/drawntogether/index.html>

Hill, M. (1998). Art Therapy for Clients with Bulimia Nervosa. *Drawn Together. Art Therapy for groups*.

Recuperado de <http://www.agoodgroup.com/drawntogether/index.html>

Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1 (1), 11-18.

López, M. & Martínez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Editorial Tutor.

López, B. & Torres, T M. (2009): La investigación cuantitativa y cualitativa sobre anorexia. *Respyn. Revista Salud Pública y Nutrición*, 10 (2).

López-Ibor J. J. (director Ed. Española), (2002). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Editorial Masson.

López-Ibor, J. J. (1974). *El cuerpo y la corporalidad*. Madrid: Editorial Gredos.

Marty, G. (1999). *Psicología del arte*. Madrid: Editorial Pirámide.

Pastor, J. L. (2007). Alteraciones en la autopercepción y procesos de socialización. *Wanceulen E. F. Digital*, 3 (1), 2-14.

Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Puertas, P. (2002). *El grupo de anoréxicas. Una alternativa nutritiva*. Bilbao: Editorial Altxa

Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 30 (3), 137-149.

Romo, M. (1997). *Psicología de la creatividad*. Barcelona: Editorial Paidós

Serrato, G. (2000). *Anorexia y bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Editorial Libro-Hobby-Club.

Stake, R. E (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Editorial Morata.

Veraldi G. & Veraldi B. (1994). *Psicología de la creación*. Bilbao: Editorial Mensajero.

# ANEXOS



**ANEXO 1: EJEMPLOS DE OBRAS DE LA ETAPA 1**  
Imágenes simbólicas estereotipadas



Figura 5: A. N., Detalle de una obra colectiva. Figura 6: I. A., "¿Qué hago aquí?"

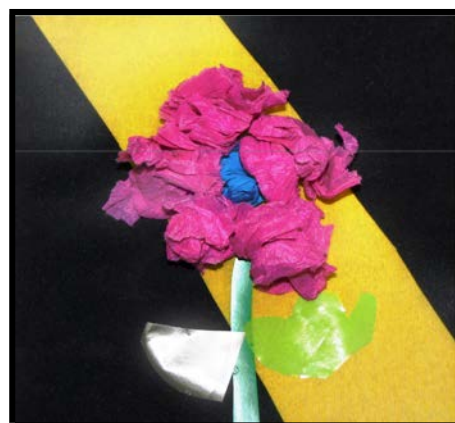
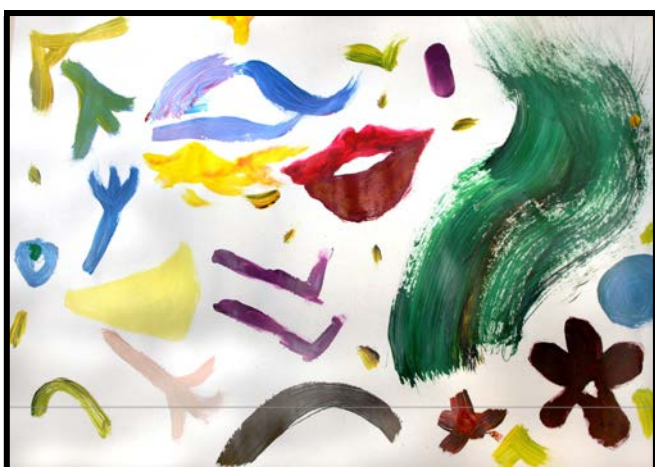


Figura 7: D. I., "Ensalada de alegría" Figura 8: L. O., Sin título



Figura 9: I. S., Sin título



Figura 10: I. S., Sin título



Figura 11: A. N., Sin título

Obras de despedida para una compañera del grupo



Figura 12: Obra colectiva, "Caminos hacia una vida plena"

**ANEXO 2: EJEMPLOS DE OBRAS DE LA ETAPA 2**  
Obra autobiográfica (narrativa-figurativa)



Figura 13: I. S., Sin título



Figura 14: M. C., "Mi laberinto".



Figura 15: I. A., Sin título



Figura 16: Detalle de obra colectiva



Figura 17: I. A., Sin título



Figura 18: E. S., Detalle de obra, sin título



Figura 19: I. S., "El equilibrio es imposible"



Figura 20: L. E., "Lo malo"

**ANEXO 3: EJEMPLO DE OBRAS DE LA ETAPA 3**  
Hacia la abstracción y el trabajo experiencial

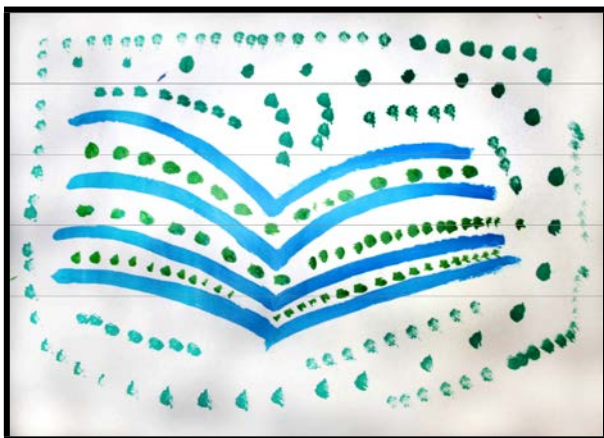


Figura 21: A. N., "Punto con infinito"



Figura 22: L. E.



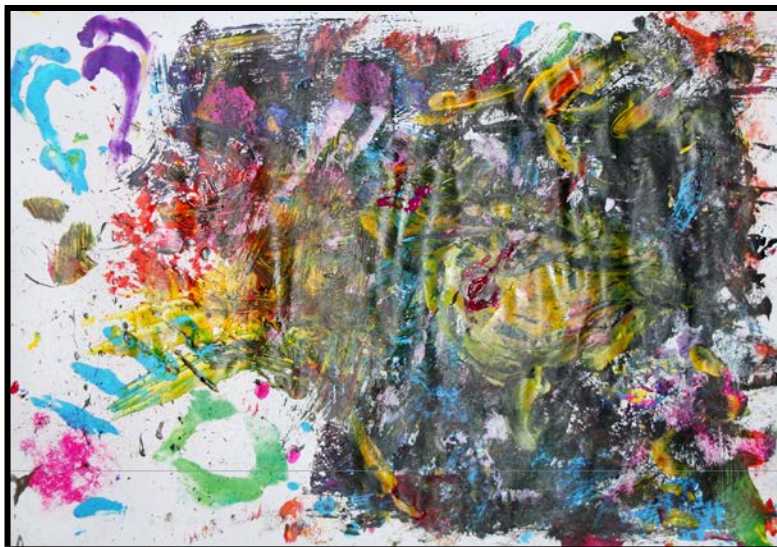
Figura 23: I. S., "Infinito"



Figura 24: Obra colectiva, Sin título



Figura 25: I. A., "Esperanza"



**Figura 26: D. I., Sin título**



**Figura 27: I. A., "Creatividad"**



**Figura 28: M. C., Sin título**

### **ANEXO 4: PLANTILLA DE REGISTRO DE LAS SESIONES DE ARTETERAPIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

PROCESO	1	2	3	4	5	
Se adapta al nuevo material/técnica						Le cuesta adaptarse, se irrita
Se toma su tiempo						Lo hace de prisa
Confía en sus capacidades						Preocupada por sus errores
Concentración						Parece distraída
Mantiene interés						Abandona con facilidad
Independiente en el trabajo						Dependiente en el trabajo
Tranquilidad						Inquietud
Experimenta con los materiales/técnicas						Utiliza materiales/técnicas ya empleados con anterioridad
OBSERVACIÓN						

RELACION HACIA LA OBRA PROPIA	1	2	3	4	5	
Positiva						Negativa
Es capaz de discutir metafóricamente o referido a ella misma						No es capaz de discutir o describir de modo complejo
Expresa tolerancia a sus resultados						Expresa agresividad hacia los resultados de la obra
Se autoexige con su obra						Muestra indiferencia hacia su creación
OBSERVACIÓN						

INTERACCIÓN	1	2	3	4	5	
Se relaciona con confianza con los demás						Muestra inhibición/desconfianza
Es participativa						Se aísla
Comparte adecuadamente						Incapaz de compartir
Mantiene su propio espacio físico						Entra inapropiadamente en el espacio personal de los demás
Responde/acepta los límites						Dificultad de responder a los límites
Autónoma						Busca la aprobación/refuerzo
Se revela contra la autoridad						Es sumisa
Pide opinión sobre sí						No acepta comentarios
Sostiene la mirada						Mirada huidiza
Actitud corporal abierta						Actitud corporal cerrada
Se siente parte del grupo						Desvinculación respecto al grupo
Toma la iniciativa						Imita al grupo
OBSERVACIÓN						

**ANEXO 5: PLANTILLA DE REGISTRO SOBRE EL PROCESO Y LA OBRA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CONSIGNA(S)

MATERIALES OFRECIDOS

Nº DE OBRAS/ TEMA

## ANÁLISIS FORMAL DE LA OBRA

MATERIALES UTILIZADOS	
FORMA	
TAMAÑO	
COLOR	
TEXTURA	
INCONSISTENCIA/SOLIDEZ	
ABSTRACCIÓN/ FIGURACIÓN	
SOPORTE, BASE	
ELEMENTOS DE MENSAJE	
SIMBOLIZACIÓN METAFÓRICA	

## PROCESO DE CREACIÓN

	1	2	3	
Por iniciativa propia				Imita al grupo
Da por terminada la obra				La obra queda inacabada
Termina antes que el resto				Termina la última
Empieza desde la composición general				Empieza por elementos específicos
Empieza por lo que le resulta más fácil				Empieza por lo que considera más importante
Piensa antes de actuar				Actúa antes de pensar
Reflexiona durante el proceso				Trabaja sin detenerse a pensar
Reconstruye durante el proceso				Acepta el primer resultado
Satisfecha con el resultado				Insatisfecha con el resultado
Trabaja por dominar la técnica				Se da por vencida respecto a la técnica
Se autoexige				Muestra indiferencia
Motivada con el trabajo				Indiferente respecto al trabajo
Exalta su obra				Descalifica su obra
Responde positivamente al tema				Muestra resistencia respecto al tema
Se identifica con su obra				Se muestra ajena a la obra

VERBALIZACIÓN SOBRE LA PROPIA OBRA/ PROCESO

OBSERVACIONES



**ANEXO 6: FICHA COMPARATIVA DE RESULTADOS DE ARTETERAPIA  
CON PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TCA**

Arteterapeuta: Maria Angéles Alonso Garrido.

Centro: Instituto Cennta (sesiones individuales)

PACIENTES TCA DEL HOSPITAL DE DÍA UTMPM	PACIENTES del Instituto Cennta		
	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente
<b>Proceso creativo</b>			
Observar el trabajo de las compañeras favorece la motivación para desarrollar un trabajo propio.			
Muestran inseguridad hacia el trabajo plástico y necesidad de control sobre la creación.			X
Realizan sus producciones con un elevado nivel de autoexigencia y expectativas muy negativas hacia su propio trabajo			X
Se descalifican, critican e insultan a sí mismas durante el proceso/ puesta en común.			X
La realización personal respecto a su trabajo depende del resultado estético.			X
Manifiestan un miedo a constante a ser juzgadas por su obra.			X
Sienten ansiedad ante el papel en blanco y ante la elección de los materiales.		X	
El proceso creativo parte de una idea racional y busca transmitir unos conceptos concretos a través de la obra.			X
Trabajan por producir una obra simbólica y con un resultado estético determinado.			X
Tienden a justificar sus errores e inseguridades ante el grupo y la arteterapeuta.			X
El motivo de la obra son temas autobiográficos (sensaciones y emociones habituales, experiencias pasadas, intenciones de futuro).		X	
Realizan bocetos y borradores previos a la obra definitiva.	X		
A medida que logran seguridad en sí mismas muestran una motivación propia, mayor tolerancia a la incertidumbre y capacidad de improvisación.			X
A medida que logran seguridad en sí mismas el trabajo es más experimental y abstracto.			X
El vínculo afectivo hacia la obra aumenta cuando se sienten realizadas con su proceso creativo.			X

<b>Elementos recurrentes en la obra</b>			
Figuras antropomórficas			X
Corazones			X
Flores, plantas, elementos naturales			X
Sonrisas (caras, labios)			X
Animales		X	
Casas		X	
Sol, luna, estrella			X
Fuego		X	
Notas musicales		X	
Signos de interrogación			X
Espirales y remolinos		X	
Monstruos	X		
Texto (palabras, frases)		X	
Composiciones abstractas		X	
<b>Técnicas artísticas utilizadas</b>			
Modelado		X	
Collage			X
Técnicas secas (pinturas, rotulador, carboncillo, pastel)			X
Construcción tridimensional		X	
Acrílico		X	
Acuarela		X	
Tinta		X	

<b>Observaciones</b>

**ANEXO 7: FICHA COMPARATIVA DE RESULTADOS DE ARTETERAPIA  
CON PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TCA**

Arteterapeuta: Ana María Cabrera Manso

Centro: Hospital General Universitario de Ciudad Real (sesiones grupales).

PACIENTES TCA DEL HOSPITAL DE DÍA UTMPM	PACIENTES HGUCR		
	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente
<b>Proceso creativo</b>			
Observar el trabajo de las compañeras favorece la motivación para desarrollar un trabajo propio.		X	
Muestran inseguridad hacia el trabajo plástico y necesidad de control sobre la creación.			X
Realizan sus producciones con un elevado nivel de autoexigencia y expectativas muy negativas hacia su propio trabajo			X
Se descalifican, critican e insultan a sí mismas durante el proceso/ puesta en común.	X		
La realización personal respecto a su trabajo depende del resultado estético.		X	
Manifiestan un miedo a constante a ser juzgadas por su obra.		X	
Sienten ansiedad ante el papel en blanco y ante la elección de los materiales.			X
El proceso creativo parte de una idea racional y busca transmitir unos conceptos concretos a través de la obra.		X	
Trabajan por producir una obra simbólica y con un resultado estético determinado.		X	
Tienden a justificar sus errores e inseguridades ante el grupo y la arteterapeuta.		X	
El motivo de la obra son temas autobiográficos (sensaciones y emociones habituales, experiencias pasadas, intenciones de futuro).			X
Realizan bocetos y borradores previos a la obra definitiva.	X		
A medida que logran seguridad en sí mismas muestran una motivación propia, mayor tolerancia a la incertidumbre y capacidad de improvisación.			X
A medida que logran seguridad en sí mismas el trabajo es más experimental y abstracto.		X	
El vínculo afectivo hacia la obra aumenta cuando se sienten realizadas con su proceso creativo.			X

<b>Elementos recurrentes en la obra</b>			
Figuras antropomórficas	x		
Corazones	x		
Flores, plantas, elementos naturales			x
Sonrisas (caras, labios)		x	
Animales	x		
Casas		x	
Sol, luna, estrella			x
Fuego		x	
Notas musicales		x	
Signos de interrogación			x
Espirales y remolinos			x
Monstruos		x	
Texto (palabras, frases)			x
Composiciones abstractas	x		
<b>Técnicas artísticas utilizadas</b>			
Modelado	x		
Collage			x
Técnicas secas (pinturas, rotulador, carboncillo, pastel)			x
Construcción tridimensional	x		
Acrílico			x
Acuarela			x
Tinta			x
<b>Observaciones</b>			

## **ANEXO 8: ENCUESTA REALIZADA A LAS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE LA UTPM SOBRE EL PROGRAMA DE ARTETERAPIA**

### **¿Cómo definirías “arteterapia” después de tu experiencia?**

A. N: Algo mágico. Hacer algo con cosas a las que no les darías uso y salen cosas mágicas. Con cuatro papeles y lazos, haces una obra.

I. S: Sentir, expresar, transmitir, compartir, hacer, tomar tus emociones y sentimientos a través del arte.

M. C: Un modo libre, cercano, nuevo de expresar emociones y sentimientos donde nada se juzga, se evalúa ni se cuestiona y cuyo objetivo es disfrutar con lo que se hace en el momento.

E. S: Pues lo poco que he podido experimentar me ha parecido una forma muy terapéutica de crear arte, tu propio arte a partir de algo tan importante como son las emociones.

D. I: El conocimiento de una/o misma/o a través del arte, y conocimiento de las/os compis si los hubiera.

### **Teniendo en cuenta las sesiones de arteterapia que has vivido:**

#### **○ ¿Qué te ha aportado esta experiencia?**

I. S: Mejor capacidad de expresarme. Sentir profundamente lo que siento en cada momento. No juzgarme, ni por el proceso, ni por el resultado. Querermé y valorarme más.

M. C: Una nueva forma de conocerme a mí misma. Aprender a no juzgarme y a dejarme llevar. Disfrutar del momento presente.

E. S.: Me ha aportado una visión de mí misma que tenía bastante olvidada.

D. I.: He desarrollado creatividad, he descubierto la espontaneidad y la improvisación, me permite canalizar emociones de una forma sana. Me siento más útil, más creativa, acercándome a un estilo propio.

#### **○ Destaca aspectos positivos y negativos que hayas vivido respecto a tu proceso y a las sesiones.**

A. N: Me ha aportado satisfacción, a veces tranquilidad y otras veces aburrimiento (se me hacía largo).

I. S.: Las sensaciones, los sentimientos, la dedicación, esfuerzo y constancia (valores positivos). Juzgarme a veces (negativo).

M. C: Poco a poco he ido dejando de cuestionarme y juzgarme, he pasado de pensarlo todo y racionalizarlo a sentir y dejarme llevar llegando a disfrutar de ello.

E. S.: Todos son aspectos positivos, desde la cercanía de Esti y Ale hasta el trato con mis compañeras y poder compartir esos momentos.

D. I.: Positivos; me ha ayudado a descubrir aspectos de mí que puedo mejorar y otros que están bien como están, he compartido tiempo con mis compis y he trabajado la socialización. Negativos: he visto que me cuesta manejar algunas cosas, que a veces soy demasiado crítica con lo que hago, y creo que soy muy ignorante en arte.

### **¿Qué utilidad le ves a arteterapia dentro del Hospital de Día?**

A. N: Sirve para sacar mucha suciedad interior.

I. S: Comprendernos mejor, valorarnos, expresarnos y ayudarnos.

M. C: Un espacio para poder disfrutar del momento presente y de autoconocimiento además de utilizar ese espacio del día en nosotras.

E. S.: Dentro de HD creo que arteterapia sirve de muchísimo (de hecho tendrían que plantearlo como algo fijo). Saca cosas de las personas que otras terapias no hacen.

D. I.: Favorece la cohesión del grupo; promueve la socialización en personas con dificultades, es una actividad que se disfruta y puede ayudar a personas con el ánimo bajo.

### **¿Qué utilidad podría tener arteterapia para ti (individualmente)?**

A. N: Sacar la suciedad interior, y eso ya es mucho...

I. S: Valorarme, aceptarme, no juzgarme, facilidad para sentir y expresar... "Todo lo que hacemos es obra".

M. C: Pensaba que no la tenía pero con las sesiones más que expresar emociones que ya lo hago me ha servido para disfrutar haciendo algo que es mío y para mí, conocer y descubrir que puedo dejarme llevar sin pensar todo tanto.

E. S.: Pienso que para mí la arteterapia tendría que ser algo a lo que recurrir con frecuencia para encontrarme conmigo misma y con mis emociones.

D. I.: Me ayuda en la socialización; me ayuda a expresar emociones de una forma sana; mejora mi autoestima; me ayuda a conocer mis cualidades y mis defectos y lo que se me da mejor y peor; me ayuda a desarrollar sensibilidad hacia el trabajo artístico, hacia el arte en general; creo que puedo desarrollar con el tiempo mayor creatividad.

**¿Cómo podrías relacionar lo que has ido viviendo en las sesiones, con lo que hayas vivido/ vives en tu vida cotidiana?**

A. N: No lo relaciono.

I. S: Arteterapia es el día a día, hacer algo con dedicación, magia, entusiasmo, compañerismo... Y disfrutar de ello, sea cual sea el resultado.

M. C: El no poder dejarme llevar es algo que me pasa fuera, el juzgarme a mí misma y pensar que mis cosas son ridículas suele venir conmigo siempre a todas partes. Algo que también he descubierto es la necesidad real que tengo de expresar mis necesidades.

E. S: Ahora me costaría relacionar lo vivido en las sesiones con mi vida diaria, pienso que me ha faltado tiempo.

D. I.: Seguir creando es una manera de mantener la habilidad fresca y desarrollarla poco a poco, guardar momentos, reconocer emociones...

**¿Tienes intención de seguir creando una vez terminada tu experiencia en arteterapia? ¿Por qué?**

A. N: No lo sé, pero ahora ya llevo una idea de saber hacer algo.

I. S: Sí, quiero continuar. Es una parte de mí que quiero potenciar y sé que me sirve de mucho.

M. C: Me gustaría hacerlo aunque no sé de dónde puedo sacar las ideas porque he disfrutado mucho en cada rato que lo he hecho.

E. S.: Por supuesto que quiero seguir creando porque me hace sentir muy bien.

D. I.: Sí, me hace sentir bien, me parece una buena idea como auto-regalo y como regalo a otras personas. Me ayuda a relajarme.

---

**Valora y comenta los siguientes aspectos de las sesiones que has vivido:**

○ **El ambiente de trabajo.**

A. N: Bien, positivo.

I. S: Muy bueno y si es con música más.

M. C: Muy bueno y acogedor en general.

E. S.: Muy bueno.

D. I.: Buen ambiente, relajado, limitado por el tiempo pero sin presión.

○ **Compañeras, el grupo.**

A. N: Muy bien. Había compañerismo.

I. S: Depende del día, pero casi siempre agradable.

M. C: Mucho más cercanas y “reales” que en otros ratos.

E. S.: Cada día una sorpresa constante.

D. I.: He visto una actitud muy abierta y de colaboración en las sesiones.

○ **Arteterapeutas.**

A. N: Súper bien. Transmitís seguridad y tranquilidad.

I. S: Geniales, sois un amor.

M. C: Sencillamente geniales, cercanos.

E. S.: Estupendos, profesionales, entrañables.

D. I.: Accesibles, resolviendo dudas, ayudando en los bloqueos.

**¿Cuán cómoda te has sentido la ver que no conseguías manejar algún material? ¿Qué has hecho ante estas situaciones? ¿Qué has sentido ante estas situaciones?**

A. N: Me quedaba en blanco y procuraba pedir opinión. Sentía nerviosismo.



I. S: Al principio me incomodaba pero intentaba una y otra vez hasta que me saliera. Si no era así, no pasaba nada. No todo lo dominamos siempre.

M. C: Al principio lo llevaba mal, me frustraba conmigo misma con facilidad. Después empecé a dejarme llevar y a disfrutar y me costaba menos. Solía obligarme a pensar y luego trataba de dejarme llevar. El sentimiento era impotencia y me hacía ponerme nerviosa la mayoría de las veces.

E. S.: Cuando no manejaba algún material simplemente me he dejado llevar por cómo me sentía.

D. I.: He sentido bloqueo e impotencia, me ha costado salir de esas situaciones, sobre todo al principio. Lo que más me ha servido ha sido buscar otros materiales que me llamaran la atención o cambiar de idea.

### **¿Qué has sentido al hablar de tus obras y emociones ante el grupo?**

A. N: Me gustaba, me sentía más a gusto. Ha sido una experiencia positiva.

I. S: Relajada y tranquila. No me ha costado nada. Esto me ha encantado hacerlo.

M. C: Al principio me costaba más y me daba vergüenza que vieran mis obras pero luego muy bien, cómoda de poder aportar y que me aportasen las demás.

E. S.: He sentido que he compartido algo muy personal, me ha servido para acercarme, abrirme más.

D. I.: En general bastante inseguridad, y en algún momento no he querido contar todo. Pero otras veces me he sorprendido contando cosas importantes y me alegro de haberlo hecho.

### **¿Qué significan para ti tus obras? ¿Qué sientes hacia ellas?**

A. N: Algo bueno, ya que nunca llegué a acabar nada de lo que hacía antes. Satisfecha de acabar las obras. Me siento orgullosa de ellas.

I. S: Son parte de mí, de mi vida. Cariño.

M. C: En todas he dejado un poco de mí y de cómo estaba en aquel momento. Probablemente verlas todas generaría muchas emociones a la vez. Algunas me producen cariño, emoción, etc., y otras quizás sentimiento de ridículo y vergüenza.

E. S.: Mis obras son mis emociones, mi reconocimiento personal. Siento mucho cariño hacia ellas.

D. I.: Me son valiosas, por el esfuerzo puesto en ellas, porque me han ayudado a avanzar.

### **¿Qué ha supuesto para ti el papel de los arteterapeutas?**

A. N: Son dos personas especiales. Me gustó porque sabían hacer muy bien su papel. Estaban compenetrados.

I. S: Un apoyo muy importante. Os he cogido muchísimo cariño (os voy a echar de menos).

M. C: Personas que estaban allí para ayudar y que de algún modo te recordaban que nadie está ahí para juzgarte, que tus obras son perfectas por ser tuyas.

E. S.: Esti y Alex me han hecho ver cosas que tenía olvidadas respecto a mí, han sido de gran apoyo.

D. I.: Al principio me sentía un poco incómoda de que se notaran mis bloqueos, después han supuesto una ayuda al señalarme cosas que observaban y un espacio seguro para contar cosas.

### **¿Cómo resumirías tu proceso personal en arteterapia, desde tu primera sesión hasta hoy?**

A. N: Volvería a repetir otros tres meses. Siempre venía con pereza al principio, y al ponerme frente al papel me acababa poniendo bien.

I. S: Avance muy grande.

M. C: De autoconocimiento. Como si hubiera una cuerda alrededor de la cintura muy apretada y poco a poco la hubiese ido soltando quedando más libre.

E. S.: Mi proceso personal es el camino de las emociones (mi camino) que son parte importante en mi vida.

### **Si quieres, añade algún comentario que consideres relevante respecto a tu experiencia en arteterapia, y que no haya aparecido en la encuesta.**

I. S.: Sois geniales, no os voy a olvidar. Gracias por todo.

M. C.: Gracias!!

E. S.: Se me ha hecho demasiado corto, siento que mi proceso aún está ahí, quedan muchas cosas por descubrir.