



MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

**DEL CRECIMIENTO PERSONAL HACIA LA COHESIÓN GRUPAL:
LA ARTETERAPIA COMO VÍA TRANSICIONAL EN UN CENTRO DE
DÍA CON PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE.**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO: 2016 - 1017

ESPECIALIDAD: ÁMBITOS CULTURALES

MORÁN REYES OYUKY

CONVOCATORIA ORDINARIA

TUTORA ACADÉMICA: OLAIA FONTAL MERILLAS

DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN MUSICAL, PLÁSTICA Y CORPORAL. FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

AGRADECIMIENTOS

A la Vida por permitirme realizar este recorrido de reconocimiento y transición personal y profesional.

A mi Abu Nena Q.E.P.D., por ser mi luz y guía en cada momento, brindándome la fuerza y la fortaleza necesaria para seguir adelante.

A mis padres y hermanos que, a pesar de las adversidades, sin su apoyo incondicional este sueño hubiera sido imposible de alcanzar.

A mi chica "YEYE" por haber llegado a mi vida y ser la chispa que me motivó a seguir adelante.

A "Sirenita" por demostrarme que nunca es tarde para reconciliarte con la vida, siempre hay una esperanza.

A mis incondicionales Mirna, Dianis, Juan, Gracia, Marcos y Yasna, por todas las experiencias, los aprendizajes, el apoyo y cariño recíproco en estos dos años de transmutación.

A Raquel por ser amiga y compañera de prácticas, por el apoyo incondicional, el acogimiento recibido desde el 1er. Año y por aguantarme tanto.

A Olaia, por haberme acercado a Fundación INTRAS y hacer posible esta experiencia.

A Gustavo Martín y Eva Galán, por permitirme ser parte de su equipo de trabajo, por la confianza recibida en la elaboración del Proyecto y por el apoyo brindado en todo momento.

A Annalisa Pellegrini por el apoyo, las palabras y momentos de des-estrés en las diferentes etapas de mi Formación.

A los usuarios del Centro de Día "20 Metros" por cada momento, emoción, sentimiento, pensamiento, experiencia y palabras compartidas en este año de prácticas, por permitirme ser parte de su vida e implicarme en su proceso de recuperación.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	9
2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	12
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1 Contextualización	13
3.1.1 Trastornos Mentales Graves (TMG)	15
3.1.1.1 De la Rehabilitación Psicosocial (RPS) hacia la Recuperación de las personas con TMG.....	17
3.2 El Arte como vía de expresión y reestructuración en personas con TMG	19
3.2.1 La inmersión del Arte en el Campo de la Salud Mental	20
3.2.2 Contribución terapéutica del Arte en la recuperación de las personas con TMG.....	23
3.3 El grupo de trabajo como agente de cambio en el proceso de recuperación y reinserción social de personas con TMG.	25
3.3.1 Efecto terapéutico del Arte en un grupo de trabajo con TMG	28
4. METODOLOGÍA	30
4.1 Diseño de la investigación.....	30
4.2 Muestra	35
4.3 Variables	36
4.4 Instrumentos para Recogida de Datos.....	36
4.4.1 Instrumentos Cuantitativos	36
4.4.2 Instrumentos Cualitativos.....	38
4.5 Triangulación de Datos	40
5. PROCESO DE REGOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS	41
5.1 Punto de partida.....	41
5.1.1 Pre - Test de autoestima de Rosenberg	44
5.2 El Proceso Arteterapéutico.....	45
5.2.1 Crecimiento Personal.....	45
5.2.2 Proceso Grupal.....	57
5.2.2.1 Etapa I. Exploración y enganche a un espacio de expresión artística. Sesiones Estructuradas.....	57
5.2.2.2 Etapa II. Desarrollo de habilidades personales e integración. Sesiones Semi-Estructuradas	60
5.2.2.3 Etapa III. Fortalecimiento de las habilidades personales y apoyo de pares. Sesiones sin estructura.....	61
5.3 Resultados	62
5.3.1 Re - Test de autoestima de Rosenberg	62

5.3.2 Yalom's 60 q-short of curative factors in group therapy. <i>Cuestionario de Factores Terapéuticos</i>	65
6. CONCLUSIONES	70
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXO 1	78
ANEXO 2.....	79
ANEXO 3.....	83
ANEXO 4.....	84
ANEXO 5.....	85

Contenido de Tablas, figuras e imágenes

1. Tablas

<i>Tabla 1.</i> Panorama general de la población seleccionada para el Proyecto de Investigación (Fuente: Elaboración propia)	35
<i>Tabla 2.</i> Categorización de la Entrevista Semi-estructurada Inicial (Fuente: Elaboración propia)	39
<i>Tabla 3.</i> Valoración Global de Escala de Autoestima de Rosenberg, Pre – test, (Fuente: Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)	44
<i>Tabla 4.</i> Valoración Global Comparativa de Escala de Autoestima de Rosenberg, Re – test, (Fuente: Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)	62
<i>Tabla 5.</i> Yalom's 60 q-short of curative factors in group therapy. Cuestionario de Factores Terapéuticos. (Fuente: Lawlor, 1982). Traducción propia	66

2. Figuras

<i>Figura 1.</i> Cronograma de las Sesiones de Arteterapia (Fuente: Elaboración propia)	31
<i>Figura 2.</i> Diseño de Intervención Arteterapéutica (Fuente: Elaboración propia).	31
<i>Figura 3.</i> Cronograma de Acciones Individuales y Grupales durante la Intervención Arteterapéutica (Fuente: Elaboración propia)	33
<i>Figura 4.</i> Cronograma de Recogida de Datos para la Investigación (Fuente: Elaboración propia)	38
<i>Figura 5.</i> Diagrama de Triangulación de Datos (Fuente: Elaboración propia).....	40
<i>Figura 6.</i> Control de integración de participantes y asistencia al Taller de Arteterapia. (Fuente: Elaboración Propia)	43

3. Imágenes

<i>Imagen 1. Experimentación y manipulación libre de carboncillo</i>	46
<i>Imagen 2. Elaboración de Masilla de Harina</i>	46
<i>Imagen 3. Representación simbólica del Enfado</i>	47
<i>Imagen 4. Representación simbólica de Aprensión</i>	47
<i>Imagen 5. “Retrato grupal”</i>	48
<i>Imagen 6. Cooperación en trabajo de grupo</i>	48
<i>Imagen 7. “Retrato grupal”</i>	48
<i>Imagen 8. “Expresión libre en colectivo”</i>	48
<i>Imagen 9. “Trabajo libre”</i>	48
<i>Imagen 10. “Preparación corporal para expresión artística”</i>	49
<i>Imagen 11. “Diálogo no verbal en 3D”</i>	50
<i>Imagen 12. “Diálogo no verbal gráfico”</i>	50
<i>Imagen 13. “Mi espacio”</i>	51
<i>Imagen 14. “Trabajo libre”</i>	51
<i>Imagen 15. ¿Quién soy? “Mi jaula”</i>	52
<i>Imagen 16. “Mi jaula” (2)</i>	52
<i>Imagen 17. “¿Quién soy?”</i>	53
<i>Imagen 18. “Representación simbólica de las emociones”</i>	53
<i>Imagen 19. “Mi nueva meta a alcanzar”</i>	55
<i>Imagen 21. Tema libre</i>	56
<i>Imagen 20. Tema libre</i>	56
<i>Imagen 22. Tema libre</i>	56
<i>Imagen 23. “Emociones”</i>	58
<i>Imagen 24. Composición “Mezcla de emociones”</i>	58
<i>Imagen 25. “El vestido”</i>	59
<i>Imagen 26. “La Cofradía”</i>	59
<i>Imagen 27. Expresión libre Colectivo</i>	60
<i>Imagen 28. Retrato Grupal “Mi espacio”</i>	60
<i>Imagen 29. Elección de materiales y espacios para trabajo individual</i>	61
<i>Imagen 30. Representación simbólica de los temores, angustias o conflictos</i>	61
<i>Imagen 31. ¿Quién soy?</i>	67
<i>Imagen 32 Expresión conjunta libre</i>	67

RESUMEN

La prevalencia de los Trastornos Mentales Graves (TMG) continúa incrementándose y afectando a millones de personas. La comorbilidad con otras enfermedades y la descompensación física, emocional y social, se convierten en una gran barrera que coloca a este colectivo en “riesgo de exclusión”.

El Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020, mediante una amplia red de servicios Socio-Sanitarios, impulsa Programas y Propuestas de Intervención que favorecen el proceso de Recuperación de las personas con TMG. La nueva cultura sanitaria se esfuerza por proporcionar las herramientas necesarias que permitan trascender ante la enfermedad, incrementar sus capacidades y crear nuevos proyectos de vida.

Entre las Técnicas de Intervención de los Programas de Recuperación Psico-Social (RPS), se reconocen las terapias expresivas como una intervención eficaz. La Arterapia se establece como una intervención terapéutica de acompañamiento y soporte “no verbal”, que favorece la exploración, el autoconocimiento y la comunicación indirecta entre las personas a través de diversos materiales.

La Arteterapia aplicada en personas con TMG, favorece la autoestima a partir de la reconstrucción de su imagen y sus afectos. En un grupo de trabajo, crea una atmosfera de seguridad y confianza que desinhibe, soporta, refuerza y reconduce hacia la creación de vínculos. En la interacción entre pares, la aceptación e identificación con los otros, se vuelven agentes motivadores de cambio en el proceso de recuperación.

La Arteterapia en un grupo de personas con TMG pertenecientes a un Centro de Día de Fundación INTRAS, promueve el desarrollo de habilidades sociales y relaciones interpersonales. En el proceso, el análisis, la reflexión, la cooperación y el apoyo mutuo, generan un sentimiento de pertenencia. La trascendencia del grupo de trabajo hacia la cohesión grupal estimula y facilita su reincorporación en las dinámicas y entornos sociales que las rodean.

Palabras clave: Trastornos Mentales Graves, Arteterapia, Recuperación, Crecimiento Personal y Cohesión Grupal.

ABSTRACT

The prevalence of the Mental Serious Disorders (TMG) continues to increase and affecting million persons. The co-morbidity with other diseases and the physical, emotional and social decompensation, become a major barrier that he puts this group at "risk of exclusion".

The Action plan on the Mental Health 2013-2020, by means of a wide network of services Partner Sanitary, stimulates Programs and Offers of Intervention that favor the process of Recovery of the persons with TMG. The new sanitary culture strains for providing the necessary tools that allow coming out before the disease, to increase his capacities and to create new projects of life.

Between the Technologies of Intervention of the Psico-Social Recovery Programs (RPS), the expressive therapies are recognized as an effective intervention. The Art-Therapy establishes as a therapeutic intervention of accompaniment and "not verbal" support, which favors the exploration, the self-knowledge and the indirect communication between the persons across diverse materials.

The Arteterapia applied in persons with TMG, favors the "self" from the reconstruction of his image and his affections. In a workgroup, believe a safety atmosphere and confidence that disinhibit, he supports, it reinforces and re-drives towards the creation of links. In the interaction between couples, the acceptance and identification with others are becoming agents of change turn, in the process of recovery.

The Arteterapia in a group of persons with TMG belonging to a Foundation INTRAS Day Center, he promotes the development of social skills and interpersonal relations. In the process, the analysis, the reflection, the cooperation and the mutual

support, they generate a feeling of belonging. The transcendency of the workgroup towards the cohesion grupal stimulates and facilitates his reincorporation in the dynamics and social environments that surround them.

Key words: Mental Serious Disorders, Arteterapia, Recovery, Personal Growth and Cohesion Grupal.

1. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas se han realizado innumerables investigaciones y estudios epidemiológicos relacionados con los Trastornos Mentales Graves (TMG) que permiten estar a la vanguardia de las características, el funcionamiento y el desarrollo de cada uno de los trastornos en que éstos se diversifican.

Las últimas actualizaciones de datos, permiten mayor precisión en los Criterios de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF 10) y simplifican los criterios de valoración de cada uno de los trastornos hacia un mejor diagnóstico y plan de intervención específico (American Psychiatric Association, 2016).

La Organización Mundial de la Salud certifica que, la prevalencia de los TMG continúa incrementándose y actualmente afecta a más de 470 millones de personas (OMS, 2017). El estudio ESEMeD-España (Haro et al., 2006) demuestra que el 40 % de la población padece algún tipo de Enfermedad Mental y estima que, en una de cada cuatro familias, hay al menos una persona con trastornos mentales.

La OMS (2017) declara que, entre los TMG de mayor impacto y trascendencia, se encuentran la Depresión, el Trastorno Afectivo-Bipolar, la Demencia y la Esquizofrenia. La descompensación individual, social y cultural que estos trastornos generan se convierte en la principal barrera en el desarrollo integral de las personas que los padecen.

Los índices de comorbilidad con otras enfermedades (pulmonares, diabetes, VIH-Sida, etc.) y la vulnerabilidad por el consumo de alcohol u otras drogas se incrementan y, con ello, la esperanza de vida se reduce de un 60% a un 40%, culminando en muerte prematura por diagnósticos equivocados, falta de continuidad en el tratamiento de enfermedades secundarias y/o suicidio (OMS, 2013).

Los altos índices de personas afectadas por TMG se han vuelto el punto de partida de diversas Organizaciones y Servicios Socio-Sanitarios que se reúnen periódicamente para abordar y dar respuesta a las múltiples necesidades que se

presentan. En este sentido, para superar la brecha en Salud Mental, la OMS (2008) - mediante el Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)- se esfuerza por:

1. Reforzar el compromiso de ampliar y mejorar la cobertura de servicios.
2. Fortalecer las políticas y leyes que respalden los derechos humanos de las personas afectadas.
3. Resaltar la importancia de abordar los trastornos desde un enfoque integral y multisectorial.
4. Valorar los obstáculos que dificultan la ejecución generalizada de las intervenciones seleccionadas y de las opciones disponibles para superar los mismos.
5. Realizar los ajustes necesarios en la implementación de planes, estrategias y programas que propicien la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la atención y la recuperación del trastorno que se padezca.

El Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013), impulsa el Modelo de Intervención *Recovery*, un enfoque que tiene como principal objetivo “ayudar a las personas a desarrollar habilidades y acceder a los recursos necesarios que le permitan incrementar sus capacidades y obtener éxito en la vida, el trabajo, el aprendizaje y los entornos sociales de su elección” (Anthony & Farkas, 2009, p. 9).

En este sentido, la nueva cultura sanitaria pretende dotar a las personas, a través de diversos Recursos Socio-Sanitarios, de las herramientas necesarias que les permitan asumir la enfermedad y sobreponerse a los efectos que ésta les supone, a fin de redefinir sus metas y favorecer sus expectativas de vida.

La integración de los Centros de Día, las Asistencias Personales y las Terapias Alternativas, se reconocen como herramientas vitales en el Proceso de Recuperación de las personas diagnosticadas; con ello, existe una redefinición de las funciones del personal sanitario, empoderando la participación de los profesionales en su labor (trabajadores sociales, terapeutas, educadores, etc.). Es aquí donde la Arteterapia encuentra un punto de admisión y se desenvuelve como una técnica que facilita la autoexploración, la auto-reflexión y el empoderamiento de las personas afectadas con TMG.

La prevalencia de los TMG asciende continuamente causando efectos considerables en la salud de las personas que los padecen. Los altos grados que alcanzan de ansiedad, sentimientos de culpa, pensamientos negativos y recurrentes, a largo plazo repercuten en los ambientes sociales donde se desenvuelven, afectando a las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 2016).

Las habilidades sociales y de comunicación son dos aspectos elementales que, al disminuir, fracturan los vínculos preestablecidos con familiares y amistades cercanas. En el mejor de los casos suelen tener contactos sociales superficiales; por el contrario, el aislamiento social, la marginación o la exclusión social se hacen presentes (OMS, 2013).

Fundación INTRAS (Investigación y Tratamiento en Salud Mental) es un organismo que trabaja continuamente en la investigación, el diseño y la implementación de acciones orientadas hacia una *mejora en la calidad de vida* de las personas que poseen algún tipo de discapacidad como causa o consecuencia de TMG o aquellas que sufren algún deterioro cognitivo, como son las demencias (Iglesias, 2010).

Bajo el precepto de que toda persona tiene derecho a recibir -en la medida de lo posible- un servicio que le permita desarrollar las habilidades necesarias para gestionarse, organizarse y realizar acciones con mayor autonomía (Iglesias, 2010). Fundación INTRAS, a partir del Centro de Día "20 Metros", impulsa Programas de Soporte Social que permitan a los "usuarios" el restablecimiento de proyectos de vida y su reinserción social; entre ellos, la propuesta de un espacio de crecimiento personal y fortalecimiento entre pares mediante un Taller de Arteterapia.

La elaboración del Programa Arterapéutico surgió de la necesidad de poner en práctica las habilidades y experiencias obtenidas durante el 1er. Año de formación. La implementación y la valoración de los resultados obtenidos con los usuarios del Centro de Día, ampliaron el interés y la motivación por continuar ejerciendo éste tipo de intervención. Considerando que la Arteterapia no solo contribuye en el proceso de Recuperación de las personas, sino que también favorece la integración, la cooperación y la socialización; con el apoyo y la asesoría

de mis Tutores: Gustavo Marín y Eva Galán, se dio la oportunidad de crear un nuevo grupo de trabajo.

Con el objetivo académico y profesional de ampliar las vías de trabajo que permitieran la interacción entre investigación y práctica, la siguiente propuesta Arteterapéutica se perfila como un programa de investigación e intervención que favorece la comprensión de los factores interpersonales de un colectivo en “riesgo de exclusión”, así como el impacto que ejerce la planificación, el diseño y el desarrollo del proyecto en la mejora del bienestar integral de este colectivo, en el plano individual y social. En este sentido, se focalizó el interés en aquellas personas con dificultades para establecer vínculos con otros, aquellas personas que habían disminuido su asistencia o bien, aquellas personas que solo habían participado como voluntarios y ahora podrían beneficiarse de las actividades.

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

En el ámbito del "crecimiento personal", la Arteterapia¹ es una intervención terapéutica que favorece el encuentro con uno mismo y facilita la exploración de nuevas formas de trascender a las dificultades que se presentan en la vida (Naumburg, 1997). En personas con TMG, esta intervención -cuando se realiza convenientemente- suaviza rápidamente las inhibiciones, impulsa a la reconstrucción y encamina hacia cambios conductuales positivos con mayor confianza y autoestima.

Dentro de un encuadre terapéutico, la intervención del “otro” se visualiza como un apoyo en la identificación y el enriquecimiento de aprendizajes. De acuerdo con Freud, "en la vida anímica individual, aparece siempre integrado el otro como modelo, objeto, auxiliar o adversario" (Gómez, N.D., p. 5). La interacción entre varios sujetos permite trascender hacia la comprensión, la aceptación y la re-significación de la propia identidad y, de forma paralela, promueve relaciones sociales y actitudes

¹ Se antepone el artículo “la”, cuando la intervención Arteterapéutica se centraliza en la terapia. En el proceso de recuperación de las personas con TMG, el acompañamiento Arteterapéutico está centralizado en el proceso, más que en el Arte; esta última, se convierte en una herramienta de trabajo que facilita la expresión, la autoexploración, la reconstrucción del “self”. El Arte se vuelve un objeto mediador y transicional en el tiempo.

colaborativas que, fomentan valores de compañerismo, solidaridad y responsabilidad.

La Arteterapia crea espacios donde los miembros brindan soporte en la gestión de emociones, estimulan y motivan al encuentro de una visión positiva de la vida y genera diversas posibilidades de respuesta a determinado conflicto. El Arte, en grupos de trabajo que padecen TMG, se vuelve lo suficientemente flexible como para ser interpretado de diferentes maneras (Liebmann, 1994); de este modo, se convierte en una herramienta que favorece el desarrollo de habilidades interpersonales, que permiten trascender del empoderamiento hacia la recuperación y la reinserción social.

Con el siguiente estudio de caso, de carácter intrínseco, con enfoque empírico y valoración mixta, se pretende analizar ***cómo favorece la Arteterapia el crecimiento personal de personas con TMG*** y de forma paralela, dentro de un equipo de trabajo ***cómo permite trascender hacia la cohesión grupal***.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización

Fundación INTRAS (FI) es una “entidad sólida, responsable y sostenible, [*así como un*] referente profesional en el ámbito de la atención a las personas con necesidades socio-sanitarias, de forma prioritaria de las personas con enfermedad mental” (Iglesias, 2010). A través del Departamento de Proyectos acoge, coordina e impulsa más de 30 proyectos (nacionales e internacionales) que brindan los recursos necesarios en pro de la mejora de la salud mental, así como favorecer la integración social y reinserción laboral de los colectivos para quienes trabaja (Ibídem).

En la entidad de Valladolid, FI brinda sus servicios a toda persona con problemas socio-sanitarios y de Salud Mental en las distintas etapas del ciclo vital de manera equitativa e igualitaria entre aquellos que son derivados por alguna

Institución, por recomendación de terceros o bien, por iniciativa de los Familiares o Tutores responsables.

En este sentido, FI ha implementado la estrategia consensuada “comunitaria” estipulada por el Modelo Integrado de Atención (MIA) a las personas con discapacidad por TMG (IMSERSO, 2007, p. 39) que comprende dos tipos atención:

- Normalizada. En función a ámbitos sanitarios, educativos, culturales, deportivos, laborales, de ocio y tiempo libre.
- Rehabilitación Psicosocial²: Centros de Día Especializados con programas activos de Rehabilitación Psicosocial (denominado en la Comunidad de Madrid Centro de Rehabilitación Psicosocial o CRPS), Centro de Día Especializado con programas de Soporte Social, Centro de Día Especializado en Técnicas de Rehabilitación Laboral, Plazas residenciales (tipo Mini-residencia) y, Plazas en otras alternativas residenciales (tipo pisos supervisados).

En ambos ámbitos, en pro del empoderamiento de las personas, se adopta el Modelo de Recuperación o Recovery y, se diseñan acciones que permitan a los usuarios gestionar, organizar y realizar acciones con mayor autonomía.

El Centro de Día “20 Metros” es un espacio que acoge a hombres y mujeres entre un rango de edad de 23 y 65 años. El 70% de los usuarios que recurren al servicio son derivados por la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Dr. Villacián, el Centro de Acción Social (CEAS) o Equipos de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP), mientras que el 30% acude por recomendación de terceros, por cuestiones familiares o por iniciativa propia. Entre las patologías con mayor índice de afluencia son: Esquizofrenia, Trastorno de Personalidad y Trastorno Bipolar.

El horario de Atención del C.20M está distribuido en dos Turnos: por la mañana de 9:00 a 13:00 hrs. y por la tarde de 16:00 a 19:00 hrs. En ambos horarios

² En función de los consensos profesionales actuales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP).

se promueven acciones dinámicas, adaptadas a las necesidades de los usuarios, buscando siempre el máximo potencial y desempeño. Las acciones que se realizan en el C.20M, deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Acentuar la importancia del lenguaje como una herramienta básica de comunicación e intercambio de experiencias y aprendizajes,
- Fortalecer la resolución de conflictos frente al desarrollo de las capacidades afectivas en todos los ámbitos,
- Favorecer el re-descubrimiento de la identidad personal,
- Promover acciones que estimulan el autocontrol (manejo de uno mismo) y el autoestima y,
- Crear espacios que favorecen la inclusión social y la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona.

3.1.1 Trastornos Mentales Graves (TMG)

La Comisión de la OMS define la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2016). En este sentido, la salud mental se considera como un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, afronta positivamente las tensiones cotidianas, actúa de forma productiva y contribuye en el funcionamiento de la comunidad.

Los Trastornos Mentales son alteraciones del sistema biológico (genéticos, infecciosos, traumáticos, tóxicos.), psicológico y/o social, que afectan el funcionamiento integral de las personas (American Psychiatric Association, 2016), dificultando el desempeño y la adaptación al entorno socio-cultural que lo rodea.

El criterio de Trastorno Mental Grave (TMG) se utiliza para agrupar a personas con una compleja constelación de problemas y sintomatologías similares, prevalecientes en dos años o más, que han afectado el funcionamiento psicosocial y denotan riesgo de cronificación en los déficits cognitivos y neurobiológicos (Izquierdo et al., 2011).

Los TMG de carácter psicótico, se definen por anomalías en uno o más de los siguientes dominios (American Psychiatric Association, 2016):

- Delirios. Alteración de la mente que conlleva confusiones, pensamientos incoherentes, creencias e interpretaciones distorsionadas o erróneas de la realidad y, poco susceptibles a modificaciones después de comprobar la falsedad de los mismos. El contenido de éstos puede incluir temas *persecutorios*, *referenciales*, *de grandeza*, *somáticos* (funcionamiento de los organismos), *erotomaniacos* (creencia erróneamente de que otra persona esté enamorada de él o ella), *nihilistas* (suponen la convicción de que sucederá alguna catástrofe) o *de control* (existencia de una fuerza externa que manipula o influye el pensamiento o la corporalidad del sujeto).
- Alucinaciones. Dada la ausencia de un estímulo externo, se considera una pseudo-percepción en cualquier modalidad sensorial (visual, auditiva, táctil, olfativa, gustativa), con características similares y con el mismo impacto que una percepción normal.
- Pensamiento (discurso) desorganizado. Perturbación del pensamiento que puede inferirse a partir de una disfunción en el discurso del sujeto presentando: *descarrilamiento o asociaciones laxas* (cambiar de un tema a otro), *tangencialidad* (relación indirecta o carente al tema que se está tratando), *incoherencia o "ensalada de palabras"* (desorganización lingüística que dificulta su comprensibilidad).
- Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo. Se manifiesta en dos polaridades, desde conductas infantiles (en adultos), hasta agitaciones impredecibles que interrumpen o dificultan el desempeño de las actividades cotidianas. El *comportamiento catatónico* se incluye por ser una alteración donde en casos extremos, el sujeto permanece paralizado y ausente respecto al entorno, siendo los síntomas comunes el *mutismo* y *negativismo* (resistencia a llevar a cabo instrucciones).

- Síntomas negativos. Son aquellos que indican una disminución en el estado anímico y en las relaciones sociales, por ejemplo: *expresión emotiva disminuida* y *abulia* (disminución de actividades realizadas por iniciativa propia).

Entre los TMG de carácter psicótico destacan:

- Esquizofrenia. Trastorno mental que no permite al paciente tener pensamientos lúcidos, ni respuestas emocionales correctas para tener un comportamiento normalizado. Se caracteriza por la pérdida de las fronteras del “yo”, sufriendo un deterioro grave en el juicio y distinción entre lo real y lo imaginario.
- Trastorno esquizo-afectivo. En este trastorno, una persona experimenta tanto síntomas de la esquizofrenia como síntomas de un trastorno del estado de ánimo; los episodios se pueden presentar al mismo tiempo o alternarse entre ellos.
- Trastorno bipolar. Conjunto de alteraciones o cambios en los estados de ánimo y niveles de actividad. Los cambios oscilan entre episodios serios de *manía* (aumento de la vitalidad y exaltación) y *depresión* (descenso de la vitalidad y dinamismo).

La prolongación de las alteraciones en el sistema psíquico, deteriora procesos cognitivos básicos como la conciencia, la percepción, la sensación, la cognición y el lenguaje. La afectación del funcionamiento produce alteraciones en el estado anímico, en la vitalidad y la motivación por realizar actividades cotidianas o de interés.

La compleja y problemática sintomatología, genera modificaciones en la dinámica del entorno social en el que se desenvuelven; en la mayoría de los casos, la progresiva disminución participativa en la comunidad concluye en aislamiento, abandono y exclusión.

3.1.1.1 De la Rehabilitación Psicosocial (RPS) hacia la Recuperación de las personas con TMG

El tratamiento es un conjunto de acciones médicas o psicológicas, encaminadas hacia el alivio sintomático o curación de la enfermedad (RAE). A fin de intervenir de la forma más adecuada, mediante las amplias redes de prestaciones y servicios, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales realizan una valoración más personalizada, asesoran sobre el padecimiento y promueven su integración en programas alternos que complementan el tratamiento fuera del ámbito clínico en pro de su mejora.

Los programas de RPS, con una vertiente interdisciplinaria, generan propuestas que se encaminan al desarrollo de habilidades interpersonales. Con el objetivo de afrontar la enfermedad, resolver los conflictos que ésta genera y maximizar las oportunidades de las personas con TMG. La intervención va dirigida hacia la autonomía, el reconocimiento y la superación de obstáculos dentro de los mismos entornos sociales en que éstas se desenvuelven (IMSERSO, 2007): residencias, pisos tutelados, pensiones concertadas y/o supervisadas, alojamientos en familias y servicios solidarios (en prisión, sin hogar, agencias en tutela), etc.

El nuevo modelo de asistencia, re-conceptualiza los TMG en términos de déficits en habilidades (Martínez, 2005) y procura proporcionar los apoyos complementarios que permitan compensarlos. Los tratamientos e intervenciones psicológicas contemplan una sucesión de transformaciones acumulativas que avocan niveles de organización más complejos. A los cambios en la estructura orgánica, les subsiguen cambios en la organización de los sistemas (McNeilly, 2000); ambos tipos trazan la trayectoria hacia una metamorfosis.

En la enfermedad mental, el aspecto que más se resiente es el reconocimiento de la propia identidad y, por ende, la expresión, la comunicación y la socialización. En la transición de la rehabilitación hacia la *recuperación*, el empoderamiento y la reinserción social, los Programas de RPS informan, orientan y auxilian al individuo en la comprensión de sí mismo, como una unidad con significado, *capaz de y con derecho a* usar su libertad y hacer efectivos sus garantías individuales (igualdad, equidad y justicia).

La *recuperación* es un proceso personal que implica el reconocimiento de las propias actitudes, valores, sentimientos, conflictos y limitaciones latentes. La auto-exploración, la reflexión y el intercambio verbal permiten el re-descubrimiento de un sentido de identidad y de participación activa (Martínez, 2005). La autodeterminación y el autocontrol son aspectos clave en la recodificación de los sistemas en los cuales vive inmerso el individuo (Naranjo, 2004) para suponerse ante los efectos de la enfermedad.

Vislumbrar al usuario como un agente activo dentro de su propia recuperación, refuerza las habilidades interpersonales, fortalece la construcción de nuevos objetivos y/o metas a alcanzar en un determinado tiempo e impulsa hacia la implantación de *nuevos proyectos de vida* (Shepherd, Boardman & Slade, 2007).

3.2 El Arte como vía de expresión y reestructuración en personas con TMG

Desde los orígenes de la historia humana, elementos básicos como el punto, la línea, el color, la textura (táctil y visual), la forma, la sombra, la luz, el espacio y el tiempo, han consolidado las bases del Arte. Estos elementos, que surgieron del instinto natural ante la necesidad de expresar las emociones y los sentimientos, no sólo se han convertido en una alternativa para comprender el mundo que nos rodea, sino que también son una vía de comunicación con el otro.

En cualquiera de sus manifestaciones (plástica, musical, dancística, teatral), el simbolismo y la abstracción se condensan en un todo, configuran el significado de aquello que no pueden expresarse de otro modo (Bobes, 2003). Ese “algo” se convierte en el testimonio material del estado y la conciencia del hombre.

La creación de “*arte-factos*” (proveniente del latín), es un impulso emergente del individuo ante la necesidad innata de organizar su mente (consciente e inconsciente) y la posibilidad de restaurarse simbólicamente (Prinzhorn 1922). En la “*poieses*” (palabra tomada del griego *ποιέω* “crear”), en ese acto de hacer o fabricar un “algo” artístico, el ser humano experimenta la posibilidad de hacer, tomar acción y sentirse afectivo (Malchiodi, 2012).

Cuando la imaginación encuentra un espacio de libertad, la mente inteligente también se libera y fluye, se alcanza la máxima expresión y representa de forma auténtica la esencia pura del inconsciente, esa parte “irracional” y “desinhibida” del ser: los pensamientos recurrentes, las alucinaciones, las sensaciones y toda aquella experiencia vivenciada.

La creatividad se abre camino hacia la exploración, se desplaza hacia lo desconocido e insospechado accediendo a la parte secreta de uno mismo. En la lucha por *significarse*, las personas con TMG crean objetos metafóricos que conllevan a la *organización y restauración del orden simbólico* (Marxen, 2011). La proyección de sus partes constitutivas en la obra, por una parte sirve de separación para observar y concientizar sus propias limitantes, miedos y fantasías y, por otra, funciona como puente entre el mundo interno y el externo dando sentido a su realidad.

En este sentido, la elaboración, la contemplación y la reflexión del objeto construido, no sólo facilitan el “des-envolvimiento” y “des-mantelamiento” de sus fantasmas, también brindan la posibilidad de comprenderlos, interpretarlos, nombrarlos, afrontarlos, reconstruirlos e integrarlos desde una nueva perspectiva: *como una parte más del todo que son* (Dalley, 1987).

3.2.1 La inmersión del Arte en el Campo de la Salud Mental

A partir de un conjunto de signos “no sólo verbales”, es posible crear la materia artística, figurar los sentimientos internos, las creencias y los pensamientos (Jung, 1964). Las producciones se impregnan de información y éstas, a su vez, se convierten en lenguaje; poseen la capacidad de transmitir mensajes, saberes y acontecimientos, proporcionan un punto de partida para el estudio y la comprensión de su naturaleza, sus entornos y sus historias.

A finales del siglo XIX, en el auge de la psiquiatría, los tratamientos psicoanalíticos y psicoterapéuticos de las neurosis tuvieron un gran desarrollo e implementaron en algunos hospitales psiquiátricos, elementos básicos del arte para

el diagnóstico de las enfermedades mentales (Malchiodi, 2012). Dichos lugares y espacios permitieron a diversos artistas, psicólogos e investigadores percatarse de los beneficios que generaba el Arte en las personas que lo experimentaban.

Berger (1977), por ejemplo, afirmó que la improvisación, la exploración y la producción del movimiento brindaban la oportunidad de descubrirse a sí mismo. Contempló la expresión corporal como una posibilidad para expresar los estados de ánimo y favorecer el contacto y las relaciones interpersonales. Por su parte, Kenneth Bruscia (1987) se percató de que, a través de la música y la manipulación de diversos instrumentos musicales, las personas accedían a un medio para proyectar sus energías, así como descubrir y elegir nuevas alternativas para expresar su estado de ánimo y encontrar un espacio de tranquilidad y confort.

Prinzhorn (1967) observó que el potencial creativo y expresivo de las producciones artísticas de los pacientes con enfermedades mentales, permitían vivenciar la experiencia y el sentir ante la enfermedad o el malestar que presentaban. Tras contemplar varias colecciones donde las representaciones simbólicas trascendían más allá de lo real (Marxen, 2011), consideró el arte psicótico como el más auténtico y veraz.

Ulman y Naumberg (1997) sustentaron que la representación simbólica de aquellos fantasmas, problemáticas o frustraciones instaladas en el inconsciente, facilitaba la exteriorización de aquellas emociones y sentimientos incomprensidos o dolientes que se habían adquirido e instalado de forma negativa y, además, reducían los niveles de estrés, ansiedad y tendencia al estado de locura.

La trascendencia del arte en el tratamiento de las enfermedades mentales se agudizó como una latente forma de expresión, comunicación y metabolización de experiencias negativas. Por este motivo, la terapia artística se consideró “no meramente como en sí misma un medio de curación, sino como un preparativo para todos los demás intentos de eliminar la enfermedad...” (Hogan, 2001, p. 44).

Con el propósito de que la “locura” pudiera ser entendida “más como una perturbación del sentimiento y menos como una perturbación del pensamiento”

(Hogan, 2001, p.35), a principios del Siglo XX, el movimiento “moral therapy” impulsó el uso del Arte como un medio de descarga emocional y de liberación de los afectos.

Freud (1954) argumentó que la representación simbólica del material inconsciente permitía exteriorizar aquellos pensamientos “instintos” o “deseos” atrapados en el interior; la proyección de lo que “el alma” no podía hacer con palabras, mejoraba el estado de ánimo de los pacientes y evitaba que éstos se consumieran en sus propios sentimientos. Al igual que Pfister (1922), consideraba que la producción artística ofrecía un espacio para objetivar y comprender aquellos pensamientos y sentimientos reprimidos, explorar las propias dimensiones metafísicas y encontrar una forma de estructurar su mundo.

En la terapia, la palabra, el sonido, el movimiento y/o la línea, se convirtieron en el rastro de aquello que posteriormente se convertirá en la representación simbólica de ciertos conflictos mentales ocultos (Carl Jung, 1964). En definitiva, la materialización a través del arte se potencializó como una vía de comunicación “no verbal” con personas que padecían enfermedades mentales u otras afectaciones lingüísticas o de pensamiento.

A partir de diversos enfoques teóricos (Cognitivo, Psicodinámico, Psicoanalítico, Humanista, etc.), psicólogos como Graham y Phersson (1961), se percataron que el Arte converge con otros sistemas psíquicos, que activan el sistema de organización y descodificación de hábitos, rasgos de carácter, fantasmas, traumas, patrones de conductas y sistemas de relaciones preestablecidos e instalados en la psique (Hogan, 2001). Por su parte, Hill (2001) y Russel (1995) enfatizaron que, la mediación artística favorecía el autocontrol y la adquisición de hábitos y regularidades que reconducen hacia una mejor conducta y crecimiento personal.

A finales de siglo XX, la Arteterapia se consolidó como una herramienta Psicoterapéutica que implicaba las artes como vía transicional entre el autoconocimiento, la transformación y el empoderamiento del “self”, hacia la recuperación de la salud y el bienestar bio-psico-social (AFART, 2017).

Con el paso del tiempo, la intervención Arteterapéutica ha trascendido como un proceso de ayuda especializada proactiva y preventiva que persigue la superación personal y madurez social del individuo. En el campo de la Salud Mental, contribuye en el reconocimiento de las propias actitudes, valores, sentimientos, conflictos y limitaciones latentes y al desarrollo de habilidades sociales que, a su vez, contribuyen a recuperar el contacto social.

El modelo de atención a las personas con TMG, ha reconocido las actividades expresivas como una intervención terapéutica eficaz; las diferencia -en cuanto a finalidad y metodología- de las actividades ocupacionales (IMSERSO, 2007) y las integra dentro de las Técnicas de Intervención en los Programas de RPS.

3.2.2 Contribución terapéutica del Arte en la recuperación de las personas con TMG

Los procesos de creación y proyección entrelazan la emoción y la razón, colocándose entre el *modo del ser* y el *querer ser*. En este punto de "tensión" entre el proceso primario -que implica modos no verbales ni discursivos como imaginativos y simbólicos- y el proceso secundario -que envuelve modos analíticos del pensamiento verbales y racionales-, el ser experimenta un viaje a su interior donde se puede experimentar, liberar y transformar (Hogan, 2001).

En este ir y venir entre la imaginación y la razón, se activa "un potencial hermético universal del aparato psíquico" (Zuckerfeld y Zonis Zuckerfeld, 2003, s/p), que permite al individuo transitar entre la interpretación fantasmática de los hechos y la razón, denominado Proceso Terciario o Psiquismo Creador. En esta conexión, el acto de crear contribuye a la canalización de las energías: ideas, emociones y sentimientos (Rogers, 1993) y ofrece un espacio de experimentación como posibilidad de cambio.

Una vez que el sujeto desbloquea sus propias barreras, emerge la imaginación y surge el pensamiento de lo posible como horizonte de existencia (Fiorini, N.D, p. 5), un espacio del psiquismo donde se trascienden las limitaciones y

es posible visualizar nuevas posibilidades. *Ahondar en un espacio de lo posible*, descentraliza y aleja de aquel otro, en el que nos sentimos incapaces de actuar (Levine y Levine, 2011) e incita a *nuevos modos de mirar, entender y hacer*.

El Proceso Creador (Fiorini, N.D.) no solo reafirma la estrecha relación entre el cuerpo, la mente y las emociones; genera ciertas tensiones y contradicciones que empujan hacia el encuentro de lo “aparentemente desconocido”, hacia lo más profundo del ser, hacia el verdadero “yo”. La Arteterapia brinda un espacio para reconocer y rescatar aquellas habilidades, cualidades y aspectos positivos que lo constituyen con la intención de analizar, seleccionar e incorporar, de la mejor manera, aquello que le permitan reconstruirse con mayor equilibrio y bienestar.

Confluir entre dos tendencias, amarrarse a las formas ya dadas o bien romper con las barreras y salir de los límites preestablecidos, enfrenta al desorden del mundo conocido y supone confluir con el fracaso y la frustración. De acuerdo con Henry Moore “...El arte y la vida están hechas sobre el conflicto...” (Citado por López F. Cao, 2008, p. 226). Crear “una nueva zona de realidad” (Fiorini, N.D., p. 5), no sólo proporciona orden al caos, también favorece la visualización de un nuevo constructo hacia la recuperación.

En la construcción de metas a alcanzar, la introspección se convierte en una herramienta crucial; sugiere una minuciosa observación de las impresiones interiores (creencias, pensamientos, conflictos, emociones, etc.) y una negociación íntima con la memoria. Durante el procedimiento, se activan procesos cognitivos básicos de identificación, análisis y reflexión; bajo un encuadre terapéutico, éstos auxilian en la canalización de emociones y guían hacia la comprensión de ideas y reorganización de los esquemas.

Como se ha explicado, los TMG conducen a un déficit integral en las personas y generan sentimientos persistentes de incapacidad y culpabilidad, que a su vez conducen a buscar frecuentemente la aceptación del otro. En este sentido, la Arteterapia brinda un espacio de libertad donde el usuario experimenta la posibilidad de:

1. Aceptarse a sí mismo. Dejar de negar los propios pensamientos, experimentar plenamente las emociones y sentimientos; reconocer los propios errores, rescatar lo positivo de cada situación y reincorporarlo en los aprendizajes; valorarse y rescatar sus potencialidades.
2. Autoafirmarse. Ser auténtico, respetarse a sí mismo y tratarse con dignidad, es la base para ser consciente de nuestros propios derechos y defender nuestras propias convicciones.
3. Tomar responsabilidades. Reconocer que es el principal actor en la toma de decisiones y acciones requiere autocontrol y tomar compromisos consigo mismo para conseguir nuevas metas.
4. Vivir con integridad. Ser congruente con lo que pensamos, decimos y el modo en que actuamos (Braden, 1994).

Las personas con TMG suelen mostrar alteraciones en el pensamiento y posibles distorsiones con la realidad; sin embargo, las artes crean experiencias sensoriales -visuales, auditivas y corporales- (Levine, 2011) que acercan la conciencia al continuum espacio-tiempo. Centrar la atención en “El Aquí y el Ahora”, no solo permite comprender dónde estamos y hasta dónde queremos llegar, también facilita el encuentro de posibilidades que nos permitan llegar a la meta prevista (Knill, 2011).

En la resolución de conflictos y en la construcción de metas a alcanzar, la Arteterapia encamina hacia una gestión exitosa frente a las necesidades y dificultades que se presentan (Zaccaria y Bopp, 1981). La incertidumbre y la vulnerabilidad son confrontadas con mayor autocontrol, determinación, seguridad y confianza, permitiendo evolucionar y trascender del plano personal, hacia una participación activa, afectiva y constructiva en el ámbito social en el que se desenvuelve la persona con TMG.

3.3 El grupo de trabajo como agente de cambio en el proceso de recuperación y reinserción social de personas con TMG.

Desde las primeras etapas, por la relación bilateral que existe entre el individuo y su contexto social, éste se construye en simbiosis (Zazzo, 1975). Al

interactuar con los “Otros”, se integran aspectos, se intercambian imágenes y símbolos, se nombran emociones (Bedmar Arroyo, 2009). El aprendizaje se vuelve un proceso de reconstrucción del conocimiento que influye en los mecanismos de sugestión y aprobación de nuevas conductas.

De acuerdo con Liebmann, gran parte del aprendizaje social se hace en grupos. A partir de la continua interacción e identificación entre personas que presentan necesidades y situaciones semejantes, se propicia la reconstrucción de la identidad. Por otra parte, la afinidad entre personas con TMG, genera procesos de cambio que influyen favorablemente tanto en el cumplimiento del tratamiento como en la evolución clínica (Gómez, N.D.). El intercambio y refuerzo recíproco que se suscita entre los miembros del grupo, establece lazos emocionales que contribuyen al desenvolvimiento social y la participación activa del sujeto (Martínez, 2005).

En este sentido, el grupo se vuelve algo más que la suma de los individuos; es una atmósfera dinámica donde confluyen dos acciones: fomentar el “insight” del propio individuo y el establecimiento de una mentalidad grupal y cooperación de los miembros para organizar el trabajo y alcanzar resultados óptimos.

Dentro de las sesiones grupales, Yalom (1975) identificó los siguientes factores terapéuticos que contribuyen al proceso de maduración individual y colectiva:

1. Infundir esperanzas. Requiere de estimulación e implantación de la fe como agente motivador con la intención de creer en la en la intervención (tratamiento), mantener la participación e incrementar sus expectativas.
2. Universalidad. Cuando los integrantes del grupo observan que existen más personas con circunstancias similares, se sienten identificados con sus sentimientos, ideas o problemáticas, reduciendo la sensación abrumadora de aislamiento.
3. Trasmitir información. Es mediante el proceso de atención-escucha que surge un “diálogo colaborativo” (Zukerfeld y Zonis, 2003, s/p); mediante el

intercambio de información y apoyo mutuo, surgen aprendizajes significativos. El *feedback* favorece el reconocimiento de aspectos positivos en otros y en uno mismo, reduce los niveles de estrés, modela su comportamiento y crea nuevas narrativas de autodefinición e identificación (García y Esteban, 2015).

4. Altruismo. Sentirse útil para otros miembros del grupo incrementa la autoestima. Reconocer y valorar la ayuda que cada uno puede prestar a los demás, amplía su campo de visión y sus perspectivas, favoreciendo las técnicas de socialización.
5. Comportamiento imitativo. Los participantes se benefician de la observación para generar un aprendizaje “vicario”; a partir de una retroalimentación visual de los comportamientos de los integrantes del grupo y de la dinámica que se genera, el usuario se hace consciente de sus debilidades, modifica su forma de actuar y adquiere nuevas actitudes.
6. Desarrollo de las técnicas de socialización. Los integrantes profundizan en su comportamiento a través de juegos de roles o técnicas que propician la interacción y desarrollan habilidades sociales.
7. Catarsis. Compartir con los demás el propio mundo interior es lo que realmente promueve un cambio significativo. Dar rienda suelta a las emociones, expresar y compartir emociones fuertes y profundas conlleva la comprensión del significado en el contexto grupal y en el contexto exterior.
8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario. Ofrecer la oportunidad de revivir experiencias insatisfactorias en la familia primaria (padres, hermanos, etc.) promueve la comprensión de la situación y -con un soporte terapéutico adecuado- es posible abandonar los comportamientos pre-establecidos y promover nuevos a fin de recapitular, corregir y cerrar de forma positiva.

9. Factores existenciales. Ante la lucha primordial del ser humano contra los hechos dados de la existencia (la muerte, el aislamiento, la libertad), los integrantes se percatan de que el apoyo que pueden recibir de los demás tiene un límite y, con el paso del tiempo, aprenden a enfrentarse a sus limitaciones con mayor franqueza y valor. La interacción adquiere un valor intrínseco de responsabilidad; el usuario se percata de que en su participación -al mismo tiempo de adquirir mayor autonomía y superación personal-, cohabita la función de “estar con” los demás.

10. Cohesión grupal. Los miembros se aceptan y se apoyan mutuamente, estableciendo relaciones significativas, teniendo como base la aceptación y comprensión.

11. Aprendizaje interpersonal. Contribuye al desarrollo de habilidades sociales como la empatía, asertividad, aceptación de la diversidad, comunicación y cooperación con los demás. Sin embargo, precede del desarrollo de habilidades interpersonales como la autoestima, seguridad, confianza y el reconocimiento de las propias emociones.

3.3.1 Efecto terapéutico del Arte en un grupo de trabajo con TMG

En el ámbito del "crecimiento personal", la creatividad permite centrar el encuentro con uno mismo. Integrarse en nuevos espacios, actividades y situaciones, significa alejarnos de lo conocido, enfrentar retos y derribar nuestros propios muros. La creación artística dentro de un grupo de trabajo integrado por personas con TMG, suaviza rápidamente las inhibiciones, reconduce hacia la creación de vínculos con el entorno que les rodea y fortalece la seguridad de trascender hacia la composición de una dimensión psíquica y emocionalmente más equilibrada.

El Arte favorece la conexión con aquellas emociones, sentimientos, actitudes, fantasías, experiencias y recuerdos que pueden ser inconscientes o de difícil acceso. En el propósito de desligar las ataduras, los sujetos encuentran en el

movimiento una oportunidad para conectar con los sentidos y explorarse a sí mismos.

La relación trasversal establecida entre corporalidad, percepción, imaginación y racionalidad, permite acceder al control de emociones y a la abstracción de conocimientos que conllevan a una integración psicológica reflexiva. La relación que se genera entre el cuerpo y el movimiento, adquiere un papel importante en el descubrimiento, organización y re-construcción mental de las personas con TMG.

Formar parte de un espacio donde se pueden descargar estas tensiones, compartir el trabajo con alguien y discutir cualquier sentimiento proveniente del mismo, permite encontrar respuestas empáticas y respetuosas a lo que va surgiendo. Establecer un puente entre “El Yo y el Nosotros” (Knill, 2011), permite analizar, reflexionar y mirar con humor las diversas situaciones transformándolas en una experiencia de vida.

La combinación entre arte, lugar y tiempo, establece un sistema relacional que convierte el proceso en un espacio potencial de aprendizaje (Winnicott, 1993). Bajo un clima de respeto, valoración, empatía y apoyo, se produce un efecto de renovación que permite seguir adelante con sus proyectos con mayor fuerza. La implementación del Arte, dentro de las terapias grupales de personas con TMG, favorece la auto-revelación, disminuye la tensión en la expresión constructiva hacia el enfrentamiento del conflicto y brinda soporte en la gestión de emociones.

De acuerdo con Piaget, “el sujeto aprende por un proceso de maduración individual a través de sus propias acciones y en interacción con la realidad” (citado por Bermad, 2009, p.1). En la intervención Arteterapéutica, esto favorece el desarrollo genérico de situaciones que le permitan enfrentar las circunstancias o situaciones emocionales antes insoportables, reconstruirlas y tratarlas de forma distinta (Gómez, N.D), constituyendo la experiencia correctiva necesaria hacia su transformación.

La conexión creativa que se suscita entre los miembros del grupo, brinda una oportunidad de exploración donde el lenguaje, la abstracción, las relaciones

espaciales, la creatividad y el pensamiento, son elementos que funcionan como reguladores emocionales y posibilitan la socialización, la cooperación, el apoyo y la confianza. Dentro de un encuadre terapéutico, el arte en un grupo de trabajo, integra, soporta, refuerza y reconduce hacia la creación de vínculos con el entorno que lo rodea (Liebmann, 1994).

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

Hemos concebido este Trabajo Fin de Máster como un estudio de caso, en tanto que es una indagación empírica, que investiga una particularidad y/o una complejidad: una problemática en particular (Stake, 1999). También, porque se trata de una estrategia de investigación dirigida que permite indagar o examinar un fenómeno contemporáneo en su entorno real (Eisenhardt, 1989). Mediante la observación, el análisis y la interpretación de cómo piensan, sienten y actúan las personas de nuestro caso, podremos alcanzar la comprensión de las dinámicas presentes en contextos singulares (Simons, 2011).

La propuesta de esta investigación surge del interés por corroborar los efectos terapéuticos del Arteterapia en un grupo de personas con TMG. En el intento de dar respuesta al cómo y las sucesiones operativas que se desenvuelven en el tiempo (Martínez 2016; Yin, 1989), se ha optado por realizar un estudio de caso único, con una unidad principal (Arteterapia) y dos subunidades de análisis: Desarrollo personal (D.P) y Cohesión de grupo (C.G.).

Por tal motivo, se ha optado por sistematizar la intervención Arteterapéutica a partir de un Taller planificado en 16 sesiones reguladas (todos los miércoles) con una duración de 1hr. 30min. (Vid. Figura 1), seccionadas en tres etapas (Vid. Figura 2).

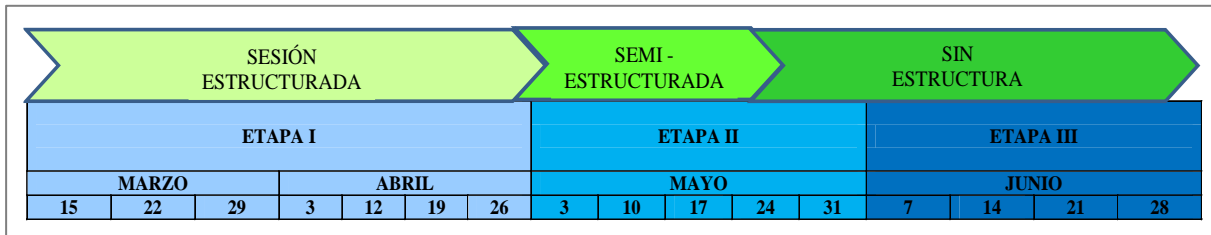


Figura 1. Cronograma de las Sesiones de Arteterapia (Fuente: Elaboración propia).

- Etapa I. Exploración y enganche a un espacio de expresión artística.
 - Entrevistas iniciales proactivas para identificar la propia autovaloración de los participantes e identificar sus necesidades e intereses.
 - Asamblea con el usuario para elaboración del “Contrato Terapéutico”; es decir, se han de aclarar dudas, tomar en cuenta sus opiniones y puntos de vista y establecer límites para “la elaboración conjunta del proyecto” (IMSERSO, 2007, p.114).
 - Crear experiencias que favorezcan la comunicación verbal y no verbal dentro de un grupo de trabajo e inciten la interacción entre pares.

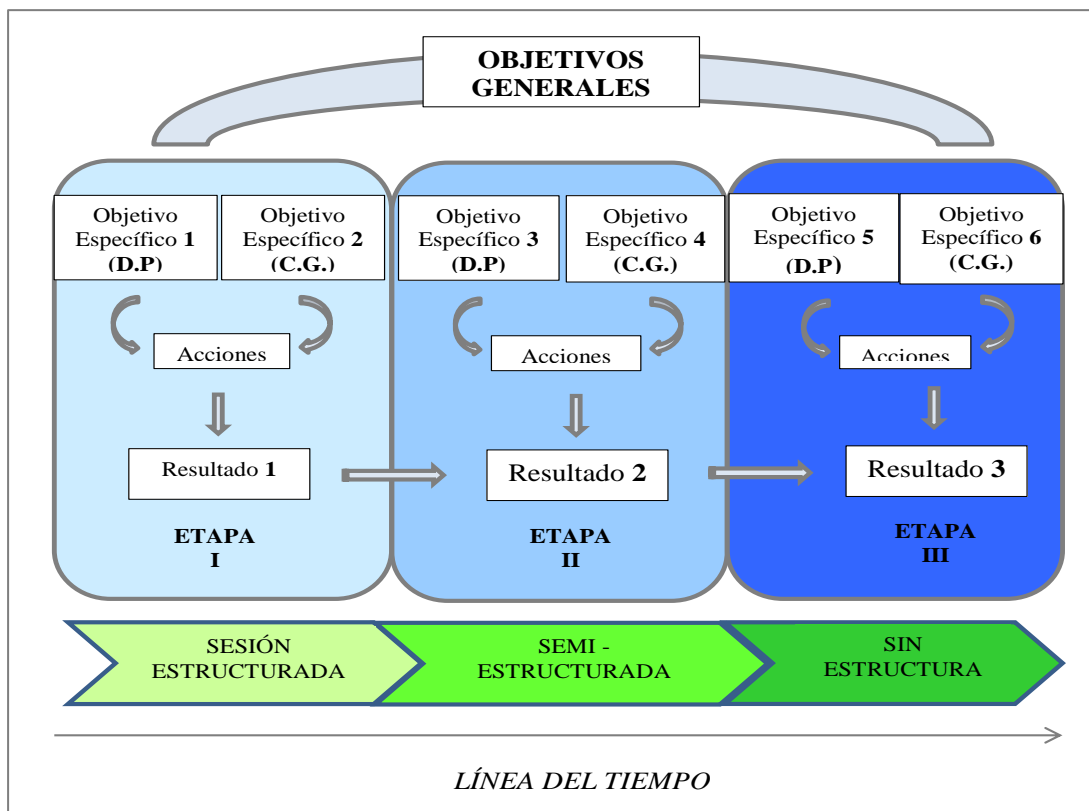


Figura 2. Diseño de Intervención Arteterapéutica (Fuente: Elaboración propia).

- Etapa II. Desarrollo de habilidades personales e integración.
 - Crear experiencias que favorezcan la autonomía.
 - Propiciar un espacio de intercambio de información entre pares hacia la elaboración conjunta de acciones.

- Etapa III. Fortalecimiento de las habilidades personales y apoyo de pares
 - Incitar al trabajo de las propias necesidades e intereses.
 - Reflexionar sobre la creación artística (el conflicto).
 - Encontrar posibles soluciones con el refuerzo de los compañeros del grupo.
 - Entrevistas finales proactivas individuales y grupales.

Cada una de las Etapas se desarrolla progresivamente con un objetivo de Desarrollo Personal (D.P.) y uno orientado a la Cohesión Grupal (C.G.).

Objetivos generales

- OG1. Potenciar su autoestima, seguridad, exploración y manejo de emociones mediante un lenguaje verbal y simbólico.
- OG2. Estimular la comunicación y favorecer las relaciones interpersonales bajo un clima de respeto, confianza y empatía.
- OG3. Impulsar el desarrollo de habilidades sociales que favorezcan la cohesión grupal.

Objetivos específicos

- OE1. Dotar al usuario de un objeto mediador para expresar y enfrentar sus angustias, temores y/o conflictos de forma menos amenazadora. (D.P.)
- OE2. Crear un ambiente apropiado para expresar las tensiones emocionales. (C.G.)
- OE3. Favorecer la toma de decisiones y la tolerancia a la frustración, incrementando la autonomía personal. (D.P.)
- OE4. Estimular el intercambio de información y toma de acuerdos para establecer límites en la elaboración conjunta de proyectos. (C.G.)

- OE5. Fortalecer y reafirmar la identidad y la autoestima. (D.P.)
- OE6. Brindar un espacio activo de escucha y diálogo entre pares. (C.G.)

Debido a la complejidad de la propuesta, es indispensable contar con la participación activa de los usuarios, no sólo en la recogida de datos, sino en la misma dinámica como agentes de cambio y fuente de aprendizaje. Con el objetivo de que el estudio de caso adquiriera un valor educativo (Simons, 2011), tanto el investigador como las personas implicadas en el “objeto de estudio”, se integran como protagonistas de la investigación (Colmenares & Piñedo, 2006).

En esta dinámica, los participantes pasan de ser “objeto” de estudio a “sujeto”, incorporándose en la comprensión y valoración de su propio caso. Durante la investigación, los participantes han de interactuar en diversos niveles de actuación (Figura 3):

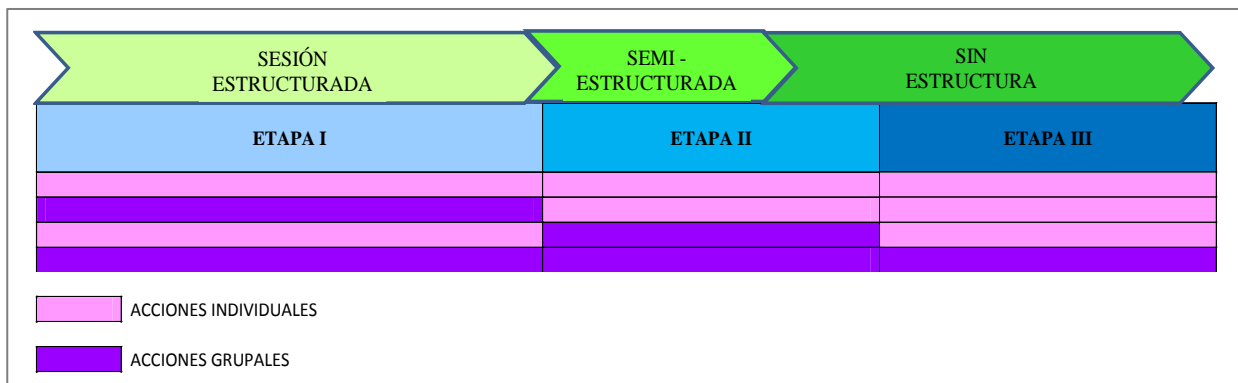


Figura 3. Cronograma de Acciones Individuales y Grupales durante la Intervención Arteterapéutica (Fuente: Elaboración propia).

- Etapa I. Sesiones Estructuradas.
- Los participantes realizarán acciones individuales específicas, con objetivos o temas comunes. Durante la transición de la sesión de trabajo, los participantes tendrán momentos de interacción, análisis y reflexión individual y conjunta.
- Las acciones serán intercaladas con la intención de promover un flujo de interacción e intercambio de experiencias entre pares.

- Etapa II. Sesiones semi-estructuradas.
- Los participantes realizarán acciones individuales o grupales, con objetivos o metas comunes. Al encontrarse con propuestas más libres, el proceso creativo requiere mayor trabajo para tomar decisiones: qué desean trabajar y/o qué materiales han de emplear para determinada situación.
- La interacción es más equilibrada y los momentos reflexivos se dan en dos momentos: a la mitad de la sesión (individual) y en el cierre (grupal).

- Etapa III. Sesiones sin estructura.
- Cada uno de los participantes trabaja sobre sus propias necesidades e intereses, por lo que se proporciona mayor tiempo para su elaboración. Al cierre de la sesión, realiza una reflexión individual y cuenta con un refuerzo grupal.

En este sentido, la Acción Participante se incorpora como una opción metodológica que, además de facilitar la comprensión de la situación donde están implicados los actores (usuarios), “implementa respuestas prácticas o acciones que permitan mejorar y modificar tal situación, así como registrar y sistematizar toda la información posible que sobre el cambio se esté observando” (Colmenares & Pinedo, 2006, p. 106).

La investigación exige un proceso riguroso y sistematizado que garantice la producción de conocimientos. La implementación de métodos deductivos e inductivos añade amplitud y profundidad a nuestro análisis; combinados, permiten recaudar datos, definir alcances y examinar los elementos que componen el problema de la investigación y, lo que es fundamental, comprender con mayor control y certeza los hechos, los procesos, las estructuras y las personas que integran la investigación. Mientras que los métodos cuantitativos permiten objetivar variables, establecer límites de abordaje (desde dónde inicia y hasta dónde termina) y determinar la fuerza de asociación o correlación entre las variables; los métodos cualitativos permiten identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica (Pita y Pértegas, 2002).

Con el objetivo de ir más allá de una *verdad absoluta*, se opta por un enfoque mixto que conlleva una explicación y comprensión más profunda y detallada, de todo aquello que sucede con el colectivo que se investiga.

4.2 Muestra

“La investigación aplicada suele a menudo utilizar muestras no probabilísticas” (Canales, 2006, p. 145). Puesto que el interés de la investigación no es generalizar los resultados, sino buscar la profundidad de los mismos, se ha optado por esta estrategia de selección (Vid. Tabla 1). Con el objetivo de que la intervención sea significativa y posibilite el desarrollo de habilidades interpersonales, se consideraron los siguientes criterios de inclusión-exclusión:

Criterios de inclusión

- Personas con TMG (énfasis en Trastornos psicóticos).
- Personas con interés por la expresión y exploración creativa.
- Personas con dificultades para integrarse en actividades grupales.
- Personas que presenten dificultades para asistir con regularidad al Centro de Día como parte complementaria de su Programa de RPS.
-

Criterios de exclusión

- Personas con experiencias previas en sesiones Arteterapéuticas, por lo menos 3 meses antes -de la fecha de inicio- del Proyecto de Investigación.
- Personas que han establecido pequeños vínculos con otros compañeros del Centro de Día.

GRUPO CONSOLIDADO	
No. Participantes	∞ Grupo sólido: 4 ∞ Integración abierta: 2
Sexo	∞ 4 Mujeres ∞ 1 Hombre
Edad	Entre 38 y 45 años

Objetivos comunes	∞ Expresar mejor como se sienten ∞ Establecer lazos con otras personas
Valoración personal (Autoestima)	∞ Media ∞ Baja

Tabla 1. Panorama general de la población seleccionada para el Proyecto de Investigación (Fuente: Elaboración propia).

4.3 Variables

- **Variable dependiente**
 - Desarrollo Personal: Autoestima, reconocimiento y manejo de emociones, verbalización del pensamiento.
- **Variables Independientes**
 - Síntomas negativos: ánimo disfórico (estado de ánimo desagradable que puede tomar forma de depresión, ansiedad o enfado), alteraciones de sueño.
- **Variable de Agrupamiento**
 - Afinidad por actividades artísticas.
 - Interés en el Taller de Arteterapia.
- **Variable Organizativa**
 - Posible incorporación de nuevos participantes al grupo ya consolidado a lo largo del Taller de Arteterapia. (Grupo abierto)

4.4 Instrumentos para Recogida de Datos

4.4.1 Instrumentos Cuantitativos

a) Escala de autoestima de Rosenberg

La autoestima es un constructo de gran interés clínico por su relevancia en los diversos cuadros psicopatológicos y su estrecha relación con los niveles de estrés, ansiedad, depresión (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004). Los niveles de autoestima ejercen cierta influencia en la aceptación, búsqueda de ayuda e integración en programas que impulsen su bienestar y recuperación. La Escala de autoestima de Rosenberg se postula como un “instrumento fiable y válido para la evaluación global del autoestima en la población clínica adulta” (Ibídem, p. 253).

La Escala consta de 10 ítems (frases), de los cuales 5 están desarrollados con carácter negativo (ítems 2, 5, 8, 9 y 10) y 5 con carácter positivo (ítems 1, 3, 4, 6 y 7). La valoración es de tipo Likert, puntuando el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma del 1 al 4 (Vid. Anexo 1). “Su fácil aplicación y la rapidez de correlación la convierten en un instrumento especialmente útil en contextos clínicos que exigen una adecuada relación coste/efectividad de las intervenciones, evaluadoras o terapéuticas” (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón, 2004).

La escala servirá de pre y re-test, para cotejar los cambios o similitudes que los participantes presenten al inicio y final del Taller (Vid. Figura 4).

b) Yalom's 60 q-short of curative factors in group therapy. Cuestionario de Factores Terapéuticos

El desarrollo de habilidades sociales básicas es otro de los factores de interés en la investigación. Con el objetivo de recaudar datos que validen el efecto terapéutico del grupo, se aplicará el Cuestionario de Factores Terapéuticos de Yalom, que consta de 60 ítems que engloban los siguientes factores: Infundir esperanza, Universalidad, Transmitir información, Altruismo, Comportamiento imitativo, Desarrollo de técnicas de socialización, Catarsis, Recapitulación del grupo Familiar, Factores existenciales, cohesión grupal, Aprendizaje interpersonal y Comprensión propia; el cual, se aplicará al concluir el Programa Arteterapéutico (Vid. Anexo 2).

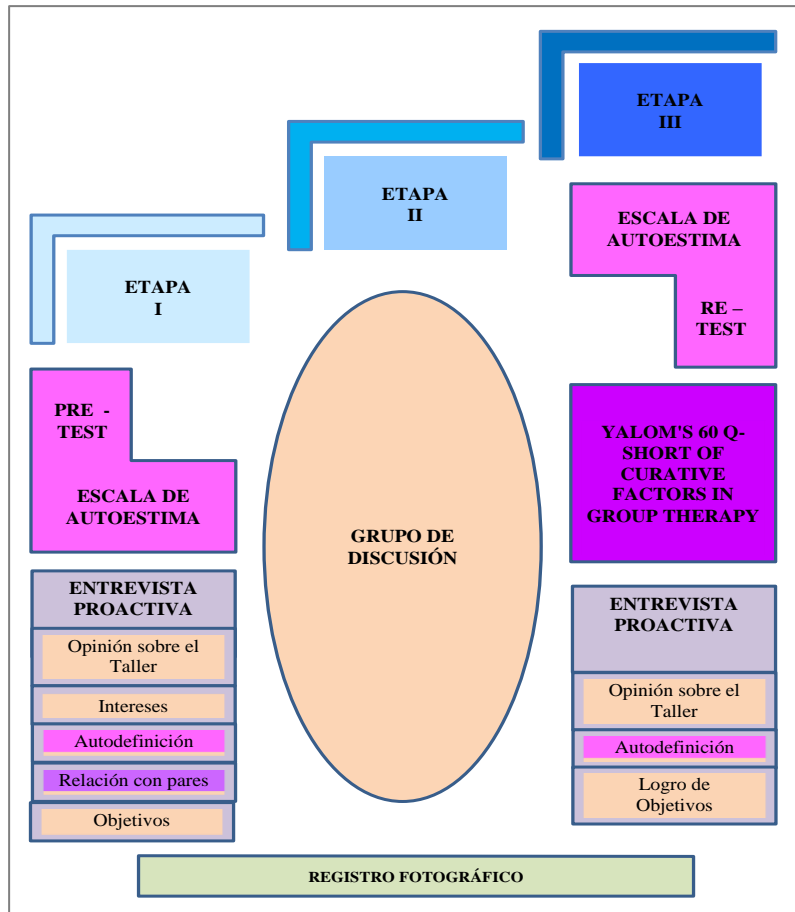


Figura 4. Cronograma de Recogida de Datos para la Investigación (Fuente: Elaboración propia).

4.4.2 Instrumentos Cualitativos

a) Entrevista Proactiva

La entrevista es un proceso de comunicación directa entre dos personas, que implica el arte de realizar preguntas concisas y escuchar respuestas que permitan la expresión natural de las experiencias o situaciones y, dirijan hacia la comprensión de las propias perspectivas de los entrevistados (Garrido, n.d). Con un estilo más empático y convencional, se realiza una entrevista individual semi-estructurada y abierta, que consta de 19 ítems (Vid. Anexo 3).

Nº.	Categoría	Ítems	Objetivo
1	Clasificación	1, 4, 5, 14, 16	Recopilar información de datos personales básicos (nombre, edad, actividades), antigüedad e inmersión en las

			actividades del Centro de Día.
2	Interés	2, 3, 6, 12	Indagar sobre gustos particulares en actividades cotidianas.
3	Opinión	9, 10, 11, 13, 15 y 19	Conocer la perspectiva, las expectativas, los objetivos a trabajar dentro del Taller Arteterapéutico y otras consideraciones a tomar en cuenta durante las sesiones de trabajo (recursos materiales).
4	Relaciones interpersonales	7, 8	Explorar el sentir dentro de la dinámica social del Centro de Día y el interés por establecer vínculos con los "Otros".
5	Autodefinición	17, 18	Examinar las propias preposiciones, nociones y conceptos que tiene de sí mismo.

Tabla 2. Categorización de la Entrevista Semi-estructurada Inicial
(Fuente: Elaboración propia).

La recopilación de Datos atiende a 5 categorías (Vid. Tabla 2) que permitirán tener un panorama general del colectivo, reconocer la valoración personal y visualizar los objetivos comunes que trazarán nuestra ruta de mejora. Mismos que, permitirán establecer el punto de partida y referencia en la convalidación del proceso de cambio positivo respecto a las habilidades intra e interpersonales adquiridas y/o desarrolladas durante el Taller Arteterapéutico, (Vid. Figura 4).

b) Registro Fotográfico

Se realizará un portafolio de Evidencias Fotográficas de las sesiones, con el consentimiento previo de los participantes (Vid. Anexo 4), en relación al proceso creativo y las obras finalizadas.

c) Grupos de discusión

El diseño de las sesiones de trabajo, intercala los procesos de trabajo individual y/o grupal con las asambleas (grupos de discusión) donde se exponen los trabajos y se pone en común las experiencias (Vid. Anexo 5). Dentro de un ambiente

de confianza, respeto y apoyo mutuo, se incita a los participantes a participar en una conversación relajada y confortable para intercambiar información, encontrar posibles soluciones a los conflictos presentados, brindar soporte en la toma de decisiones de los compañeros e identificar comentarios comunes.

La discusión, se focalizará en la expresión y el reconocimiento de las propias habilidades y capacidades, el desenvolvimiento e interacción dentro del grupo con mayor autonomía e independencia y, por último, el apoyo en la búsqueda de las respuestas de los otros.

4.5 Triangulación de Datos

Con el objetivo de encontrar patrones de convergencia y divergencia en los datos obtenidos respecto al objeto de estudio, se contrastaran los resultados obtenidos en dos niveles (Vid. Figura 5):

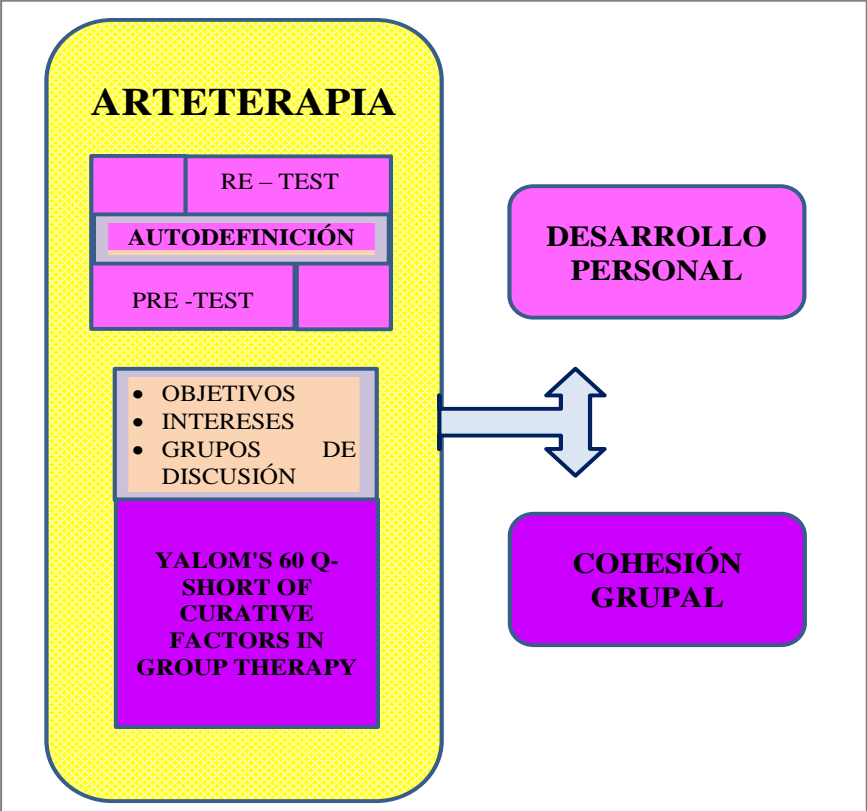


Figura 5. Diagrama de Triangulación de Datos (Fuente: Elaboración propia).

1. Desarrollo personal. Se confrontarán los resultados del pre y re-test de la Escala de Autoestima de Rosenberg y las autodefiniciones obtenidas durante las entrevistas proactivas.
2. Cohesión de grupo. Se confrontará con los participantes, el alcance de los objetivos comunes: a) Expresar mejor cómo se sienten, b) Establecer lazos con otras personas, así como hacer un contraste de los resultados obtenidos con el cuestionario de Factores Terapéuticos de Yalom.

5. PROCESO DE REGOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

En Arteterapia no se trabaja directamente la enfermedad, es una intervención que acompaña el proceso de recuperación de las personas con TMG. De forma que, por cuestiones éticas, se suprime el padecimiento concreto de cada uno de los integrantes del grupo y sólo se mencionan los aspectos relevantes que muestran el punto de partida del Proyecto de Investigación. Por fines de protección de datos, los participantes son identificados con iniciales.

5.1 Punto de partida.

El proyecto de investigación se consolidó en un grupo de 4 integrantes:

- **N:** Mujer de 45 años que se ha incorporado al Centro de Día desde hace 2 años. Posee particular interés por la Costura, Password y Juegos de Estrategias. Su implicación en el Taller de Arteterapia es por el interés de establecer relaciones más estrechas con sus compañeros e intercambiar información porque: “A veces nos sentamos y no platicamos”, “sólo estamos sentados”.

Principales limitantes: Presencia de conductas repetitivas o actos mentales que impulsan a realizar acciones en respuesta a sus preocupaciones obsesivas de contaminación, por ejemplo: lavarse las manos constantemente y evitar contacto con materiales que puedan ensuciar. La aceptación de su imagen corporal y reconocimiento de cualidades y capacidades es baja.

- **M. J:** Mujer de 43 años perteneciente al Centro de Día desde hace 8 años, tiempo que ha servido para integrarse en diversas actividades de Informática, Fotografía, Habilidades Sociales, Memoria, Terapia Ocupacional, etc. Durante estos años, por cuestiones familiares y personales ha disminuido su integración en las actividades propuestas quebrando lazos de amistad. Su gusto por el Arte (escritura, pintura, lectura, etc.) favoreció el interés por integrarse en el Taller de Arteterapia propuesto durante el primer periodo de prácticas (Octubre); sin embargo, solamente asistió a 3 sesiones de trabajo. Con el objetivo de aumentar su asistencia al Centro, por lo menos una vez a la semana, se ha tomado la decisión de volverla a invitar en este nuevo Proyecto.

Principales limitantes: Su valoración de autoestima es baja. La asistencia al Centro de Día es casi nula, con ello, la integración y los lazos afectivos con sus compañeros se han visto afectados. Los pocos momentos en que se ha acercado al Centro, hace uso excesivo de palabras al hablar manteniendo presión para que la escuchen, dando menos tiempo y espacio a sus compañeros para opinar o tener un lugar dentro de la conversación.

- **AN:** Mujer de 50 años, integrante del Centro de día desde hace 4 años. Durante este tiempo se ha integrado en Talleres de Memoria, Mindfulness, Habilidades Sociales, Psicología Positiva, entre otros. El interés por el dibujo y la pintura, la condujo al Taller de Arteterapia del primer periodo de prácticas; sin embargo, solamente acudió a 4 sesiones esporádicas entre el mes de Octubre y Noviembre. En esta nueva etapa se ha planteado dos objetivos: Combatir las crisis de ansiedad y “Poder tener amigos”.

Principales limitantes: Presenta constantemente crisis de ansiedad y alteraciones del sueño que, interfieren o imposibilitan su asistencia regular al Centro de Día.

- **AR:** Hombre de 48 años. Su inmersión al Centro de día es como Voluntario. La última actividad colaborativa fue Senderismo el año pasado. Después 6 meses de ausencia, con el objetivo de mantenerlo bajo supervisión y regular

su asistencia al Centro, por lo menos una vez a la semana, se le invitó a participar en el Taller de Arteterapia.

Principales limitantes: Constante estado de ánimo elevado y aumento persistentemente de la energía y la actividad, que conlleva autoestima elevada, empleo excesivo de palabras al hablar manteniendo presión para continuar una conversación y constante exaltación psicomotora.

La organización del Taller posibilitó la incorporación de nuevos participantes al grupo ya consolidado. Los participantes que se han integrado a partir de la 8ª. Sesión (Vid. Figura 6), han tenido experiencia previa en el Taller de Arteterapia del primer periodo de prácticas (Octubre) y un Taller paralelo que comenzó a principios de Marzo. Ante la necesidad de reforzar el desarrollo personal y refuerzo a partir de los “Otros”, se incorporaron a éste:

GRUPO	PARTICIPANTE	ETAPA I					ETAPA II					ETAPA III					
		MARZO			ABRIL		MAYO			JUNIO							
		15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28
CONSOLIDADO	N	*	*	*	Psiquiatra	*	*	*	*	*	*	*	*	Análitica	Psiquiatra	*	*
	M.J.	*	*	*	Entrevista	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	AN	*	Sis de ansied	*	Análitica	*	*	*	Crisis de ansiedad y asuntos familiares								*
	AR.	*	*	*	Ha llegado al final de la sesión	*	Enfermo del estómago	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
INTEGRACIÓN ABIERTA	M.Á.																
	C																

Ausencia justificada
Integración posterior
Ausencia por alteración de sueño o fatiga
Sesión suspendida por cuestiones organizativas del Centro de Día
Sesión suspendida por condiciones ajenas al Ta
Crisis de ansiedad y/o auto-lesiones
Crisis de ansiedad y asuntos familiares (caso especial)
Ha llegado a la final de la sesión

Figura 6. Control de integración de participantes y asistencia al Taller de Arteterapia. (Fuente: Elaboración Propia).

- **M. Á.:** Mujer de 35 años. Durante el año y medio de asistencia al Centro de Día, se ha incorporado en Talleres de Mindfulness, Inteligencia Emocional, Terapia Ocupacional y Costura. Entre los principales objetivos que se plantea en su proceso de recuperación, se encuentra “Tener mayor respeto por [sí] misma”, “mejorar el autoestima” y “controlar la necesidad de hacer[se] daño”.

Principales limitantes: Presenta baja autoestima e inestabilidad constante de la auto-imagen y de los afectos. Los cambios de rutina y la integración a nuevos espacios y ambientes de trabajo generan altos niveles de ansiedad, inquietud y miedo; la constante experimentación de estas sensaciones suelen

provocar intensa impulsividad por conductas auto-lesivas (golpes en la cabeza y hematomas en brazos y piernas).

- **C:** Mujer de 36 años, integrante del Centro del Día desde hace 3 años. Actualmente se integra en actividades de ámbito laboral (Catering) y programas de ocio (Yoguilates, Costura, Club Cultural). Entre sus objetivos está “Ser más alegre, más optimista, tener más amistad y poder salir con los demás compañeros”.

Principales limitantes: Presencia de ánimo disfórico; es decir, estado de ánimo con emociones desagradables, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, que conlleva alteraciones del sueño; mismas que interfieren o imposibilitan su integración en las actividades.

5.1.1 Pre - Test de autoestima de Rosenberg

Para definir una autoestima normal, los rangos de valoración deben situarse entre el 3 y 4; entre el rango 2.6 - 2.9 la autoestima es media y, por debajo del 2.5, ésta se considera baja. La valoración Global de los participantes (Vid. Anexo 1), se sitúa entre el rango 1.5 y 3.5 (Vid. Tabla 3). En esta valoración, 5 de 10 ítems se encuentran en el rango bajo y los otros 5, oscilantes entre media y normal.

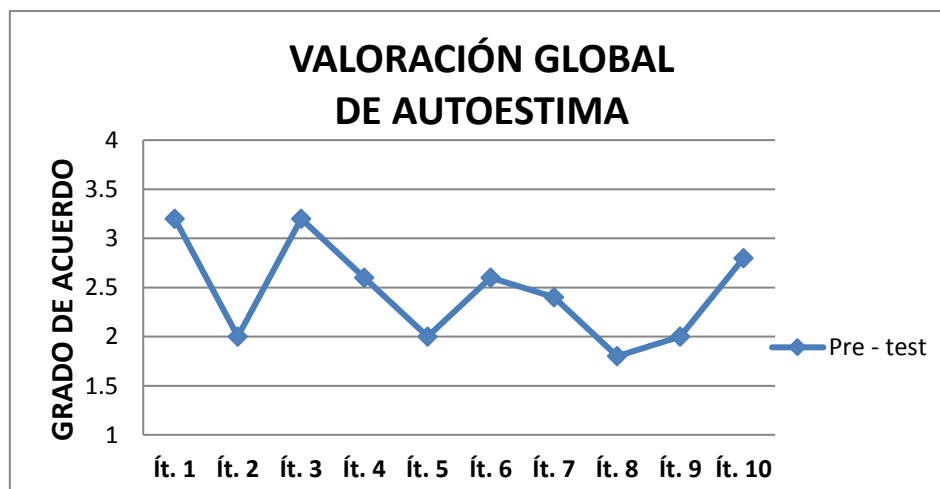


Tabla 3. Valoración Global de Escala de Autoestima de Rosenberg, Pre – test, (Fuente: Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno. 2000)

Por una parte, los ítems 4 (Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás), 6 (Tengo una actitud positiva hacía mí mismo) y 10 (A veces pienso que no sirvo para nada) nos indican una valoración media; mientras que los ítems 2 (Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso), 5 (Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso), 7 (En general me siento satisfecho conmigo mismo), 8 (Me gustaría tener mayor respeto por mí mismo) y 9 (Realmente me siento útil en algunas ocasiones) nos indican una autoestima baja.

Algunos de los participantes corroboran los bajos índices de valoración con comentarios como:

- **N.** “En esta vida suelo ser negativa”, “A todo digo que no”. “A veces no siento confianza”. “No tengo mucho de que estar orgullosa”, “podría estar un poco más delgada de lo que estoy, para ponerme ropa y ya no tanto por ropa, por salud”, “Yo creo que me tengo poco, poco respeto”.
- **M.J.** “¿Qué si soy un fracaso?, Sí, bastante, muchas veces los pienso”. Al leer los ítems 4 (Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás) y 7 (En general me siento satisfecho conmigo misma), inmediatamente responde “No”.
- **M. A.** “Sé que debo estar orgullo da algo, pero no sé decirte bien de qué”, “Pues me pongo muy nerviosa y ansiosa, no sé qué hacer y eso me lleva a autolesionarme”, “Sé que debo de quererme y respetarme todavía no lo hago bien”.

En general, los participantes son conscientes de su baja autoestima y se muestran interesados en realizar acciones que le ayuden a mejorarla.

5.2 El Proceso Arteterapéutico

5.2.1 Crecimiento Personal

La inmersión al Taller fue lenta y progresiva, existieron factores ajenos al Taller como: Citas con el Psiquiatra, Analíticas, Crisis de Ansiedad, Alteraciones del sueño y Asuntos familiares, que interrumpieron la asistencia (Vid. Figura 6). Sin embargo, cada uno de los participantes tuvo un gran proceso.

N.

Las primeras 4 sesiones expresó que estaba nerviosa porque no sabía que era lo que iba a hacer: “siempre que llegamos, es una cosa diferente” y “a veces no sé si nos vas a poner a movernos, para eso que dices de... aflojar el cuerpo, ya vez que eso lo paso mal, lo paso mal y me da pena, lo intento pero me da pena”. Con el paso del tiempo, se observó menos ansiosa y comentó: “...me siento bien, ya quiero saber ahora que nos vas a poner a hacer”.

La presencia de conductas repetitivas o actos mentales que la impulsaban a realizar acciones en respuesta a sus preocupaciones obsesivas de contaminación, en un principio limitó el uso y manipulación de materiales que pudieran ensuciar sus manos; sin embargo, con estimulación, apoyo de sus compañeros y con la posibilidad de proporcionarle suficientes toallas húmedas, se logró disminuir la tendencia a rechazar los materiales y comenzar a experimentar las texturas y consistencias de carboncillos y ceras (Vid. Imagen 1).



Imagen 1. Experimentación y manipulación libre de carboncillo.

Durante el transcurso de las sesiones, observar el interés que mostraron sus compañeros por manipular diversos materiales, de forma recíproca, incrementó su propio interés por experimentar nuevas sensaciones. De forma que, bajo el refuerzo y la motivación de sus compañeros de trabajo, en la sesión N^o. 6, se logró que accediera a elaborar y tintar su propia masilla de harina (Vid. Imagen 2). Entre las emociones que experimentó de



Imagen 2. Elaboración de Masilla de Harina

nerviosismo y ansiedad, también se manifestó alegría y satisfacción, lo que la llevó a compartir con sus compañeros y especialistas del Centro, sus primeras experiencias táctiles.

Realizar actividades dirigidas le agradaba porque tenía indicaciones que seguir; sin embargo, presentaba un poco de angustia cuando -dentro de las mismas- se le proporcionaba libertad para realizar sus propias creaciones. La interacción con sus compañeros y las sugerencias que estos les proporcionaron en momentos- de catarsis, le sirvieron de soporte y motivación para elegir, experimentar y crear un “algo” simbólico con mayor autonomía y seguridad.

En un principio, durante las asambleas grupales expresó en varias ocasiones “no sé qué decirte”, “no sé cómo explicarte”, “no se bien que he hecho”. Escuchar a sus compañeros, la animaron a compartir progresivamente algunos puntos de vista. En la asamblea final de la sesión N°. 5, comenzó a explicar el producto elaborado: “Cuando me enfado, así me siento, con el estómago revuelto”, “me dan muchas ganas de volver, me siento que todo adentro se me revuelve”, “así siento que me duelen las tripas” (Vid. Imagen 3). “A veces siento que soy muy aprensiva, me quedo con la idea de algo y me cuesta, me cuesta olvidarme de ella” (Vid. Imagen 4), “es así, como algo que agarras, agarras y agarras”, “lo aprietas más y más y muchas veces... difícil de soltar”.

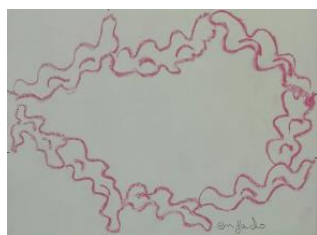


Imagen 3. Representación simbólica del Enfado



Imagen 4. Representación simbólica de aprensión.

Sentirse dentro de un espacio de respeto, no sólo favoreció la representación simbólica y expresión de algunas ideas y pensamientos; le brindó confianza y seguridad para integrarse también en actividades colectivas: construir una pequeña historia y acceder al contacto corporal para plasmar su silueta dentro de un retrato grupal (Vid. Conjunto de Imágenes 5, 6 y 7).



Imagen 5. Elección de lugar y postura para plasmar su silueta en el "Retrato grupal"



Imagen 6. Cooperación en trabajo de grupo.



Imagen 7. "Retrato grupal"

La elaboración de murales colectivos, le ayudó a desinhibirse y elegir con menos dudas ni esperando la aceptación de los demás, sus propios materiales, a mezclar colores y a elegir su propia zona de trabajo. La contemplación del rastro artístico colectivo, estimuló la expresión de sus propios puntos de vista y, por primera vez, nombró de forma oral y escrita, lo que éste le transmitió. (Vid. Imagen 8).



Imagen 8. "Expresión libre en colectivo". Elige con mayor autonomía los materiales. Escribe y verbaliza con frases sencillas por una parte lo que ha plasmado "una mezcla de hilos de colores, miedos a estar sola, a las enfermedades (papel verde) y, por otra parte, lo que el mural le transmite "Un río musical que late" (papel azul).

La secuencia del Taller aumentó su seguridad y confianza, de forma que, la dirección o una premisa concreta ya no fue tan necesaria. Adquirió mayor independencia para encausarse y trabajar sobre sus propios problemas o sentimientos. Las representaciones simbólicas se volvieron más concretas (Vid. Imagen 9) y la descripción de la obra favoreció la expresión con frases mejor estructuradas:

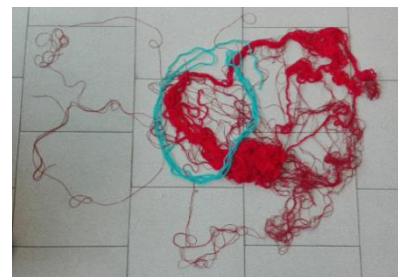


Imagen 9. "Trabajo libre". Representación simbólica del conflicto actual de peso: 80 kg.

"Me pone mal, enojada porque no puedo bajar más de peso", "he bajado 2 kg, pero yo quiero bajar más, quiero bajar más, todavía más porque lo necesito", "...es por

salud pero me quiero estar mejor y por eso siento que estoy haciendo algo mal”, “... estoy comiendo todo lo que me dice el doctor, todo lo que me dice, todo”.

La segunda limitante fue la insatisfacción que sentía por su imagen corporal, lo que la conducía a evitar bailar y hacer cualquier tipo de movimientos corporales. En un principio, la integración en las relajaciones fue muy limitada y mostró en varias ocasiones su nerviosismo agitando -repentina y repetidamente- la mano y la pierna derecha. Con el paso del tiempo, se integró en las relajaciones y actividades kinestésicas disminuyendo progresivamente éstas agitaciones hasta no volver a experimentarlas. Aunque la mayor parte del tiempo necesitó un referente para poder realizar los movimientos, el vocabulario corporal y la amplitud de sus movimientos se favorecieron notablemente, permitiéndole interactuar con sus compañeros (Vid. Imagen 10). En la sesión N°. 13, con motivo del cierre de Taller, se abrió un espacio de intercambio, en el cual logró bailar libremente con éstos.

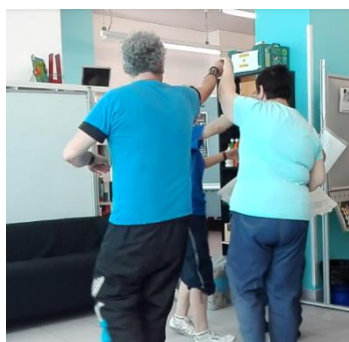


Imagen 10. “Preparación corporal para expresión artística”. Integración en la actividad Kinestésica propuesta, con mayor seguridad, confianza y dominio.

M. J.

Se integró al Taller a partir de la 2ª. sesión con dificultades para respetar el horario. Llegó repetidamente con 40 min. de retraso, exaltada y ejerciendo presión para iniciar una conversación a la mitad de la relajación o durante las indicaciones; por ello, se le invitaba a respirar y tomar unos minutos para poder tranquilizarse e integrarse a las sesiones, respetando la dinámica. Lo que en un principio generó tensión y conflicto entre quedarse e irse, el interés que le propició el programa Arteterapéutico, con el paso del tiempo, la condujo a una asistencia constante de 10 sesiones consecutivas, de la 4ª. sesión hasta el final.

Entre sus principales limitantes se encontró la impulsividad por emplear excesivamente las palabras, las cuales, en el intento de mantener una conversación,

acortaban la participación de los demás. En este sentido, algunas acciones que se realizaron como “Diálogos no verbales”³, se convirtieron en un gran reto personal. Conversar simbólicamente, de forma que los objetos son palabras que construyen una conversación “un algo simbólico” (Vid. Imagen 11 y 12), fue una de las más grandes pruebas para controlar sus emociones e impulsos por emplear la palabra.

Observar, mirar, interpretar y responder simbólicamente, fueron acciones que favorecieron el proceso reflexivo de su condición parlante expresando: “Qué intensidad, es que esto no lo puedo más”, “Qué bueno que ya acabo, que mira que a mí me gusta hablar mucho, ya lo sabes que sí” “...y luego, yo ya quería poner cosas o hacer una línea y no, decía, espera M.J. primero va tú compañera, que mira que respeto, pero me gusta más hablar y tomar la iniciativa”, “creo que tendría que hacerlo más seguido para escuchar, porque luego no paro de hablar y no me entero lo que dicen los demás”.



Imagen 11. “Diálogo no verbal en 3D”. La construcción fue tomando forma y se convirtió en “un Paisaje, un lugar donde se puede descansar, tiene un puente para atravesarlo y una fuente”. “Es muy parecida a mí vida sabes, me he dado cuenta de que sola me voy cerrando las salidas” “es un quiero salir pero no puedo”. “Una batalla constante conmigo misma”.

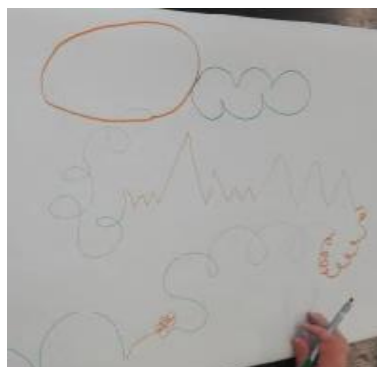


Imagen 12. “Diálogo no verbal gráfico”. La conversación simbólica se convirtió en “el reflejo de mis rollos mentales” “es como todo lo que pasa por mis cabeza, líos constantes”, “me he dado cuenta que me cuesta esperar para contestar”.

³ Como en una conversación, cada persona se convierte en emisor y receptor de información, en este diálogo las palabras se convierten en objetos. M.J. coloca un primer objeto y N responde colocando otro y así, sucesivamente construyendo un “algo”.

La dinámica de las primeras sesiones, donde se intercalaron acciones individuales y grupales y, se propició diferentes momentos de intervención, le permitieron a M.J. respetar -en mayor proporción- los turnos de intervención. Aunque en varias ocasiones -el presente Arteterapeuta- tuvo que intervenir para pausar su participación y brindarle la palabra a otro participante, M.J. intentó interrumpirlos lo menos posible.

Con el paso del tiempo, los retrasos en las sesiones disminuyeron considerablemente entre 10 y 15 min., lo que le permitió llegar a la mitad de la relajación, encontrar un momento de tranquilidad y tener mejor sincronía con sus compañeros expresando: “Ahora si estamos iguales, en las mismas vibraciones”, “Nos hemos acoplado bien que hasta un grupo musical hemos conformado” (Vid. Figura 13).



Imagen 13. “Mi espacio”. “Al principio parecía que nos estábamos peleando, pero ahora parece que es un grupo de Rock, tengo mi micrófono, es como si nos juntáramos para cantar algo”. “Se notan las buenas vibraciones que hay en el grupo”

Uno de los momentos clave del proceso, fue cuando teniendo la oportunidad de trabajar de forma libre, sobre sí misma, sobre algún tema o conflicto en general, ha representado simbólicamente la situación sentimental con su pareja de hace 7 años y su madre, así como la dualidad de los sentimientos que experimentaba porque sabía que estaba en lo correcto y peleaba por no sentirse sola (Vid. Imagen 14).



Imagen 14. “Trabajo libre”

Desde la fecha hasta la actualidad, se ha mantenido firme en la decisión tomada y, aunque presenta momentos de incertidumbre, con mayor seguridad se enfrenta a ellos y se recuerda a sí misma: “M.J. puede salir adelante sola, ya no quiere la misma vida, si se le puede llamar así ¿verdad?”, “M.J. es inteligente,

vamos, vamos”. El cambio suscitado, trascendió en su imagen corporal con un corte de cabello y mejor alineamiento físico.

AN.

La constante en sus crisis de ansiedad y Su principal objetivo era combatir las crisis de ansiedad y conocer nuevas personas; sin embargo, las constantes alteraciones del sueño, aunadas a una situación familiar delicada (Vid. Figura 6), interrumpieron la asistencia regular al Taller de Arteterapia.



Imagen 15. ¿Quién soy? “Mi jaula”

De las tres sesiones que participó, en dos llegó con 40 min. de retraso, disminuyendo su tiempo de exploración y experimentación de materiales, sin embargo, el interés que le causó el Taller de Arteterapia se evidenció cuando construyó su “Jaula con botón de emergencia”, una representación simbólica de lo que sugería para ella: “La jaula es mi hogar, yo estoy dentro, encarcelada, atrapada, encerrada...”, “aquí hay un botón, está para que me saquen de ahí cuando tenga mis crisis de ansiedad”, “como ahora, estoy aquí porque me van a ayudar a salir de ahí” (Vid. Figura 15 y 16)



Imagen 16. “Mi jaula” La cortadora de mariposa, es el botón de emergencia.

AR.

La integración al Taller fue pausada, mostrando dificultades para adaptarse al cambio de rutina, principalmente al cumplimiento de un horario; por lo cual no llegaba o por lo contrario, se incorporaba con 35 - 40 min. de retraso. En el intento de disculparse con sus compañeros, buscó formas de entablar conversaciones interrumpiendo su trabajo; motivo por el cual, se le invitó en varias ocasiones a realizar respiraciones profundas y respetar la dinámica de la sesión.

Durante las primeras sesiones, se le recordó reiteradamente que debía respetar el proceso creativo y/o las intervenciones de sus compañeros durante las discusiones (asambleas). Aunque no expresó verbalmente la incomodidad y molestia que esta sugerencia le generaba, en un principio manifestó conductas infantiles como: tirar objetos, hacer bromas, solicitar una canción al mismo tiempo

que la ponía en su celular y se mezclaba con la música que ya había- y/o quitarse y ponerse sus lentes.

La constante exaltación enérgica, le generaba un aumento de actividad y varias dificultades para controlar sus movimientos, por ejemplo: la realización de productos rápidos. La prematura finalización de sus trabajos, la justificó con argumentos como: “así no te gastamos materiales”, “lo siento, es que necesito un cigarrillo”, “¿se puede algo breve?, es que necesito aire”, “hice esto sencillo, pero ahora que te platique lo que es, ya verás que no es tan sencillo, ¿ya puedo ir por mi cigarrillo en lo que terminan los demás verdad?” (Vid. Imagen 17).



Imagen 17. “¿Quién soy?” La premisa consistía en representarse simbólicamente. **AR** se presenta como un florero. “Las flores son las personas que están dispuestas a acercarse a mí, yo las recibo con amor”

Por otra parte, escuchaba las indicaciones pero las ajustaba para concluir pronto (Vid. Imagen 18) comentando:

“así es más fácil la interpretación, todos somos uno mismo y aunque uno intenta separar las emociones, somos un todo”, “conforme iba pensando imaginando, se me vino a la idea la imagen del elefante como ese todo, los colores son de las emociones: rojo el enfado y amarillo el miedo..., lo vez, todo se conecta”



Imagen 18. “Representación simbólica de las emociones”. La premisa consistía en representar simbólicamente cada emoción (Miedo, Ira, Felicidad, Sorpresa, Asco y Tristeza); sin embargo, se puede observar que **AR** ha representado el “miedo” y el “enfado” en el mismo

En el transcurso del Taller, la tendencia por hablar excesivamente y propiciar una conversación cuando llegaba con retardo y sus compañeros ya estaban trabajando, disminuyó considerablemente, evitando interrupciones. Durante las asambleas, siguió mostrando dificultad para respetar los tiempos e intervenciones de sus compañeros; sin embargo, la impulsividad por hablar, animó a los participantes más reservados a comenzar a expresar sus ideas, convirtiéndose en referente para otros.

La mayor parte de las sesiones mostró un estado de ánimo y energía elevados; para él, esta sensación es sinónimo de actividad y positivismo, por lo que las relajaciones son desagradables y justifica su resistencia a participar en ellas comentando: “¿me puedo saltar la relajación? Es que me duermen...”, “...yo vengo muy activo y después, ya me siento todo lento y con más calma”, “me gusta relajarme pero también sentirme más así, como yo, como moviéndome para un lado y para otro ¿sabes?”, “así soy yo, movimiento, acción”. Sin embargo, aún con un poco de resistencia, se integró y se lograba disminuir un poco los niveles de exaltación y mantener una participación más regular.

A partir de la 8ª sesión, mantuvo una asistencia continua de 6 sesiones y se redujeron los tiempos de retardo entre 15 y 20 min. Un aspecto importante durante el proceso, ha sido que al finalizar la sesión N°. 11, exteriorizó su sentir respecto al Taller de Arteterapia: “si te das cuenta, ahora he cogido otra actitud porque noto que me está ayudando a venir acá, a venir aquí. Al principio sí que es verdad que no tenía tanta actitud pero ahora sí que noto que me ha servido de motivación, de inspiración... Me ha ayudado eso de compartir con otros, sobre todo”.

El momento crucial fue en la sesión N°. 12, cuando se integró desde el minuto 1, participando sin inconvenientes en la relajación. Escuchó con atención la premisa de trabajar sobre: Mi nueva meta a alcanzar, por lo que se tomó su tiempo para pensar y elaborar su producto. Una vez que terminó, salió a fumar un cigarrillo sin interrumpir a sus compañeros y, al volver, ha comentado por primera vez un aspecto doliente.

La mayor parte de las sesiones, todo reflejaba optimismo y trascendencia de lo negativo hacia algo positivo y estimulante para seguir adelante; en esta ocasión, ha sido lo contrario. Durante la asamblea ha expuesto la insatisfacción que siente con algunas personas de su entorno social que lo lleva a la necesidad de cambiar y buscar nuevos espacios y personas, ha compartido el dolor causado por la pérdida de su padre, ha llorado abiertamente y nuevamente se ha trazado el “Propósito” de seguir adelante pese a las circunstancias (Vid. Imagen 19).



Imagen 19. "Mi nueva meta a alcanzar". La elaboración de una flecha con la escritura de "Propósito", es la representación simbólica de hacer los cambios y reajustes necesarios para seguir adelante. Al ser un objeto que marca un aspecto doliente y una perspectiva hacia el futuro, lo ha convertido (imaginariamente) en un cohete y le ha prendido fuego (bajo supervisión) para que pudiera volar.

M.A.

La integración al nuevo grupo le causó ansiedad, angustia e inquietud; sensaciones que la han llevado a tener 2 crisis que han concluido en autolesiones (golpes en la cabeza y hematomas en las piernas). Sin embargo, su inmersión en el Taller fue asertiva, los compañeros de trabajo la acogieron sin dificultades y permitieron que se sintiera en un espacio seguro, de confianza y estimulante hacia el reconocimiento de sus propias capacidades: "Me siento bien", "sé que mis compañeros me escuchan y eso me ayuda mucho", "sé que puedo hacer las cosas bien", "soy muy ordenada, cariñosa e intento ayudar a mis compañeros cuando lo necesiten".

El proceso que experimentado en las 6 sesiones, reflejaron mayor autonomía para tomar decisiones, trabajar sobre sus propias emociones o conflictos y elegir sus propios materiales sin esperar la aceptación o aprobación de sus compañeros o la terapeuta.

Durante el proceso, el gusto por la música y el movimiento, le permitieron ser un referente para sus compañeros. Aunado a la experimentación de materiales y la simbolización de sus conflictos, se logró influir positivamente en la mejora del estado emocional. Durante las últimas 4 sesiones de trabajo, se logró percibir en los rasgos faciales y en su postura corporal, los cambios que experimentó: su semblante era más alegre, sonreía más, adquirió una posición más relajada, más erguida, caminó con la cabeza poco más elevada y en algunos momentos vistió con colores más alegres (rosa principalmente).

En este periodo, la 11ª. sesión fue la más significativa, puesto que ha sido la primera vez que exteriorizó a otras personas (fuera del rango de los profesionales del Centro de Día) su condición frente a las autolesiones: qué le producen, cómo se siente después de la crisis y, concluye con expresiones como: “sé que eso no se debe hacer porque la única que se hace daño soy yo misma”, “debo quererme más todavía y respetarme”.

En las últimas sesiones se mostró más expresiva y reflexiva, la mayor parte del tiempo rescató aspectos positivos: “sé que hay personas que me quieren y entonces, eso hace que piense y me quiera más”, “es importante cuidar mi imagen, si me cuido yo, me veo mejor y me siento mejor”, “compartir con los compañeros me hace que me sienta mejor, siempre hay dificultades, pero eso te enseña a ser un poco más valiente... lo intento, hasta que no puedo más, pero lo intento”. Los productos creados proyectaron lo positiva y optimista que debe ser (Vid. Imagen 20) y las personas importantes que están presentes en su vida (Vid. Imagen 21).



Imagen 20. Tema libre. En la sesión No. 11, abordó el tema de las autolesiones y creó “*Mi Borrador Mágico*”: “me ayuda a mantener alejadas las ganas de lesionarme, me ayuda a borrar los malos pensamiento y pensar cosas positivas”. “También borra las autolesiones y momentos malos pasado”. “Los listones son las personas que me ayudan a salir adelante”, “me dan fuerza y dicen que hay más cosas buenas”.

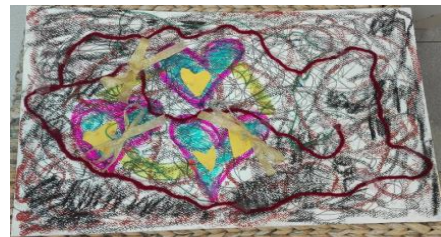


Imagen 21. Tema libre. “No se pueden quitar del todo las cosas malas, siempre dejan una huella” (color negro), “Hay cosas que están presentes e intento no verlas ahora, aún no, todavía no” color café). “Siempre están las cosas nuevas, las alegrías y momentos que compartes con la gente”, “Mi familia es muy importante para mí, me enseñan a ver la vida diferente, a vivirla” (corazones), “le dan color a mi vida”.

C.

La integración al Taller fue lenta y pausada, mostrando dificultades para adaptarse al cambio de rutina. Las constantes en su estado de fatiga y trastorno del sueño, repercutieron en la incorporación tardía a las actividades; sin embargo, se logró mantener una asistencia continua por 4 sesiones.

La mayor parte del tiempo llegó a la mitad de las sesiones (40-45 min.) con mucho cansancio; por ende, la canalización de las emociones o pensamientos, la elección de la temática que le gustaría trabajar y la elaboración de la producción artística, en muchas ocasiones no se pudieron concretar cómo le hubiera gustado, causando ligeras molestias consigo misma (Vid. Imagen 22). Al final de las sesiones se tuvo un momento reflexivo consigo misma donde concluía con un “intentaré llegar más temprano para poder venir con más tiempo”.

Imagen 22. Tema libre. “Me gustaría ser más alegre y compartir más tiempo con mis compañeros”, “salir a caminar al parque me gusta mucho”, “Me hubiera gustado hacerle más cosas”, “ponerle más materiales, pero no me dio tiempo”, “me hubiera gustado más, si le hubiera puesto más cosas”.



5.2.2 Proceso Grupal

5.2.2.1 Etapa I. Exploración y enganche a un espacio de expresión artística. Sesiones Estructuradas

En esta etapa del Proyecto Arteterapéutico (Vid. Figura 1), la consolidación del grupo fue lenta. En la sesión N°. 1, solamente se contó con la asistencia de dos participantes. Por cuestiones ajenas a la organización del Taller: citas médicas (analítica y psiquiátrica), la sesión N° 4 se suspendió debido a que el único participante que asistió, llegó 10 min. antes de concluir la sesión de trabajo. Finalmente las sesiones N° 2, 3, 5 y 7, se comenzaron con 2 participantes y se concluyeron con tres o cuatro, dependiendo de las circunstancias (Vid. Figura 6).

La irregularidad de la asistencia y/o la incorporación tardía de los participantes, en un principio dificultó la integración de los participantes e influyó en la decadencia del estado de ánimo de los participantes que llegaban a tiempo. En dos ocasiones se tuvo que recorrer la sesión 15 min. porque solamente había una persona y ésta, no quería trabajar sola, accediendo a esperar a otro compañero.

En esta primera etapa, los participantes tuvieron la oportunidad de explorar libremente los materiales (carboncillos, ceras, telas, etc.) y posteriormente, crear un “algo” con esos materiales. Dichas acciones generaron nuevas experiencias sensorio-motoras que condujeron a los primeros intercambios verbales.

En la sesión N°.3, se consiguió conectar no sólo las experiencias y comentarios, sino que también se logró fusionar los trabajos. En esta sesión donde se trabajaron las emociones básicas (miedo, alegría, tristeza, ira, asco, sorpresa), después de poner en puesta común sus representaciones simbólicas, observaron con atención las producciones y, bajo criterios como: predominancia de color, similitud de elementos y puntos de conexión (Vid. Imagen 23), agruparon las producciones en una composición que denominaron “Mezcla de emociones” (Vid. Imagen 24).



Imagen 23. “Emociones” Punto de partida para establecer puntos de concordancia entre similitud de colores, formas y expresiones



Imagen 24. Composición “Mezcla de emociones”

Encontrar un equilibrio entre la polaridad de los estados de ánimo y de actividad (dinámicos y efusivos vs. expresión emotiva disminuida o apesadumbramiento) empezó a surgir un efecto con las relajaciones y los movimientos corporales que se realizaron con el pretexto de preparar el cuerpo hacia una conexión más profunda y creación más expresiva. A partir de la sesión N° 6, comenzaron a disminuir las exaltaciones corporales y conductas infantiloideas en AR., así como la tensión y agitaciones del brazo y pierna de N.

La interacción entre pares comenzó a fluir de forma más natural de modo que, en la sesión N°. 7, después de la exploración individual de la materialidad del periódico (sonidos, textura, manipulación con las partes del cuerpo, etc.), se propició

la primera toma de decisiones conjuntas -en duplas-. En ese momento, se intercambiaron opiniones y puntos de vista entre pares para la elaboración de un “algo”, acompañándola de una historia (Vid. Conjunto de Imágenes 25 y 26).



Imagen 25. "El vestido".
"Era una chica que había mandado a hacer su vestido para la graduación... con una falda ampona como de princesa... con toques dorados para brillar en la fiesta.



Imagen 26. "La Cofradía".
Había un padre ya muy mayor, que se había quedado dormido en una silla que había fuera de la iglesia... cuando despertó, tenía muchas personas sentadas detrás de él, que al verlo encapuchado, pensaron que estaba orando...

Posterior a la puesta en común, a partir de los elementos creados, se planteó crear una historia grupal. Los resultados fueron interesantes, por una parte M.J. y C. lograron intercambiar ideas, conjugar los puntos de vista para crear su historia y ambas elaboraron su objeto (Vid. Imagen 25). Por otra parte, en la dupla entre N. y AR., aunque ambos opinaron, N. accedió a realizar lo que AR. propuso; sin embargo, en la asamblea N. manifestó: “se hizo lo que dijo AR., no sé si estoy muy contenta o si me gusta, pero se hizo algo”, lo que llevó a AR., a intentar reconstruir la historia con las partes que N. había mencionado. De alguna manera A., al sentirse en evidencia, favoreció que en futuras acciones, tomara más en cuenta las opiniones de sus compañeros.

Juntar las dos historias resultó más complicado, porque opinaban diferente; al ser la primera vez que se encontraron con una actividad similar, cada quien dio su punto de vista y M.J. se responsabilizó para juntar las ideas y cuestionar si estaban de acuerdo o no. En esta ocasión hubo varios puntos de discrepancia y, aunque no lograron consolidar una historia como tal, se logró que pudieran dar sus opiniones y expresar su sentir al respecto.

En esta etapa las variables independientes (ánimo disfórico, alteraciones de sueño) y organizativas (cancelación por consultas médicas no previstas), causaron efecto en la temporalización del Taller, tomando 2 sesiones de la 2ª. etapa (Vid. Figura 6). Aun con los ajustes y modificaciones, se logró crear un espacio de

exploración para adquirir experiencias sensoriales propias y, concebir un espacio seguridad y confianza para la expresión de emociones, sentimientos o pensamientos. Propiciar una dinámica que incluyera trabajos individuales y grupales intercalados con momentos de retroalimentación, favoreció la adquisición de hábitos para introducirse en una secuencia continua de acción-participación-escucha.

5.2.2.2 Etapa II. Desarrollo de habilidades personales e integración. Sesiones Semi-Estructuradas

En esta etapa solamente se realizaron 2 sesiones de las 5 previamente planeadas (Vid. Figura 6); las sesiones faltantes tuvieron efecto cuando dos tuvieron causa en las cuestiones antes mencionadas y cuando la tercera se canceló por cuestiones organizativas del Centro de Día. A pesar de ello, las sesiones realizadas fueron interesantes y muy significativas para el grupo en general.

Las sesiones indujeron a un trabajo individual dentro de un plano grupal:

- Sesión 11. Expresión libre colectivo (Vid. Figura 27)
- Sesión 12. Retrato grupal. "Mi espacio" (Vid. Figura 28)



Imagen 27. Expresión libre Colectivo. Cada uno de los integrantes eligió el espacio y los materiales a emplear en la proyección libre.



Imagen 28. Retrato Grupal "Mi espacio". Para realizar este retrato, cada uno de los integrantes ha elegido el lugar y la posición más satisfactoria.

En ambas sesiones, la relajación se redujo a 10 min. y las dinámicas de movimiento corporal se ampliaron a 20 min. La interacción y la creación de vínculos favorecieron la integración grupal causando efectos positivos en el estado anímico (mencionadas anteriormente en las observaciones individuales de N. y AR.).

Durante la experiencia, se favoreció la toma de decisiones respecto a su espacio de desenvolvimiento y elección de materiales sin esperar la aprobación de los otros, el intercambio de información y el establecimiento de límites para la elaboración conjunta de proyectos.

En los espacios de discusión, se respetaron en mayor proporción los turnos y tiempos de participación; aunque siguió habiendo interrupciones, éstas disminuyeron en gran proporción. Entre las intervenciones, existió mayor apoyo entre compañeros y en algunas ocasiones se reforzaron aspectos positivos que habían observado durante la sesión.

5.2.2.3 Etapa III. Fortalecimiento de las habilidades personales y apoyo de pares. Sesiones sin estructura.

En esta etapa la dirección fue mínima. En las 4 sesiones de Arteterapia, después de una breve relajación, cada uno de los participantes, con mayor autonomía e independencia, eligió su propio espacio de trabajo y los objetos que le sirvieran de mediación entre la expresión y el enfrentamiento de sus angustias, temores o conflictos (Vid. Conjunto de imágenes 29 y 30).



Imagen 29. Elección de materiales y espacios para trabajo individual.



Imagen 30. Representación simbólica de los temores, angustias o conflictos.

Los grupos de discusión tomaron mayor fuerza dentro del grupo. Bajo un ambiente de confianza, respeto y apoyo mutuo, no sólo se favoreció la libre expresión verbal y simbólica de los afectos. La interacción favoreció el intercambio de información, la expresión de los puntos de vista respecto a una situación, el

soporte en momento de catarsis y -en algunos casos- la sugerencia acciones que pudieran enfrentar o solucionar las adversidades que fueron manifestadas.

Brindar un espacio activo de escucha y diálogo entre pares trascendió al Taller de Arteterapia; en varias ocasiones mientras esperaban a los compañeros, antes de comenzar la sesión o al despedirse y cambiar de Taller, éstos comenzaron a realizarse preguntas, comentarse cómo se sentían y compartir algunas opiniones sobre noticias, caricaturas, personajes, etc.

5.3 Resultados

5.3.1 Re - Test de autoestima de Rosenberg

Al finalizar el Taller de Arteterapia, la valoración Global de los participantes (Anexo 1), continua entre el rango 1.5 y 3.5 (Vid. Tabla 4); sin embargo, pueden observarse cambios considerables en los ítem 2, 4, 5 y 8.

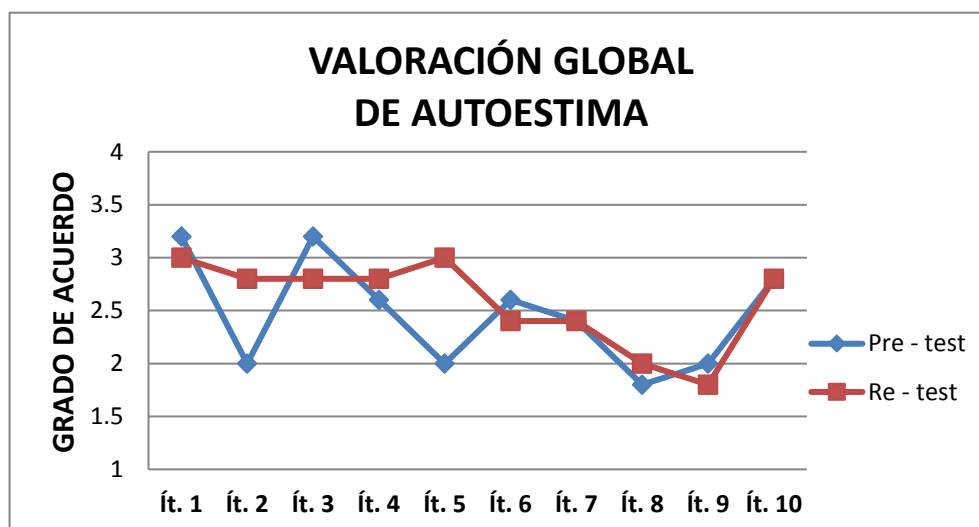


Tabla 4. Valoración Global Comparativa de Escala de Autoestima de Rosenberg, Re – test, (Fuente: Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

En el ítem 2 (Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso) la tendencia a pensarlo disminuyó un 0,8 aproximándose al rango 3, con una valoración final de 2,8. El ítem 4 (Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás), incrementó un 0,2 quedando la valoración en 2,8. El ítem 5 (Creo que no

tengo mucho de lo que estar orgulloso), la tendencia negativa disminuyó colocándose en el rango 3 y finalmente el ítem 8 (me gustaría tener mayor respeto por mí mismo) ascendió al rango número 2.

De acuerdo con Braden (1994), para considerar una autoestima adecuada, las personas deben aceptarse a sí mismas, tener capacidad de autoafirmarse, ser capaces de tomar responsabilidades y vivir con integridad. En este sentido, de acuerdo con las observaciones y valoraciones anteriores, el Taller Arteterapéutico ha favorecido en los participantes algunos aspectos como:

1. Aceptarse a sí mismos:

- Mostraron mayor capacidad para aceptar, reconocer y nombrar algunos pensamientos negativos:

M.J. “A veces soy muy negativa, muy negativa para todo”.

M.A. “Hay ocasiones que solo pienso en golpearme y lastimarme hasta que ya no pueda más para que se me pase”.

N. “A veces es que me siento como inútil y es que me cuesta mucho trabajo levantarme de la cama o hacer mis propias cosas”.

- Reconocieron sus propios errores:

M.J. “Debo aprender a escuchar a los demás para estar en sintonía y evitarme problemas, porque hay veces que solo hablo y hablo”.

N. “Debo dejar de ser tan aprensiva porque así solo me duele el estómago y me hace sentir mal”, “debo dejar de pesarme todos los días, eso no me hace bien y solo me hace enojar, voy a intentarlo”, “necesito hablar más, expresar lo que siento para que la gente me escuche, para que me entienda”.

C. “Debo intentar levantarme temprano para que me dé más tiempo de venir y hacer las cosas con calma”.

- Se valoraron al grado de rescatar algunas de sus potencialidades y cualidades:

N. “Me puedo manejar con la máquina de coser”, “Hablo más con los compañeros”, “me atrevo a hacer cosas sola aquí, aquí y en la casa... ya puedo ir a comprar algo sola, porque antes no me atrevía...”, “Puedo compartir cosas con mis compañeros”, “Me siento más cómoda conmigo misma”.

M.J. “Sincera, digo lo que pienso”, “Creativa”, “Empática”, “Generosa, me gusta ayudar a la gente... soy solidaria con los demás”, “soy más asertiva ahora”.

2. Autoafirmarse: Adquirieron mayor respeto por sí mismos, para actuar y defender con determinación sus propias convicciones.

M.J. “Soy única e intransferible... dual, con cosas positivas y negativas”

AR. “Tengo derecho a pensar y sentirme desilusionado... y cambiar de ambientes, cosas, amigos”

3. Tomar responsabilidades. Se reconocieron como principal agente en la toma de decisiones y acciones a realizar.

M.A. “Sé que soy más de lo que me han dicho y a veces me cuesta un poco de trabajo, pero intento pensar más en lo positivo que en lo negativo”, “Puedo quererme y amarme más”, “Soy inteligente y capaz de hacer las cosas bien”.

M.J. “Tengo derecho a decidir si quiero estar sola o no, hacer o no hacer cosas”. “Debo tener capacidad para escuchar y hacer lo que parece más correcto por mí y no por los demás”, “Las cosas que suceden son por las decisiones que tomé, aunque me digan los demás que hacer, la responsable sé que soy yo”.

Durante los 4 meses que se realizó la intervención Arteterapéutica, los participantes lograron experimentar y manipular diversos materiales que fungieron como objeto mediador para expresar simbólicamente aquellos temores o conflictos que los afligían. Aún con las diferentes sintomatologías y algunas resistencias inconscientes (llegar tarde, salir a fumar cigarrillos, evitar las meditaciones), mediante la creación artística, se logró atraer al continuum espacio-tiempo, centrando su atención en “El aquí y el Ahora”.

En un espacio de seguridad, respeto y apoyo mutuo, se estimuló la participación activa y con ello, se favoreció la adquisición de mayor confianza y seguridad para enfrentarse a la incertidumbre y los retos que se le presentaron, contribuyendo en el cumplimiento de algunos objetivos comunes trazados al comienzo: expresar como se sienten y establecer lazos estrechos con otras personas

5.3.2 Yalom's 60 q-short of curative factors in group therapy. *Cuestionario de Factores Terapéuticos*

La evolución del proceso individual fue directamente proporcional al trabajo grupal. La integración fue progresiva y, aunque en un principio se comenzaron las sesiones con dos integrantes, con el paso del tiempo la asistencia aumentó, se estabilizó y, con ello, se consolidó el grupo de trabajo.

La Valoración Global de los Factores Terapéuticos del Grupo de trabajo (Vid. Tabla 5), nos muestra índices altos en: Catarsis 9%, Aprendizaje Interpersonal 9%, Universalidad 10% y principalmente Cohesión grupal 13%.

Las primeras sesiones fueron estructuradas, equilibrar el trabajo individual con el grupal, facilitó la interacción entre los integrantes y la incorporación de una rutina de trabajo, la cual solicitaba respetar los tiempos, los procesos y las intervenciones de sus pares.

El grupo de trabajo fue heterogéneo, la diversidad de estados de ánimo, niveles de actividad y energía se complementaron y se volvieron agentes indispensables en la dinámica. Los participantes que acudieron con mayor vitalidad se volvieron referentes y motivadores de superación. La constante interacción y refuerzo a partir del otro, crearon una atmosfera estimulante de:

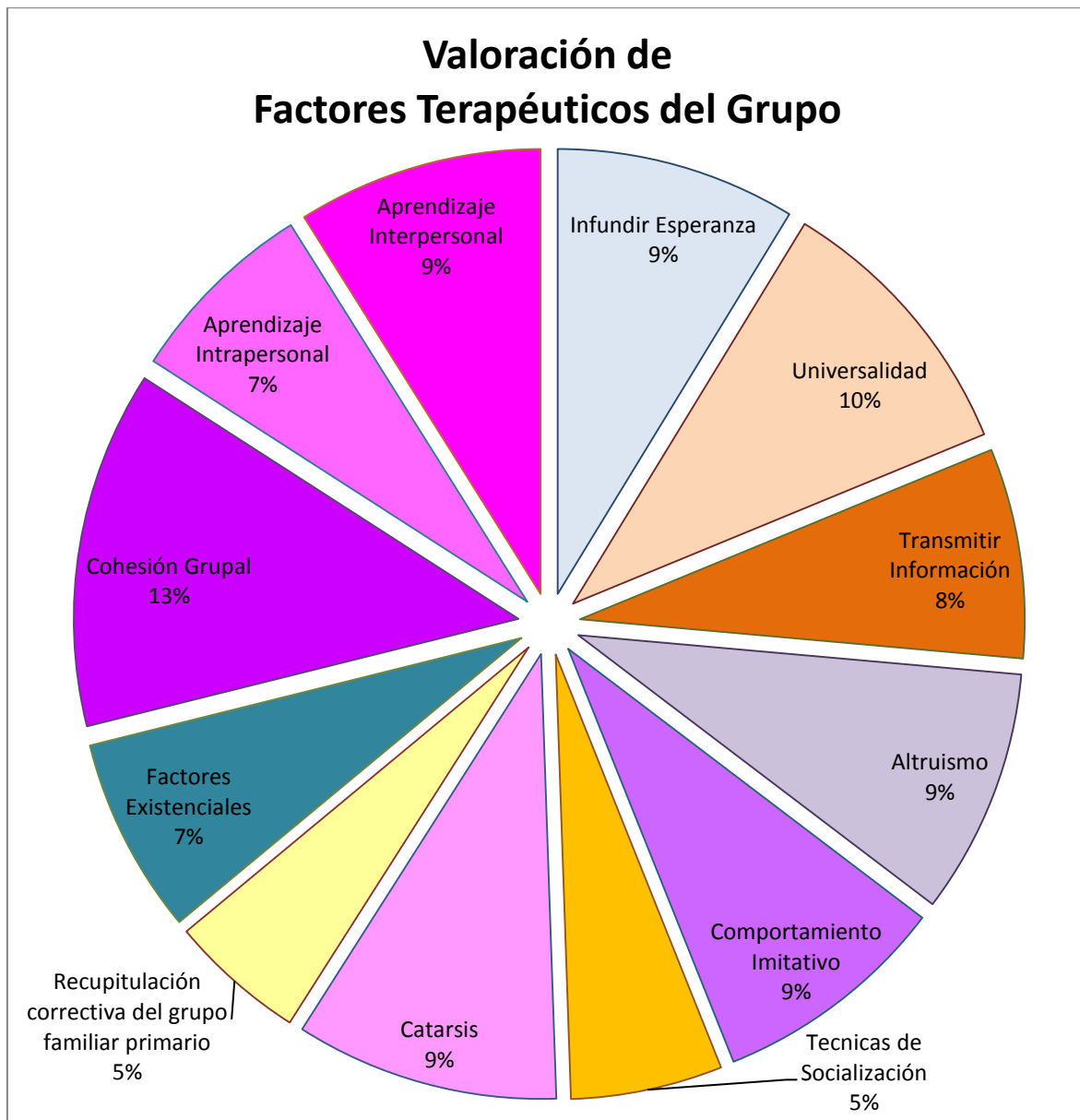


Tabla 5. Yalom's 60 q-short of curative factors in group therapy.

Cuestionario de Factores Terapéuticos. (Fuente: Lawlor 1982). Traducción propia

- Aprendizaje Interpersonal. Escuchar a los demás y comprender que son diferentes, que cada uno tiene su propio estilo, forma, habilidades y capacidades, ha favorecido la aceptación y el respeto por el otro (Vid. Imagen 31). En el transcurso de la intervención Arteterapéutica, durante las asambleas se permitieron aprender y reforzarse mutuamente, aquellas capacidades y aspectos positivos que probablemente no eran tan visibles para sí mismos:
AR: “M.A. es muy cariñosa, creativa, tiene una capacidad para expresar más sus emociones”, “es más abierta para compartir sus ideas”.

“N. está aprendiendo a sacar sus cosas, a expresar sus emociones”, “refleja sentido del humor, ganas de vivir, ganas de hacer cosas”, “se ve más alegre, ha evolucionado muchísimo”.

M.J. “N. Expresa más de forma creativa”, “reconoce sus emociones, es menos temerosa y se integra con mayor confianza con nosotros”, “yo la veo con más vitalidad.

N.: “AR. Me agrada como se expresa, se expresa muy bien, muy bien. Dice lo piensa y no se queda callado”, “dibuja muy bien y ayuda mucho”

“Yo miro con mucha fuerza a M.J.”

“C. refleja esperanza”

Imagen 31. ¿Quién soy?
Representaciones simbólicas de cada uno de los integrantes:
Florero (AR. Superior)
Sin nombre. (N. Inferior derecha)
Jaula con botón emergente (AN. Inferior-derecha



- Universalidad. Experimentar momentos creativos en conjunto, estimulo la capacidad de observación, atención y escucha del otro. La conexión creativa resaltó que cada quien tiene puntos de vista y del conjunto, podemos aprender de ellos rescatando aspectos positivos (Vid. Imagen 32). Por ejemplo:



Imagen 32 Expresión conjunta libre.

N. “Para mí es como un revoltijo de colores, son muchas cosas que pasan por la cabeza..., un revoltijo de colores”. En conjunto le inspira a: “una mezcla de

hilos de colores, miedos a estar sola, a las enfermedades” y, “Un río musical que late”.

M.J. En un principio se había centralizado el trabajo en el rostro femenino que asemeja a una sirena y posterior a la reflexión escribe lo siguiente: “EN MI CORAZÓN HAY MIL COLORES PARA TI. SINCERA ESPONTANEIDAD LAS HUELLAS DE LA VIDA. ARGURIS DE SENTIMIENTOS EL SOL SIEMPRE BRILLA PRIMAVERA DE EMOCIONES”.

M.A. Centralizó el trabajo en la dualidad de las emociones que represento, aquellos aspectos positivos y negativos que han suscitado en la semana. Posterior a la reflexión grupal, ha integrado las opiniones de sus compañeros y ha titulado la producción con las siguientes frases: “El mar y el fuego. Amor y Odio. Fantasía y color”.

AR. Observa los elementos de la producción y en esta ocasión comparte menos el trabajo individual, pero titula la obra general con lo siguiente: “Sigue tu camino pero de vez en cuando date un alto un respiro mira en tu interior no estás solo descubre la alegría”.

- Catarsis. Trabajar sobre los propios conflictos dentro del grupo, ha estimulado el encuentro de posibles soluciones y soporte en los momentos de descarga. Por ejemplo:

Cuando N. manifestó su problema de peso, los compañeros comentaron:

AR: “Probablemente es mejor que dejes de mirar tantas veces la báscula...”, “Recuerda que has bajado 4 kg. antes, debes dar tiempo para que vuelvas a bajar un poco, a lo mejor un poco de ejercicio te vendría muy bien”.

M.A. “Pues si no puedes correr, tal vez puedes hacer caminatas, tomar agua y seguir con tu dieta al pie de la letra”, “Recuerda que tú cuerpo necesita tiempo y no te puedes comparar con otras personas, cada cuerpo es diferente”

- **M.J.** “No te preocupes, pocos a poco irás bajando, además tienes que recordar que te han mandado a bajar de peso por salud, por cuestiones del hígado, así que poco en poco”, “mírale el lado positivo, por lo menos te han mandado a consulta y te siguen revisando”, “sólo no comas ni más, ni menos de lo que te han dicho”

- Cohesión Grupal. Experimentaron la sensación de pertenecer a un grupo de personas que se apoyan entre sí e inspiran a salir adelante mediante lazos estrechos y relaciones menos superficiales.

N. “Me siento bien, me siento cómoda, puedo compartir mis cosas”, “Ya tengo con quien compartir mis cosas”, “Ya platico más con los compañeros y les puedo contar cosas”.

M.J. “Yo me siento bien en el grupo”, “trabajo en equipo sin miedo y exteriorizo los miedos y sentimientos”, “hay buena vibración y sintonía... con los compañeros”.

M.A. “Me siento muy bien”, “Tengo mayor confianza para compartirles cosas personales, no todo, pero sí más cosas”, “si siento que me aceptan, bueno nos aceptamos y ayudamos”

La consolidación del grupo a partir de la 2ª. etapa y las interacciones suscitadas en éste, además de favorecer un espacio de descarga emocional, estimulo el intercambio de información y experiencias. La puesta en común de las obras creadas, dentro de un espacio de atención-escucha permitió analizar, reflexionar y mirar con humor las diversas situaciones que se presentaron. El *feedback* fomentó el reconocimiento recíproco de aspectos positivos -en otros y en uno mismo- e, indujo a la creación de nuevas narrativas de autodefinición e impulsó a seguir adelante con los objetivos propuestos.

La creación de objetos no verbales y la motivación entre pares, encaminaron hacia la expresión verbal y escrita de aquellas emociones, sentimientos y pensamientos difíciles de nombrar, reduciendo progresivamente la sintomatología negativa de los participantes. Se logró disminuir la consistencia de la vitalidad y energía exaltada, la impulsividad por lavarse las manos continuamente para hacer frente a las conductas repetidas en respuesta a la obsesión de limpieza y la resistencia a acudir con frecuencia las actividades propuestas por el Centro de Día.

La participación activa suavizó la construcción del puente transicional entre “el Yo y el Nosotros”, concediendo la promoción de valores compartidos orientados

hacia un bien común. La combinación establecida entre el arte, el lugar, el espacio y el tiempo, estimularon el encuentro de posibles soluciones a determinados conflictos, facilitando la transformación de las experiencias de vida en un aprendizaje significativo para sí mismo y para los otros, induciendo a la abstracción de conocimientos, la reorganización y reconstrucción del pensamiento.

6. CONCLUSIONES

Retomando las preguntas generadoras de investigación: ***¿cómo favorece la Arteterapia el crecimiento personal de personas con TMG?*** y de forma paralela, dentro de un equipo de trabajo ***¿cómo permite trascender hacia la cohesión grupal?*** concluyo que:

La implementación del Arte dentro de las intervenciones terapéuticas, implica un proceso de introspección que favorece el reconocimiento de las propias habilidades y capacidades y la reintegración en el sistema psíquico. La transición de las sesiones estructuradas, que parten de premisas sencillas y determinadas, para un trabajo individual y metas comunes hacia sesiones menos dirigidas, promueve la autonomía, la seguridad y la confianza para actuar y hacer frente a las complejidades que se presentan en la marcha.

La implementación del Arte dentro del grupo de trabajo con TMG, provee elementos mediadores que facilitan la descarga y externalización de tensiones. La simbolización de las propias experiencias propicia un estado de bienestar y mayor equilibrio. El uso de diversos materiales como objetos mediadores, ayuda a derribar barreras, modifican positivamente los pensamientos y las conductas que les permite trascender al padecimiento, mirar con nuevas perspectivas y estimular el afrontamiento de proyectos en pro a la recuperación de vida.

Involucrar el cuerpo en movimiento dentro de las producciones artísticas individuales y grupales, no sólo activa las capacidades y genera aprendizajes, a partir de las experiencias sensorio-motoras adquiridas, la oscilación del cuerpo adquiere el poder de volverse signo para sí mismo y para el otro. En el psiquismo, el

cuerpo se vuelve fuente de aprendizaje a partir de dos vías: como emisor y como receptor de información, potencializando la construcción del pensamiento del sujeto.

De acuerdo con Freud (1923), “el primer yo es un yo corporal”. En este sentido, el flujo de las emociones, las sensaciones y los pensamientos, propician movimientos como respuesta al estado de consciencia y el cuerpo. Complementar el proceso creativo artístico plástico de las personas con TMG con el movimiento, favorece la creación de objetos metafóricos que funcionan como medio de comunicación, comprensión y adaptación al mundo que lo rodea (Zazzo, 1975).

Toda actividad que involucre el movimiento como ida y vuelta de aprendizajes, contiene una cualidad transformadora (Levine, 2011). Los componentes fuerza-espacio-tiempo-flujo (Zazzo, 1975; Wallon 1968) despiertan la espontaneidad y la autenticidad, la consciencia kinestésica (conexión subjetiva y personal con nuestra forma de movernos) e intuición. Al dejar fluir las ideas y pensamientos, se transmiten experiencias básicas y se anima a convertirlas en intentos espontáneos de composiciones (emociones, deseos, esperanzas, necesidades) fortaleciendo la reconstrucción del “serf”.

En este sentido la interacción continua entre pares, permite experimentar proximidad y semejanza. Dentro un encuadre terapéutico, a partir de una metodología fundamentada, la conciencia del cuerpo, el movimiento y la capacidad creativa adquieren un papel importante en el descubrimiento, la organización y la construcción mental. El cuerpo se convierte en una unidad constituida por mente, espíritu y estructura física y, el arte, en un objeto mediador que refuerza las alianzas creadas en el propio sujeto y los otros.

La observación se convierte en un elemento clave de retroalimentación visual y aprendizaje “vicario” que conduce a la profundización de saberes, actos y actitudes que conllevan a la corrección y recapitulación del contexto individual y grupal. En este proceso de reelaboración de sistemas, la valoración, la empatía y el apoyo mutuo entre personas con TMG, influyen favorablemente en desarrollo integral y la reestructuración de patrones de conductas que encaminan hacia cumplimiento del tratamiento, la evolución clínica, la recuperación y la reinserción social.

“Cuando se comparte es posible convertir a un desconocido en un amigo”

Nancy Van Pelt

En el ámbito colectivo, este proceso se vuelve un agente de interestimulación; es decir, las acciones e ideas se activan y complementan de forma recíproca. La participación activa entre pares, dentro de un entorno seguro, proporciona un espacio de escucha y diálogo, promueve valores y desarrolla habilidades sociales que fomenta el desarrollo de relaciones seguras y vínculos significativos, conformando y consolidando una identidad compartida que promueve la acción-reflexión y genera un estado de experiencias de aprendizaje.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anthony, W. A., y Farkas, M. D. (2009). *Primer on the psychiatric rehabilitation process*. 2nd ed. Boston: Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation

AFART. (2017). ¿Qué es el Arteterapia? | AFART. [Online] Recuperado de: <http://afart.es/arte-terapia/> [Revisado 27 Jun. 2017].

American Psychiatric Association. (2016). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

Bobes, M. C., (2003) Abstracción y símbolo en “*El gran teatro del mundo*”. *Precedentes medievales del auto sacramental*”. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes [online] Recuperado de: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/abstraccion-y-simbolo-en-el-gran-teatro-del-mundo-precedentes-medievales-del-auto-sacramental/> [Revisado 17 May 2017]

Branden, N., (2007). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona: Paidós.

Centre Londres, (n.d.). Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones. [Online] Recuperado de: http://PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES [Revisado 16 May 2017].

Colmenares E., A. M. y Piñero M., M. L. (2008). LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. [En línea] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76111892006.pdf> [Revisado 20 Jul 2017]

Fiorini, H. Formaciones de procesos terciarios. Una tópica del psiquismo creador. [Online] *Revista Psicología Profunda*. Recuperado de: http://www.hectorfiorini.com.ar/form_ter.pdf [Revisado 18 May 2017].

- Gómez, R., (N.D.). Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones. *Psiquiatría - Paidopsiquiatría*, [online] pp.1 - 21. Recuperado de: http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf [Revisado 18 May 2017].
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, [online] 126(12), pp.445-451. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324> [Revisado 24 May. 2017].
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Izquierdo, C., Caro R., Escusa, M., Galán F., Gracia, L., Martín A., Martínez, M., Pilbernat P. y Vicente, M., (2011). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave (TMG)*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Knill, P., (2005). The Philosophy of Expressive Arts Therapy: Poiesis as a Response to the world. en Knill, P., Levine, E. y Levine, S. *Principles and Practice of Expressive Arts Therapy. Toward a Therapeutic Aesthetics*. London y Philadelphia: Pentonville Road y Jessica Kingsley Publishers, pp. 16-73
- Levine, E., (2011). From social Change to art Therapy and Back Again: A memoir. en Levine, E. G., y Levine, S. K., *Art in Action. Expressive Arts Therapy and Social Change*. London y Philadelphia: Pentonville Road y Jessica Kingsley Publishers, pp.32-41.
- López F. Cao, M., (2008). Cognición y emoción: el derecho a la experiencia a través del arte, *Puls*, 31. 221-232

Malchiodi, C. A., (2012). *Handbook of Art Therapy*. 2nd. Ed. New York: The Guilford Publications, Inc.

Martínez, A., (2005). El entorno: Educación y concienciación de la sociedad para la integración de las personas con trastorno mental grave. La rehabilitación es cosa de todos. En Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Primer Congreso. La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales*. Congreso llevado a cabo en Madrid.

Martínez C., P C., (2006) El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión* [online] Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf> [Revisado: 28 Jun 2017]

Marxen, E., (2011). La historia del arte psicótico. En *Diálogos entre arte y terapia*. Barcelona: Gedisa. [Online] Recuperado de: <https://books.google.es/books?id=RScIBQAAQBAJ&pg=PT11&dq=la+historia+del+arte+psic%C3%B3tico&hl=eu&sa=X&ved=0ahUKEwjujeTogt7UAhWCWxoKHelcBnAQ6AEIMjAC#v=onepage&q=la%20historia%20del%20arte%20psic%C3%B3tico&f=true> [Revisado 15 Mar. 2017].

McNeilly, G., (2000) "Failure in Group Analytic Art Therapy" en Gilroy, A. y McNeilly, G., *The Changing Shape of Art Therapy: New Developments in Theory and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers, pp.143-172.

Naranjo, M. L., (2004) *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. Costa Rica: Comisión Editorial de la Universidad de Costa Rica

Naumburg, M., (1997). "Ilustración de un caso: terapia artística con una muchacha esquizofrénica de diecisiete años", en Hammer, E., *Test proyectivos gráficos*. Barcelona y Buenos Aires: Paidós.

Organización Mundial de la Salud, (2008). *MhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Switzerland: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, (2013), *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* [online] Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1 [Revisado 25 May 2017].

Organización Mundial de la Salud, (2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. [Online] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/> [Revisado 21 May 2017].

Organización Mundial de la Salud, (2017). *Trastornos mentales*. [Online] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/> [Revisado 22 May 2017].

Simons, H., (2011). *El estudio de caso: Teoría y Práctica*. Madrid: Ediciones Morata

Stake, R.E. (1999). *Investigación con estudio de caso*. 2da. ed. Madrid: Ediciones Moralta, S.L.

Waller, D. (2015). *Group interactive art therapy*. 2nd Ed. New York: Routledge.

Yin, R. K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*, Applied social research Methods Series, *Newbury Park CA*, Sage.

Zazzo, R. (1975). *El yo social: La psicología de Henri Wallon*. 1st ed. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.

Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2003). Procesos terciarios. Aperturas Psicoanalíticas. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, [online] 14.

Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=253&a=Procesos-terciarios> [Revisado 15 May 2017].

ANEXO 1

VALORACIÓN DE ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en Desacuerdo

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1.

De los ítems 6 al 10, las respuestas se puntúan de 1 a 4.

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN				PUNTUACIÓN GLOBAL	MEDIA
		A	B	C	D		
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	2	2	1	-	16	3.2
		1	3	1	-	15	3
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	1	1	1	10	2
		1	3	-	1	14	2.8
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	2	2	1	-	16	3.2
		1	2	2	-	14	2.8
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	1	1	13	2.6
		1	2	2		14	2.8
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	2	1	2	-	15	3
		-	1	3	1	10	2
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	1	2	1	13	2.6
		-	4	-	1	12	2.4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	1	3	-	12	2.4
		1	2	1	1	12	2.4
8	Me gustaría tener mayor respeto por mí mismo	2	2	1	-	9	1.8
		3	-	1	1	10	2
9	Realmente me siento útil en algunas ocasiones	2	2	-	1	10	2
		2	2	1	-	9	1.8
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	-	3	1	14	2.8
		-	3	-	2	14	2.8
	Pre – Test						
	Re – Test						

ANEXO 2

VALORACIÓN DE FACTORES TERAPÉUTICOS EN UN GRUPO DE TRABAJO. YALOM (Traducción propia)

1. Menos útil para mí en el grupo
2. Apenas útil para mí en el grupo
3. Útil para mí en el grupo
4. Muy útil para mí en el grupo

Factor		1	2	3	4	Puntuación por ítem	Puntuación Global
1. Altruismo	1. Ayudar a otros me ha dado más autoestima	1 1	-	2 6	1 4	11	11
	2. Poniendo otras necesidades por delante de las mías	-	1 2	2 6	1 4	12	
	3. Olvidarme y pensando en ayudar a los demás.	-	2 4	2 6	-	10	
	4. Dar parte de mí mismo a los demás.		1 2	1 3	2 8	13	
	5. Ayudar a los demás y ser importantes en sus vidas.	-	3 6	1 3		9	
2. Cohesión de grupo	6. Pertener y ser aceptado por el grupo.	-	-	-	4 1 6	16	16
	7. Contacto estrecho con otras personas.	-	1 2	3 9	2 8	19	
	8. Revelar cosas embarazosas sobre mí y aun ser aceptado por el grupo.	-	-	1 3	3 1 2	15	
	9. Ya no sentirme solo.	-	-	1 3	3 1 2	15	
	10. Pertener a un grupo de personas que me comprendieron y me aceptaron.	-	-	1 3	3 1 2	15	
3. Universalidad	11. Aprender que no soy el único con mi tipo de problema "Estamos todos en el mismo barco"	-	-	1 3	3 1 2	15	12.4
	12. Ver que yo estaba tan bien como otros.	-	1 2	2 6	1 4	12	
	13. Aprender que otros tienen algunos de los mismos "malos" pensamientos y sentimientos que hago.	-	1 2	2 6	1 4	12	
	14. Aprender que otros tenían padres y tenían antecedentes tan infelices o mezclados como los	-	2 4	2 6	-	10	

	míos.						
	15. Aprender que no soy muy diferente de otras personas me dio un sentimiento de "bienvenida a la raza humana".		1 2	1 3	2 8	13	
4. Interpersonal "Entrada"	16. El grupo me enseñó acerca del tipo de impresión que hago sobre otros.	2 2	-	1 3	1 4	9	8.6
	17. Aprender cómo me encuentro con los demás.	-	1 2	2 6	1 4	12	
	18. Lo que otros miembros me dicen -con honestidad- que piensan de mí.	-	-	2 6	2 8	10	
	19. Los miembros del grupo señalaron algunos de mis hábitos o manierismo que molestan a otras personas.	3 3	1 2	-	-	5	
	20. Aprender que a veces confundo a la gente por no decir lo que realmente pienso.	2 2	1 2	1 3	-	7	
5. Interpersonal "Salida"	21. Mejorar mis habilidades para llevarme bien con la gente.	-	1 2	-	3 1 2	14	11
	22. Sentirme más confiado de los grupos y de la gente.	-	2 4	1 3	1 4	11	
	23. Aprender sobre la forma en que me relaciono con los otros miembros del grupo.	-	1 2	2 6	1 4	12	
	24. El grupo me está dando la oportunidad de aprender a acercarme a otros.	-	1 2	2 6	1 4	12	
	25. Resolver mis dificultades con un miembro -en particular- del grupo.	2 2	2 4	-	-	6	
6. Catarsis	26. Sacar cosas de mi pecho.	1 1	1 2	-	2 8	11	11.8
	27. Expresar sentimientos negativos y positivos hacia otro miembro.	1 1	2 4	-	1 4	9	
	28. Expresar sentimientos negativos y/ o positivos hacia el líder (terapeuta) del grupo.	-	1 2	-	3 1 2	14	
	29. Aprender a expresar mis sentimientos.	-	-	3 9	1 4	13	
	30. Ser capaz de decir lo que me estaba molestando en lugar de retenerlo.	-	1 2	2 6	1 4	12	
7. Identificación	31. Tratar de ser como alguien en el grupo que estaba mejor ajustado que yo.	1 1	1 2	2 6	-	9	10.6
	32. Ver que otros podrían revelar cosas embarazosas, tomar otros riesgos y beneficiarse en la ayuda a hacer lo mismo.	1 1	-	1 3	1 4	8	
	33. Adoptar manierismos o el	-	2	2	-	10	

	estilo de otro miembro del grupo.		4	6			
	34. Admirar y comportarme como mi terapeuta	-	1 2	2 6	1 4	12	
	35. Encontrar a alguien en el grupo podría ser un modelo a seguir.	-	-	2 6	2 8	14	
8. Dirección (Transmitir información)	36. Que el especialista sugiera o aconseje algo para que lo haga.	-	1 2	1 3	2 8	13	
	37. Los miembros del grupo sugieren o aconsejan algo para que yo haga.	-	2 4	1 3	2 8	15	
	38. Los miembros del grupo me dicen qué hacer.	2 2	2 4	-	-	6	
	39. Alguien en el grupo que da sugerencias definidas sobre un problema de la vida.	1 1	2 4	1 3	-	8	9.4
	40. Miembros del grupo que me aconsejan ir se comportan diferentemente con una persona importante en mi vida.	1 1	2 4	-	-	5	
9. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario	41. Estar en el grupo fue, en cierto sentido, como revivir y comprender mi vida en la familia en la que crecí.	1 1	-	2 6	-	7	
	42. Estar en el grupo, de alguna manera me ayudó a entender las problemáticas que tuve en el pasado con mis padres, hermanos, hermanas u otras personas importantes.	1 1	1 2	1 3	-	6	
	43. Estar en una familia, solamente esta vez una familia más aceptable y comprensiva.	-	1 2	2 6	-	8	6.1
	44. Estar en el grupo de alguna manera me ayudó a entender cómo crecí en mi familia	1 1	1 2	1 3	-	6	
	45. El grupo era algo como mi familia - algunos miembros o el terapeuta siendo como mis padres y otros como mis parientes.	1 1	2 4	-	-	5	
	46. A través de la experiencia grupal, entiendo mis relaciones pasadas con mis padres y familiares (hermanos, hermanas, etc.)	1 1	2 4	-	-	5	
10. Comprensión propia	47. Aprender que tengo gustos o disgustos para una persona por razones que tienen poco que ver con la persona y más que ver, con mis colgantes o experiencias con otras	-	1 2	1 3	1 4	9	6.8

	personas en mi pasado.					
	48. Aprender por qué pienso y me siento como lo hago (es decir, aprendiendo algunas de las causas y fuentes de mis problemas).	1 1	2 4	-	-	5
	49. Descubrir y aceptar partes previamente desconocidas o inaceptables de mí mismo.	-	-	2 6	-	6
	50. Aprender que reacciono a algunas personas o situaciones de manera poco realista (con sentimientos que de alguna manera pertenecen a períodos anteriores en mi vida).	-	3 6	-	-	6
	51. Aprender que cómo me siento y me comporto hoy, está relacionado con mi infancia y desarrollo (hay razones en mi vida temprana por qué soy como soy).	-	2 4	-	1 4	8
11. Instilación de esperanza	52. Ver a otros mejorando era inspirador para mí.	-	-	3 9	1 4	13
	53. Ver que otros habían resuelto problemas similares a los míos.	1 1	-	3 9	-	10
	54. Ver que otros miembros del grupo mejoraron, me animaron.	-	-	2 6	2 8	10
	55. Saber que el grupo había ayudado a otros con problemas como el mío me animaron.	1 1	-	3 9	-	10
						10.75
12. Factores existenciales	56. Reconocer que la vida es a veces injusta.	-	2 4	1 3	1 4	11
	57. Reconocer que en última instancia no hay escapatoria de algunos de los dolores de la vida y de la muerte	1 1	-	2 6	1 4	11
	58. Reconocer que no importa lo cerca que esté de llegar a otras personas, debo enfrentar la vida sola.	2 2	1 2	1 3	-	7
	59. Enfrentar las cuestiones básicas de mi vida y muerte, y así viviendo mi vida de manera más honesta y siendo menos atrapados en trivialidades	2 2	2 4	-	-	6
	60. Aprender que debo tomar la responsabilidad para tomar decisiones y vivir mi vida, no importa cuánto me guíen y cuánto apoyo consigo de otros.	1 1	1 2	2 6	-	9
						8.8

ANEXO 3

Bienvenida al Taller de Arteterapia, es un placer contar con tu presencia. Con la intención de atender a tus necesidades, nos gustaría conocer un poco más de ti mediante la siguiente entrevista. Recuerda que tus datos están protegidos.

1. Buenos días. ¿Podías presentarte: decirnos tu nombre, cuántos años tienes y a que te dedicas, por ejemplo?
2. ¿Qué actividades sueles realizar cotidianamente?
3. ¿Qué actividades son las que más disfrutas?
4. ¿Desde hace cuánto tiempo formas parte del Centro de día 20 metros?
5. ¿Con qué regularidad acudes al Centro de día?
6. ¿En qué actividades sueles participar dentro del Centro?
7. ¿Cómo es tu relación con los compañeros?
8. ¿Consideras que has logrado establecer amistades profundas o solo son compañeros de estancia? ¿Por qué?
9. ¿Qué significa para ti el término Arteterapia?
10. ¿Cómo consideras que podría beneficiarte el Taller de Arteterapia?
11. ¿Tienes alguna expectativa del Taller de Arteterapia?
12. ¿Te gustaría trabajar algo en específico dentro del Taller?
13. ¿Qué opinas de la música?
14. ¿Qué tipo de música escuchas?
15. ¿Estás de acuerdo en implementar música dentro del Taller?
16. ¿Qué cosas te disgustan o incomodan cotidianamente?
17. ¿Cómo te describirías?
18. ¿Podrías mencionarme algunas cualidades?
19. ¿Qué objetivo podrías trazarte para trabajar en el Taller de Arteterapia?

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN PARA TOMA DE IMÁGENES

Autorización para toma y uso de imágenes durante el **Taller de Arteterapia** que se llevará a cabo con usuarios de **INTRAS** en el **Centro de día 20 Metros**.

Dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el **artículo 18. de la Constitución** y regulado por la **Ley 1/1982, de 5 de mayo**, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la **Ley 15/1999, de 13 de Diciembre**, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, la Arteterapeuta del Taller de Arteterapia solicita el consentimiento para realizar imágenes, grabar audios y/o videos de las sesiones y las producciones artísticas que se realicen durante dicho taller con fines pedagógicos e investigadores; de forma individual o grupal.

Don/Doña.....
..... con DNI como Tutor de Don/Doña
.....
..... con DNI

autorizo a la Arteterapeuta del Taller de Arteterapia, el uso pedagógico e investigador de las imágenes realizadas en el taller, que podrán ser incluidas en documentos de finalidad pedagógica e investigadora, y que podrán ser difundidas a nivel académico y divulgativo.

En a de 201 ____

FIRMADO:

ANEXO 5

SESION		TITULO			
BLOQUE TEMÁTICO					
FECHA		LUGAR/ESPACIO			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS					
ACCIÓN	DESARROLLO	MATERIALES	TIEMPO	OBSERVACIONES	
BIENVENIDA Y ASAMBLEA INICIAL / INTRODUCCIÓN AL TALLER					
RELAJACIÓN					
DINAMICA GRUPAL / MOVIMIENTOS CORPORALES					
PROCESO CREATIVO INDIVIDUAL					
PRIMERAS REFLEXIONES RETROALIMENTACIÓN					
PROCESO CREATIVO GRUPAL					
GRUPO DE DISCUSIÓN RETROALIMENTACIÓN					
RECOGIDA DE MATERIALES Y DESPEDIDA					
MATERIALES COMPLEMENTARIOS					
OBSERVACIONES					

**ADAPTACIÓN DE LA PLANTILLA DE PROGRAMACIÓN DE TALLERES Y ACTIVIDADES
FUENTE: DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD.
INTRAS. CENTRO DE DÍA "20 METROS"**