



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Memoria para optar al Título de Psicólogo

¿Puede la actividad plástica ayudar en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos?

— *Los efectos terapéuticos del Arte-terapia* —

Alumna: Paulina Morales Häfelin

Profesora Patrocinante: Ps. Ruth Weinstein Aranda

Profesional Colaborador: Ps. y Máster en Arte-terapia Pamela Reyes Herrera

“Detrás de las perturbaciones, en la mayoría de las veces, palpita una personalidad viva e intensa cuyos sentimientos son iguales a los de todos los seres humanos. Estos pacientes han conservado todas las calidades de la existencia humana, a menudo, las más sensitivas...”

H. Baruc, ***Le sentiment de la personnalité, la dépersonnalisation et la cénesthésie***

“La condición humana es que nuestro estado natural es como la más creativa, resiliente, ingeniosa e innovadora criatura del universo...Estos recursos humanos innatos son la clave para cualquier entendimiento holístico de la salud. Esto es también, ser inevitablemente confrontado a la pérdida, el daño, el dolor y el pesar. Las artes son cruciales en ambos lados de esta moneda: ellas median la celebración, la alegría y las producciones especiales, tan bien como permiten la expresión, contención y comprensión de los aspectos más oscuros y tristes de la vida”.

Malcolm Learnmouth, ***Asociación Británica de Arte-terapeutas***



ÍNDICE

	RESUMEN.....	5
	PALABRAS CLAVE.....	5
I.	INTRODUCCIÓN.....	6
II.	OBJETIVOS.....	10
	2.1 <i>Objetivo General</i>	10
	2.2 <i>Objetivos específicos</i>	10
III.	TRASTORNOS MENTALES SEVEROS.....	11
	3.1 <i>Definición</i>	11
	3.2 <i>Principales problemas y necesidades de las personas que tienen un Trastorno Mental Severo (TMS)</i>	13
IV.	EL ARTE- TERAPIA O TERAPIA ARTÍSTICA.....	17
	4.1 <i>Definición y conceptos principales</i>	17
V.	EL ARTE- TERAPIA CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS (TMS): ASPECTOS TEÓRICOS.....	20
	5.1 <i>El arte en la vida del ser humano de todos los tiempos</i>	20
	5.2 <i>Actividad plástica y salud mental</i>	24
	5.2.1. <i>El simbolismo de las imágenes</i>	29
	5.3 <i>Creatividad y proceso creador en la enfermedad mental severa</i>	30
	5.3.1. <i>Entendiendo la creatividad y el proceso creador</i>	30
	5.3.2. <i>Cuando el individuo con algún trastorno mental severo logra crear una obra plástica</i>	34
VI.	¿QUÉ ES EL ARTE- TERAPIA CON PERSONAS QUE PADECEN UN TRASTORNO MENTAL SEVERO?.....	36
	6.1 <i>La historia del arte- terapia con TMS</i>	36

	<i>6.2 Aspectos generales del arte- terapia como tratamiento en salud mental y rehabilitación psicosocial para pacientes con TMS.....</i>	<i>37</i>
VII.	PUBLICACIONES RECIENTES RELACIONADAS CON LOS EFECTOS TERAPÉUTICOS DEL ARTE- TERAPIA CON TMS.....	40
	<i>7.1 Efecto Terapéutico. Definición.....</i>	<i>40</i>
	<i>7.2 Publicaciones basadas en observaciones clínicas.....</i>	<i>41</i>
	<i>7.3 Metaanálisis.....</i>	<i>54</i>
	<i>7.4 Estudios de efectividad basados en la metodología cuantitativa y cualitativa en forma complementaria.....</i>	<i>55</i>
VIII.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	58
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
	APÉNDICE.....	69

RESUMEN

El arte-terapia, intervención que utiliza la actividad plástica en un entorno terapéutico, paulatinamente desde los años 50, se ha incorporado al tratamiento de población adulta con trastornos mentales severos (TMS). Los resultados de esta experiencia tienden a ser positivos. Pero, actualmente en el mundo, esta disciplina aún no logra validarse en el ámbito de la salud mental. Esta memoria consiste en una revisión bibliográfica de los fundamentos teóricos del trabajo arte-terapéutico con TMS y de publicaciones relevantes sobre sus resultados. Se concluye que esta disciplina con TMS posee una forma de trabajo justificada por un cuerpo teórico coherente y es incapaz de dañar a estos pacientes. Además, los efectos terapéuticos reportados por las publicaciones sistematizadas no son estadísticamente y clínicamente significativos, pero coinciden en que abarcan áreas como: *ego (yo) o self, autoestima, relaciones interpersonales o interacción social, síntomas psiquiátricos (estado mental) y orientación de la realidad del paciente*. Estas conclusiones servirían como base o hipótesis para que futuros estudios empíricos sobre resultados del arte-terapia con TMS, obtengan información definitiva que la consagren como una forma de terapia válida para estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: arte-terapia, trastornos mentales severos (TMS), actividad plástica, creatividad, efectos terapéuticos.

I. INTRODUCCIÓN

A partir de los años 50 aproximadamente, el arte-terapia o terapia artística como intervención para población adulta con trastornos mentales severos (TMS), se ha ido convirtiendo en un complemento del tratamiento habitual que recibe esta población (farmacoterapia, psicoterapia o terapia de apoyo, rehabilitación psicosocial, principalmente). Este fenómeno ocurre primero en Europa, para luego expandirse a otros países del mundo, incluido Chile. Este florecimiento del arte-terapia con personas que sufren TMS, se debe a las experiencias positivas obtenidas a nivel terapéutico con la utilización de esta disciplina en estos pacientes, quienes poseen complejos problemas y necesidades que no siempre se atenúan con el solo uso de medicación. Por lo tanto, el arte-terapia comienza a ser ampliamente elegida como parte del tratamiento de esta población, según lo cuentan algunas encuestas (Ministerio de Salud del Reino Unido, 2000). Sin embargo, es una disciplina que aún no logra la aceptación necesaria en el ámbito de la salud mental, siendo una situación que se experimenta a nivel mundial. Lo que se requiere es una labor de definición y unificación de criterios, para lo cual hacen falta investigaciones académicas por parte de las universidades, vía importante para lograr el reconocimiento institucional del arte-terapia en los diferentes países (5º Congreso de ECARTE [European Consortium for Arts Therapies Education] sobre arte-terapia, 1999, Septiembre citado en Vassiliadou, 2001). Es por ello, que la presente memoria intentará ser un aporte en la línea investigativa del arte-terapia, específicamente de aquel enfocado a personas con TMS, al intentar acercarse a definir el rol que cumple esta intervención en el tratamiento de esta población. Este hecho aportaría al desarrollo y consolidación de esta incipiente profesión tanto en Chile, como en el resto del mundo.

Al hablar de trastornos mentales severos (TMS), se está considerando el ámbito de la psicosis principalmente, por lo tanto, las dificultades que presentan quienes padecen estos trastornos son de la gravedad de: “incapacidad para distinguir realidad interna y externa, pérdida del sentido de realidad, (...) alteraciones importantes en las funciones mentales y en la conducta, graves dificultades en la comunicación” (Reyes, 2003, p. 229). Todo ello, repercute seriamente en la calidad de vida de estas personas, quienes generalmente, son marginadas y estigmatizadas por la sociedad. El motivo por el cual se escoge en esta memoria a las personas que tienen un TMS, tiene que ver con una característica relacionada con lo anterior: el abandono que sufren desde el punto de vista

humano, tanto en el ambiente de la salud mental, como en el medio social. Es que son personas que padecen trastornos tan complejos y graves, que generalmente, su tratamiento se centra en la farmacoterapia, siendo pocos los profesionales del área que se atreven a realizar un trabajo más cercano a la psicoterapia con estos pacientes (Wood, 2002). Mientras tanto, en la sociedad son personas rechazadas e incomprendidas. De este modo y considerando, sobre todo, las limitaciones verbales que presentan estos pacientes, siempre ha sido un desafío realizar un trabajo psicoterapéutico tradicional (usando el lenguaje verbal) con personas con TMS, incluso muchos de estos profesionales de la salud mental han descartado esta posibilidad por considerarla casi insostenible. Así, para “muchas escuelas de psicoterapia, la psicosis o la propensión hacia ella, son criterios de exclusión definitivos” (Lakeman, 2006), a pesar de conocerse recientemente, datos alentadores respecto de la costo-eficacia de los enfoques psicoterapéuticos en el manejo de la psicosis, en combinación con la farmacoterapia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). Sin embargo, se han comenzado a realizar mayores esfuerzos en salud mental, para mejorar el tratamiento integral necesario para estos pacientes. Este panorama se ha dado en varios países, fundamentalmente en aquellos más desarrollados, sobre todo en las últimas dos décadas, dándose énfasis en el área de la rehabilitación. Pero, en Chile esto ha tardado más en ocurrir, puesto que los verdaderos intentos en este ámbito se iniciaron recién hace unos diez años atrás, por lo que todavía queda mucho que hacer para llegar a conferir el tratamiento integral más óptimo a quienes tienen TMS y así, mejorar verdaderamente la calidad de vida de estas personas (Psicosis: diagnóstico, etiología y tratamiento, 2003).

Por lo tanto, parece relevante ofrecer otras alternativas de tratamiento a estas personas, que logren humanizarlas y considerar sus necesidades específicas propias del trastorno que sufren, pero además, aquellas que aparecen cuando la enfermedad disminuye o está inactiva y que se relacionan con sus deseos de reinserción en la comunidad y el cumplimiento de sus objetivos personales. De este modo, el arte-terapia surge como un camino para quienes tienen un TMS. Esta disciplina utiliza la práctica artística visual (pintura, dibujo, collage, escultura, etc.) en un entorno terapéutico (Dalley, 1987), constituyéndose en una herramienta terapéutica alternativa de acceder al mundo interno de las personas con TMS. Salta la barrera del lenguaje verbal (afectado en los TMS) para intentar una comprensión del paciente, valiéndose de la imagen o el arte visual (medio no verbal) para construir un puente comunicativo entre paciente y terapeuta. Según la bibliografía disponible, la implementación del arte-terapia en este grupo, les

reporta grandes beneficios que repercuten en su calidad de vida. Por ello, junto con aumentar su incorporación en el tratamiento de personas con TMS, comenzó a ser un área interesante de investigación, fundamentalmente para el arte-terapia misma y para una disciplina relacionada, la psicología. Este impulso fue más fuerte en los años 90, como parte de un intento de esta joven disciplina de validarse entre aquellas ya consagradas en el ámbito de la salud mental.

De esta manera, existen publicaciones hasta la fecha, que abordan aspectos ligados a los efectos terapéuticos del arte-terapia dirigida a pacientes adultos con TMS. Por este motivo, parece relevante sistematizar aquellos artículos que hacen visible el trabajo de los arte-terapeutas y los resultados alcanzados en personas con TMS. El objetivo es aprovechar los datos descritos, construyendo una base desde la cual dirigir futuras investigaciones de carácter empírico que, definitivamente, validen el arte-terapia con estos pacientes como una disciplina que interviene en forma beneficiosa en su tratamiento. Esta memoria teórica intenta realizar dicha sistematización de los datos referidos en las publicaciones más enriquecedoras en términos de resultados del arte-terapia en TMS, emprendidas hasta hoy, además de exponer los fundamentos teóricos que sustentan esta disciplina, para así poder responder las preguntas principales de la presente memoria: ¿Puede la actividad plástica visual ayudar en el tratamiento de personas con TMS?, ¿Cuáles son los efectos terapéuticos del arte-terapia como intervención para este grupo?

La bibliografía de primera y segunda fuente seleccionada, sigue los criterios relacionados con la temática de este estudio, las contribuciones en cuanto a efectos terapéuticos y el enfoque teórico de la psicología que permite explicar estos efectos y conceptos relacionados. El enfoque teórico principal escogido para este estudio, incluye corrientes posteriores a Freud, como el grupo británico (Donald Winnicott, Michael Balint) y la corriente post-kleiniana (Wilfred Bion, Donald Meltzer). Son elegidas por sus abordajes de los trastornos mentales graves, la psicoterapia con estos pacientes y sus concepciones sobre creatividad, que coinciden con las principales concepciones encontradas por la autora sobre arte-terapia en personas con TMS y que también serán descritas en esta memoria, lo que le otorga coherencia a este estudio teórico. Sin embargo, la preponderancia de los enfoques post-freudianos de la psicología en este estudio, no excluyen la consideración de ideas pertenecientes a otros enfoques (como el humanista, por ejemplo) para sustentar el trabajo arte-terapéutico con TMS, puesto que la actual memoria trata fundamentalmente de esta disciplina, la cual trasciende los

alcances de cualquier teoría sobre psicoterapia y psicología. Es de este modo, como el arte-terapia para pacientes con TMS, tiene sus orígenes en diversas disciplinas (psicología, arte, educación artística, etc.), las cuales integra de diversos modos. Así, se genera una forma de intervención terapéutica nueva que, según la bibliografía encontrada, parece aportar beneficios en muchos aspectos a los pacientes que trata, sobre todo a quienes sufren un trastorno mental severo, hipótesis que se intentará comprobar en la actual memoria.

El presente estudio tendrá una *orientación teórica* y se enmarca dentro de la metodología cualitativa, adquiriendo un carácter documental, exploratorio y descriptivo. Se utilizará la *metodología cualitativa*, puesto que lo central es producir datos descriptivos acerca del fenómeno del arte-terapia en pacientes que padecen trastornos mentales severos (TMS), sobre todo en cuanto a los efectos terapéuticos que tiene en este grupo (Taylor & Bogdan, 1994). Esta memoria será *documental*, ya que la información se recogerá de documentos publicados como libros, tesis y artículos científicos (tanto en versiones escritas como electrónicas). El carácter *exploratorio*, se debe a que el tema del arte-terapia en pacientes que padecen trastornos mentales severos, ha sido poco estudiado hasta la fecha, existiendo escasas publicaciones específicas, sobre todo en idioma español (la mayoría son en inglés). Por último, este estudio será de tipo *descriptivo*, porque intentará especificar propiedades importantes del fenómeno del arte-terapia en personas con trastornos mentales severos, al ser analizado principalmente, en torno a los efectos terapéuticos que esta intervención tendría en esta población (Dankhe, 1986 citado en Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

Por tanto, la herramienta metodológica principal que se utilizará para lograr los objetivos de esta memoria, será la revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias. Con ello, se pretende aclarar lo que se entiende por arte-terapia en el ámbito de los TMS, además de recopilar aquella información sobre los efectos terapéuticos de esta intervención en este grupo. Todo esto, podría ayudar a la configuración de futuras investigaciones empíricas en la materia, que consideren las teorías presentadas, además de los datos descritos en las publicaciones que se sistematizarán en esta memoria. El objetivo último, es dar un paso más en el camino hacia el conocimiento del arte-terapia con TMS como una intervención que beneficia a quienes participan de lo que en este ámbito se denomina, “hacer arte”.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Describir y plantear desde la psicología los efectos terapéuticos del arte- terapia como forma de intervención en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales severos.

2.2 Objetivos específicos

- Definir el concepto de trastorno mental severo (TMS), abarcando las dificultades y necesidades específicas de los pacientes que lo padecen, mediante material bibliográfico actualizado.
- Describir el arte- terapia en general, considerando sus orígenes en la historia de la salud mental y principales conceptos relacionados, a través de la revisión de bibliografía.
- Plantear, mediante una revisión bibliográfica, los fundamentos teóricos del arte- terapia a partir de los cuales, entregar una base conceptual que explique el trabajo enfocado a pacientes que sufren trastornos mentales severos y sus resultados.
- Describir el arte- terapia con personas que padecen trastornos mentales severos, enfocándose en su historia y consideraciones generales sobre su forma de intervención, todo ello a partir de la revisión de bibliografía.
- Sistematizar la información registrada en la bibliografía especializada referida a los efectos terapéuticos alcanzados en pacientes que padecen algún trastorno mental severo al recibir arte- terapia, para finalmente establecer los efectos específicos de esta disciplina en este grupo.

III. TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

3.1 Definición

Las personas que padecen un trastorno mental severo, son un grupo que requiere de una atención prolongada por parte de los servicios de salud mental, en su gran mayoría, durante toda la vida. Se sabe que se trata de personas que se encuentran afectadas por los más graves trastornos mentales establecidos por la psiquiatría, por lo que se está hablando de un sector muy vulnerable de la sociedad, necesitado de tratamientos adecuados que no sólo logren atenuar los síntomas, sino que además dignifique a estas personas. Por esta razón, es importante delimitar correctamente esta población y así poder identificar sus reales necesidades, para luego establecer programas de tratamiento que puedan brindarle una ayuda eficaz (Asociación Española de Neuropsiquiatría [AEN], 2002). Es así, como se procederá a entregar una definición de *trastornos mentales severos*.

Según la AEN (2002), sólo recientemente la literatura sobre salud mental comienza a utilizar el término trastorno mental severo (TMS) “para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan a un grado variable de discapacidad y disfunción social” (p. 5). Anteriormente, se utilizaba la palabra cronicidad para aludir a dichos trastornos, la cual poseía una connotación negativa y estigmatizante. Sin embargo, hasta el día de hoy no se han establecido criterios consistentes y homogéneos que definan el TMS y que puedan ser usados para determinar su morbilidad y su prevalencia, para así lograr cuantificar y planificar servicios adecuados para las personas que lo padecen (AEN, 2002).

Debido a lo anterior, en la actual investigación, se considerará aquella definición que la AEN (2002) encontró como la más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso respecto a los trastornos mentales severos. Dicha definición fue emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH) en el año 1987 e incluye tres criterios o dimensiones de inclusión principales:

- a) **Diagnóstico:** Se incluyen los trastornos psicóticos funcionales (quedando excluidos los de origen orgánico) y algunos trastornos de la personalidad.
- b) **Duración de la enfermedad y del tratamiento:** Tiempo superior a los dos años, descartando así, los casos que, pese a presentar síntomas o diagnósticos de

gravedad, aún tengan un tiempo corto de evolución y por lo tanto, un pronóstico no muy claro todavía.

- c) **Presencia de discapacidad:** Se refiere a la existencia de una disfunción moderada a severa del funcionamiento global (laboral, social, familiar), medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning) o Escala de Funcionamiento Global. Se trata de una discapacidad o dificultad que produce limitaciones en el desempeño de roles sociales y en la interacción con los demás, lo cual trae como consecuencia la estigmatización, el rechazo social, la marginación, el desempleo, y el aislamiento social, entre otros (NIMH, 1987 citado en AEN, 2002).

De esta forma, tomando en cuenta la definición de *trastorno mental severo* presentada, las enfermedades mentales consideradas bajo esta denominación, serían aquellas que se incluyen en el apartado de *esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM- IV). En este grupo se encuentran: la *esquizofrenia*; el *trastorno esquizofreniforme*; el *trastorno esquizoafectivo*; el *trastorno delirante*; el *trastorno psicótico breve*; el *trastorno psicótico compartido (folie à deux)*; el *trastorno psicótico debido a enfermedad médica*; el *trastorno psicótico inducido por sustancias* y el *trastorno psicótico no especificado* (APA, 1995).

El DSM- IV (1995) describe los trastornos mencionados sobre la base del cumplimiento de ciertos criterios diagnósticos, como se detalla en el **cuadro 1**. del Apéndice.

Los síntomas característicos de los trastornos mentales severos implican una amplia gama de disfunciones cognitivas y emocionales incluidas la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica o de experimentar placer, la voluntad, la motivación y la atención (Psicosis: diagnóstico, etiología y tratamiento, 2003). Todo ello repercute en un deterioro de la calidad de vida de quienes padecen estos trastornos.

En cuanto a los trastornos de la personalidad, la AEN (2002) sostiene que su inclusión en la definición de trastorno mental severo es objeto de discusión. Esto ocurre, porque existen dificultades en el diagnóstico de los trastornos de personalidad, además de una baja especificidad y consistencia para su identificación y una variabilidad del curso y pronóstico de éstos. Pero, se sabe que algunos trastornos de la personalidad cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones de la conducta, los que muchas veces persisten

a lo largo de toda la vida del paciente. Por ello, estas personas utilizan extensamente los servicios de salud mental, reuniendo condiciones suficientes para que los trastornos de la personalidad que sufren, sean incluidos en el grupo de los trastornos mentales severos. Según este planteamiento de la AEN (2002), ciertos trastornos de la personalidad serían también un TMS. Pero, debido a la relatividad y a la multiplicidad de factores necesarios para su diagnóstico, no serán descritos y abordados con detalle en la presente memoria.

Finalmente, es necesario decir que, pese a que los TMS pueden desencadenarse en la niñez y adolescencia (antes de los 18 años) en una individuo, en este estudio se considerará aquel grupo de “adultos” que los padecen, debido a que la información recopilada incluye sólo a esta población y a que cualquier TMS en edad temprana, suele variar en cuanto a la sintomatología y a las intervenciones recibidas. Estos cambios ocurrirían, al sumarse factores ligados a estas etapas iniciales del desarrollo humano (Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes, 2006).

3.2 Principales problemas y necesidades de las personas que tienen un Trastorno Mental Severo (TMS)

Además de contar con una definición clara de los trastornos mentales severos, es esencial identificar los problemas y necesidades de las personas que los sufren. Todo ello, con el objetivo elaborar y justificar programas de intervención que mejoren su calidad de vida y que en el actual estudio, se centra en el tratamiento arte- terapéutico.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2002) sostiene que las personas que padecen un *trastorno mental severo (TMS)* presentan problemas muy complejos que no es posible reducir a la sintomatología psicopatológica involucrada, ya que además existen repercusiones en variados aspectos de la vida de estos, como lo son el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

En un intento por establecer los elementos comunes presentes en quienes sufren un trastorno mental severo, la AEN (2002) plantea las siguientes *dificultades principales* derivadas del padecimiento de los síntomas propios de cada TMS:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo (que en muchos casos se limita sólo a su familia) y situaciones de aislamiento social.

- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social, además de favorecer la dependencia económica, situaciones de pobreza y marginación.

Sin embargo, la AEN (2002) advierte acerca de la generalización de estas dificultades en la población con TMS, ya que a pesar de ser comunes, se concretan en cada individuo “de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia de vida de cada uno de ellos y asimismo, en función de la atención” (p. 11) que reciben y servicios a los que tienen acceso.

Así, los problemas y necesidades de las personas que tienen un TMS, son múltiples y variados. En primer lugar, ante todo se trata personas y ciudadanos, que como tales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes, como lo son la alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc. En segundo lugar, son personas que sufren una enfermedad mental y que, por lo mismo, presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas al trastorno que sufren (AEN, 2002).

En cuanto a las *necesidades específicas* de estas personas, se considerarán aquellas planteadas por la AEN (2002):

Atención y tratamiento de la salud mental: Las personas que sufren algún trastorno mental severo (TMS) necesitan adecuados procesos de diagnóstico y de tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas o controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico. El tratamiento utilizado, consiste generalmente, en farmacoterapia (medicación) junto con psicoterapia (muchas veces terapia de apoyo), el cual en la mayoría de los casos, se implementa en un primer período (crítico) de hospitalización y luego durante un tiempo de estabilización donde el paciente ya no está interno, pero sigue en tratamiento.

Atención en crisis: Hasta los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico experimentan recaídas frecuentes. Entonces, la atención en crisis a través de la hospitalización breve (en muchos casos), es necesaria para la estabilización psicopatológica y hacer posible la recuperación del nivel de funcionamiento.

Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: A pesar del buen control de los síntomas que se puede obtener (generalmente, con el tratamiento farmacológico y psiquiátrico), muchos pacientes con TMS mantienen déficits y discapacidades que perturban su funcionamiento autónomo e integrado en la sociedad. Así, los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida en la comunidad. El apoyo flexible y continuado es útil para incentivar una integración social efectiva en el ámbito social y familiar.

Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo: La integración laboral es clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. La mayoría de las personas con algún TMS están desempleadas o excluidas del mundo laboral. Por tanto, son necesarios programas de rehabilitación laboral orientados a la adquisición de hábitos laborales, habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral y programas de formación ocupacional.

Alojamiento y atención residencial comunitaria: Sobre todo para quienes carecen de cobertura familiar, es importante contar con viviendas y atención residencial que cubran las necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión. Así, se favorecerían la autonomía y la mejor calidad de vida para el paciente, disminuyendo el uso inadecuado de la atención hospitalaria, las internaciones indefinidas, los reingresos hospitalarios, las situaciones de marginación sin hogar y la sobrecarga de algunas familias.

Apoyo económico: Muchas personas con TMS tienen dificultades para alcanzar la mínima autosuficiencia económica, debido a sus escasas posibilidades laborales. Entonces, es importante garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas, sobre todo cuando no se cuenta con el apoyo monetario de sus familias, a través de programas y medidas sociales elaborados para este fin.

Protección y defensa de sus derechos: Los problemas psiquiátricos y psicosociales de quienes tienen TMS, así como las barreras y desventajas sociales que experimentan, hacen de ellos un grupo indefenso y vulnerable ante posibles abusos y situaciones de desprotección para el ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos. Por lo tanto, se

necesita promover y asegurar la defensa y protección de sus derechos, tanto en programas de atención y rehabilitación, como en la vida diaria.

Apoyo a las familias: Cuando el paciente cuenta con una familia, es el principal recurso de cuidado y soporte comunitario para él. Pero, la convivencia entre ellos puede tener dificultades y conflictos, que en muchos casos, pueden llevar a la familia a sentirse desbordada. Por tanto, es necesario brindar a las familias de pacientes con TMS, apoyo, información, educación, asesoramiento, para dotarlas de estrategias y recursos para mejorar la convivencia, además de hacerlos parte de la rehabilitación del familiar enfermo.

En función de los principales problemas y necesidades de las personas con TMS, se debieran elaborar las políticas de intervención en salud mental más adecuadas para este grupo. Como se ha visto, los ámbitos que necesitan ser cubiertos son tan diversos, que lo más eficaz es realizar intervenciones multidisciplinarias que utilicen el aporte de la psiquiatría, la psicología (psicoterapia individual, grupal, familiar, psicoeducación, terapia de apoyo), la terapia ocupacional, enfermería, asistencia social, etc. (AEN, 2002).

El *arte-terapia*, se instala como una alternativa válida en este escenario que sostiene la necesidad de una atención multidisciplinaria para la población con TMS. Si bien, es una disciplina relativamente nueva en Chile (sobre todo en el tratamiento de personas con TMS) y un poco menos incipiente en Europa y EEUU, ya es posible vislumbrar sus aportes y beneficios. El problema, es que en el ámbito nacional, en la última década de la salud mental, se ha demostrado que no existen las condiciones de infraestructura y el personal especializado necesario para llevar a cabo una intervención integral para los pacientes con TMS (Psicosis: diagnóstico, etiología y tratamiento, 2003).

La ventaja es que el arte-terapia integra *arte* y *terapia* en su quehacer, por lo que abarca muchas problemáticas y necesidades propias de quienes tienen un TMS, lo que ahorraría en otras intervenciones. Entonces, el arte-terapia se ubicaría en el ámbito de *atención y tratamiento* de esta población, al brindarles una clase de *terapia o psicoterapia de apoyo* (Greenwood, 1997), intervención muy bien tolerada por estas personas. Además, puede cubrir necesidades de *rehabilitación psicosocial*, al facilitar la adquisición o restablecimiento de habilidades a través de la realización de un objeto de arte (Charlton, 1987). Así, el arte-terapia constituiría un gran aporte al tratamiento integral de este grupo, sin tener que recurrir a profesionales de todas las áreas necesarias para ello.

IV. EL ARTE- TERAPIA O TERAPIA ARTÍSTICA

4.1 Definición y conceptos principales

En el presente estudio, el arte- terapia o terapia artística será considerada como, la utilización de la práctica artística visual (pintura, dibujo, collage, escultura, etc.) en un entorno terapéutico o de tratamiento (Dalley, 1987). En definitiva, como una forma de terapia que integra el ejercicio del arte visual con el saber psicoterapéutico apoyado en áreas como el psicoanálisis, la psicología humanista y la terapia guesáltica, entre otras (Reyes, 2003). Sin embargo, es importante aclarar que el *arte* abarca actividades que utilizan una serie de materiales como medios de expresión en la realización de una obra artística. De este modo, es posible enmarcar dentro del fenómeno artístico a disciplinas como la danza, la música, el teatro y la *actividad plástica*. Pero, es esta última, la que se abordará en la actual memoria por ser la actividad que, principalmente, es referida en la bibliografía específica reciente sobre *arte- terapia y trastornos mentales severos* a la que tuvo acceso la autora de esta memoria. Sara Paín (1994), considera que la *actividad plástica* es aquella que objetiva la representación visual en el terreno figurativo, utilizando para ello la transformación de la materia. Por lo que a este ámbito pertenecerían el dibujo, la pintura, el grabado, el modelado, la confección de títeres, el collage, etc.

El *arte* y sobre todo el *hacer arte o la actividad artística*, poseería inevitablemente ciertas *cualidades terapéuticas* (las cuales serán develadas en otro apartado de esta memoria), al margen del contexto en que el proceso creador se lleve a cabo (Dalley, 1987). La creación de una pintura en un *contexto meramente estético*, puede resultar relajante para el artista, satisfactorio, frustrante, pero también suavemente terapéutico, pese a que el objetivo final consiste en producir y lograr una “buena pintura”, es decir, a que las consideraciones estéticas tengan una importancia fundamental. En este caso, el producto final es una meta en sí misma y la pintura es exhibida en cuanto obra de arte, pasando a segundo plano el proceso de crearla. Sin embargo, estas circunstancias no anulan las propiedades terapéuticas del arte, pero las limitan y no aseguran el cambio psíquico de quien crea (Dalley, 1987).

Siguiendo con Dalley (1987), se puede decir que cuando el proceso creador ocurre en un *entorno terapéutico*, como el que existe en arte- terapia, las propiedades terapéuticas del arte son potenciadas. Esto sucede, porque en este contexto existen

propósitos claros de corrección o de tratamiento que se intentan alcanzar en presencia del terapeuta, para lo cual se utiliza el proceso creador como medio de comunicación no verbal. Aquí, lo fundamental son la persona y el proceso creador en el que se sumerge el paciente para alcanzar los objetivos terapéuticos, a diferencia de lo que ocurre con el arte en un contexto estético centrado en el producto final, la obra de arte.

En cuanto al contexto terapéutico y al aporte del arte en él, Tessa Dalley (1987) dice lo siguiente: “La actividad artística proporciona un medio concreto –no verbal- a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico” (p. 15). Entonces, el proceso creador ayuda a lograr los objetivos que toda terapia persigue: provocar cambios fundamentales y permanentes ante un desequilibrio humano, en la personalidad o la en forma de vivir (Ulman, 1961 citado en Dalley, 1987). Así, la terapia se diferencia de “las actividades diseñadas únicamente para brindar una distracción con respecto a los conflictos interiores; actividades cuyos beneficios, por lo tanto, en el mejor de los casos son momentáneos” (Ulman, 1961 citado en Dalley, 1987, p. 15).

Al respecto, Margaret Naumberg (1958) dice que el *arte* en la terapia artística es una manera de enunciar sentimientos mezclados y vagamente comprendidos, en un intento de darles claridad y orden. El terapeuta colaboraría en esta tarea al contener y, posteriormente, sólo si el paciente lo permite, discutir con él aquellos contenidos internos plasmados en su obra de arte visual, con lo que éste lograría obtener una intuición intelectual y emocional acerca de la situación de sí mismo expresada (Dalley, 1987).

Por otro lado, el arte- terapia o terapia artística comienza a construirse como tal, al interior de los hospitales generales y los centros psiquiátricos, según lo registra la bibliografía disponible. De esta manera, Dalley (1987) cuenta que el arte considerado como terapia se inició en dichos lugares casi por azar. Específicamente, este hecho se remonta a la experiencia de la artista Adrian Hill, quien pasó su convalecencia en un sanatorio durante la Segunda Guerra Mundial. En este lugar, Hill “se dedicó a sus propias pinturas para liberarse del aburrimiento embrutecedor y compartió con otros pacientes los reconfortantes efectos de la actividad creativa en épocas de estrés” (Dalley, 1987, p. 43). Así, accidentalmente, algunos de estos pacientes comenzaron a dibujar y a pintar terribles escenas de guerra o utilizaron sus pinturas como pretexto para hablar de su sufrimiento y de sus temores de enfermedad y de muerte. Fue de este modo, como Adrian Hill sin saberlo, se convirtió en terapeuta artística. Ella escribió dos libros, *Painting out illness*

(Pintando afuera la enfermedad) y *Art versus illness* (Arte contra enfermedad), en los cuales relata su campaña para introducir el arte en los hospitales de toda Inglaterra.

Luego, quienes primero realizan un trabajo que ellas mismas denominan *terapia artística*, fueron Margaret Naumburg en los Estados Unidos y Edith Kramer en Gran Bretaña. Ambas plantearon enfoques de la terapia artística muy diferentes entre sí. Por su parte, Naumburg en los años 40, fue la primera psicoterapeuta que incorporó el arte visual como herramienta central en su trabajo. Ella enfatiza el aspecto psicoterapéutico del proceso involucrado en la terapia artística y la actividad artística la combina con la elaboración verbal como herramientas que ayudan al insight. Por otro lado, se encuentra la artista y educadora Edith Kramer, quien comienza su trabajo en la década de los 50 en Inglaterra. Ella concentra su trabajo como terapeuta artística en la práctica del arte, enfatizando las propiedades integrativas y curativas del proceso creativo en sí mismo, el que no requería de elaboración verbal del paciente (Rubin, 1988 citado en Araya, Correa & Sánchez, 1990).

A partir de estas dos terapeutas artísticas, pioneras en su campo, se definen dos corrientes principales dentro de esta naciente disciplina: aquella interesada principalmente, en el elemento psicoterapéutico de la terapia artística, heredera de la postura de Naumburg y aquella centrada en el aspecto artístico, que deriva del trabajo de Kramer (Araya, Correa & Sánchez, 1990). Sin embargo, ambas corrientes comparten la utilización del arte o, más bien, de la actividad artística como herramienta que ayuda a promover la salud mental de las personas que sufren algún desequilibrio psíquico.



Dibujo realizado por un paciente con TMS en arte-terapia.

V. EL ARTE- TERAPIA CON TRASTORNOS MENTALES SEVEROS (TMS): ASPECTOS TEÓRICOS

5.1 *El arte en la vida del ser humano de todos los tiempos*

La historia dice que desde los comienzos de la civilización, las artes han formado parte de la experiencia humana y de su intento por darle forma y sentido a la realidad (Marinovic, 1994). En definitiva, parece imposible concebir el mundo sin arte. Sin embargo, pese a que el arte ha estado presente desde el inicio de la historia, la sociedad occidental comenzó a considerarlo como tal y a nombrar al artista, progresivamente a partir del Renacimiento. Según artistas de aquella época, “las artes plásticas dejaron su antiguo estatus de artes mecánicas y pasaron a ser *cosa mental* bajo la influencia del humanismo neoplatónico, el reconocimiento de su creación inspirada y el énfasis de los propios artistas en los aspectos intelectuales de su trabajo creador” (Marinovic, 1994, p. 199).

En el siglo XX, el arte parece dar un nuevo giro a partir del cuestionamiento de los aspectos canónicos del arte y su institucionalidad. Según cuenta Mimí Marinovic (1994), el ámbito del arte se expande, por lo que “vino el reconocimiento de la expresión artística espontánea, como la infantil, la popular, la exótica y la urgencia creativa de algunos enfermos mentales” (p. 200).

A partir de esta nueva manera de plantearse las artes, surgen diversos movimientos artísticos, entre los cuales se destacan el *surrealismo* y el *expresionismo*. Estos se formulan interrogantes acerca del significado y los objetivos del arte, lo que va permitiendo el acercamiento de dos disciplinas: el *arte* y la *psicología*. Este punto es muy relevante para el presente estudio, puesto que permite vislumbrar la base histórica del *arte- terapia* o *terapia artística* que en sí misma considera ambas disciplinas en una relación recíproca en pos de la salud mental.

Actualmente, el *arte* sigue ocupando un lugar crucial en la vida del ser humano. Esta vez, se recurre al arte como una posibilidad de sentido e integración del desencantado escenario postmoderno. Se aspira a que el arte llegue a ser, en palabras de Kuspit (1992), un “facilitador de humanidad”, en cuanto a lo referido al bienestar individual y social (Marinovic, 1994). Dado estas circunstancias históricas, Marinovic (1994) señala que es necesario considerar el arte como aquel que es producido por

cualquier sujeto, en cualquier edad y territorio. Así, todo individuo, incluyendo aquel que tiene una enfermedad mental, podría llegar a *hacer arte* y beneficiarse de sus facultades. El filósofo John Dewey (1949) apoya esta concepción de arte, necesaria para estos tiempos. Él lo concibe *como experiencia*, como un fenómeno que integra la vida humana y participa de ella constantemente. Para Dewey (1949) “la experiencia es cuestión de la interacción del organismo con su ambiente, un ambiente humano así como también físico, que incluye los materiales de la tradición y las instituciones, así como las circunstancias locales” (p. 218).

Así, pareciera que el *arte* encarna una paradoja que es parte de su encanto misterioso. Por un lado, alcanza la complejidad de un proceso comunicativo que tiende sus puentes entre personas de diversas culturas, edades, maneras de ser y épocas de la historia, a la vez que mantiene la naturaleza de un fenómeno netamente humano que puede encontrarse en cualquier lugar e instante de la cotidianidad y ser gestado por todo individuo o grupo de individuos, incluso cuando su salud mental está perturbada.

A partir lo expuesto, es posible entrever que el *arte* posee una serie de facultades que favorecen la vida humana tanto en el plano individual como colectivo. Mimí Marinovic (1994), permite clarificar y especificar estas funciones a través de una sistematización que realiza. Para ello, se basa en una revisión y síntesis de los aportes de diversos modelos teóricos y autores en relación a los aspectos parciales de la conducta y experiencia en ciertos roles y modalidades del arte. Entonces, llega a plantear las principales *funciones psicológicas* comunes a todas las artes, que son las siguientes:

Funciones cognitivas:

1.- Implica un lenguaje simbólico que actúa como medio de expresión y comunicación no verbal. La intención y el mundo interior del artista se exteriorizan en un medio concreto o en una acción artística, cuyas imágenes y símbolos expresan y comunican a otros, dimensiones y experiencias humanas de una manera más universal que el lenguaje de las palabras, racional y lineal. (pp. 202-203)

Marinovic (1994) describe que en investigaciones que ella realizó con artistas visuales, escritores, intérpretes musicales, teatrales y de la danza, en general, éstos subrayan el poder comunicativo del arte. Esta autora dice que aquella propiedad del arte constituiría la base de su potencialidad terapéutica.

Marinovic (1994), también propone las siguientes funciones cognitivas de las artes:

2.- Enriquece la capacidad perceptiva:

- a) Activa la exploración, discriminación, interrelación y organización perceptiva;
- b) Relaciona diversos sentidos entre sí;
- c) Intensifica la experiencia sensorial;
- d) Desarrolla y extiende la conciencia de la realidad externa e interna. Enseña a descubrir y no sólo a reconocer;
- e) Promueve una elaboración activa de significados inherentes a la naturaleza metafórica del arte y su multidimensionalidad.

3.- Estimula la imaginación y el potencial creativo.

- a) Contribuye a una adaptación más activa, compensando las limitaciones de la realidad.
- b) Permite recrear lo pasado, darse cuenta del presente, anticipar lo futuro y lo probable; ensayar nuevos roles, y ampliar la experiencia humana más allá de lo cotidiano;
- c) Favorece la flexibilidad de pensamiento, la superación de lo obvio, la búsqueda de soluciones nuevas y la toma de decisiones. Ayuda a tolerar la ambigüedad y la incertidumbre. Nos prepara para lo inusual y para diseñar respuestas apropiadas ante lo nuevo (psicología de la creatividad). [Esta característica adquiere especial significación en pacientes con trastornos mentales severos, puesto que presentan una pobre habilidad para tolerar la ambigüedad y la información contradictoria (Grube, 2002). Por lo tanto, su contacto con el arte, específicamente, el hacer arte, podría ayudar a estas personas a desarrollar esta habilidad].

4.- Promueve orden, armonía, equilibrio, ritmo y proporción, principalmente, a través de la interacción (...) entre la estructura formal de las distintas manifestaciones del arte con los procesos humanos [pese a las diferencias que existen entre ambos fenómenos]. Las características formales de la expresión artística facilitan la experiencia de orden y organización (psicología de la *Gestalt*).

5.- Hace posible comprender diversos niveles de significado, de importancia para el autoentendimiento y la comprensión de los otros. Las metáforas y símbolos pueden orientar y dar sentido a la realidad personal y a la del mundo que nos rodea (psicología cognitiva).

6.- Conecta la experiencia subjetiva con la realidad externa. La obra o acción artística representa un área intermedia o de transición entre ellas y las representa a ambas (psicoanálisis de las relaciones de objeto).

7.- Permite desarrollar destrezas y habilidades. (p. 203)

En cuanto a las **Funciones afectivas y motivacionales** de las artes, Marinovic (1994) plantea las que se presentan a continuación:

1.- Suscita tensiones específicas en el organismo que se combinan con otras ya existentes en éste y que facilitan un alivio común que es placentero. Marinovic (1994) especifica que este es un planteamiento realizado desde la psicología experimental y de orientación cognitiva.

Según Marinovic (1994), las otras funciones afectivas y motivacionales de las artes son:

2.- Implica una interacción dinámica, afectivo- cognitiva, entre lo activo y lo pasivo, entre dejarse coger por la obra y distanciarse de ella (psicoanálisis clínico y psicología cognitiva). Promueve la participación emocional y la empatía a través de diversos mecanismos tales como la identificación y la proyección. Al mismo tiempo, es capaz de refrenarlas mediante la distancia estética, proceso inhibitor del impulso a actuar.

3.- Provee sublimación y puede satisfacer, simultáneamente, deseos insatisfechos y las defensas a través de los cuales ellos se controlan.(...) (psicoanálisis).

4.- Provoca gratificación narcisística. Puede reforzar la autoconfianza y mejorar la autoestima (psicoanálisis del yo).

5.- Produce catarsis y favorece la clarificación emocional. Libera controles dentro de un marco de actividades socialmente aceptadas y ayuda a abordar situaciones conflictivas sin experimentar gran ansiedad (psicoanálisis y psicología clínica).

6.- Permite experimentar, dar forma e integrar sentimientos contradictorios, vivencias irracionales e infantiles y situaciones desaprobadas socialmente. Cumple una función articuladora de la personalidad que capacita para darle a la experiencia un nuevo sentido (psicología y psiquiatría psicodinámicas).

7.- Favorece la tendencia a la autorrealización y el desenvolvimiento de potencialidades humanas (psicología humanista y existencial).

8.- Satisface diversos motivos humanos, como los de: autoexpresión y creación, comunicar y compartir experiencias, conocimiento e información, orientación y consonancia cognitivas, logro y reconocimiento, juego y ritual, ser competente, identidad, perdurar y trascender, interiorizar y exteriorizar valores espirituales y estéticos. (pp. 203- 204)

Se escogieron estas funciones psicológicas de las artes planteadas por Marinovic (1994), por considerarse relevantes para el presente estudio desde el punto de vista de los beneficios que ofrecen a la salud mental de todo individuo.

Ateniéndose a las características del *arte* ya presentadas, sería necesario que en la actualidad el ser humano actuara en pos de la naturaleza del arte, dándole más cabida en el mundo, inclusive en el ámbito de la salud mental. La idea sería obtener los beneficios de las funciones del arte, potenciarlas, y quizás explorar aquellas que aún están latentes, lo que podría aportar al desarrollo de un ser humano más equilibrado y satisfecho con su existencia. En esta tarea, se recurrirá a la *psicología* para indagar en la posibilidad de valerse de las funciones cognoscitivas y afectivas del arte - que se pueden englobar en lo que se denomina “el valor terapéutico del arte” (Kramer, 1982)- para contribuir a una mejor salud mental y calidad de vida, en especial, de las personas que tienen un trastorno mental severo. En este estudio, se escoge una disciplina específica del arte, el *arte visual*, debido a las características de la población estudiada y la información obtenida a partir de la bibliografía revisada.

5.2 Actividad plástica y salud mental

Ya se planteó el importante lugar que el arte, en general, ocupa en la vida del ser humano y se llegó a descubrir su potencial terapéutico. Sin embargo, para cumplir con los objetivos de la presente memoria, es necesario ocuparse específicamente, del arte visual y la actividad plástica.

La *psicología* desde temprano, se ha mostrado interesada por descubrir los misterios de las obras de arte visuales en cuanto al significado que transmiten en forma encubierta, por ir más allá de sus cualidades estéticas, intentando llegar a la realidad interna del artista y a las realidades universales o culturales que podrían contener en forma latente. En esta tarea se destaca un enfoque de la psicología, el *psicoanálisis*, que desde su surgimiento con Sigmund Freud, estuvo muy relacionado a los ámbitos del arte y el pensamiento. Esto se puede explicar con el hecho que señala el arte- terapeuta Daniel Malpartida (2003, Enero) y que se refiere a que el psicoanálisis nace a fines del siglo XIX en Europa, época en la que se estaba viviendo una gran actividad cultural. Aquí es posible encontrar a ciertas personalidades geniales del ámbito artístico como Brahms, Anton Von Webern, Strauss, Schubert, el pintor Klimt, el arquitecto Adolf Loos, Emil Nolde y Edvard Munch, entre otros. Florecía el movimiento artístico denominado *expresionismo*, donde las obras de arte producidas presentaban un predominio del sentimiento por sobre el pensamiento. Este hecho se hacía más patente en las artes visuales, donde “el artista

utiliza su medio no para describir situaciones, sino para expresar emociones” (Denvir, 1975, p. 3). En este contexto cultural es posible situar al psicoanalista Sigmund Freud, quien siempre se interesó por el tema de las imágenes como un medio de representación de la realidad psíquica del sujeto y en el arte, como una manera de acceder a los impulsos e intenciones del artista que creó una determinada obra de arte, a través de su interpretación. Claramente, se ve una influencia mutua entre el movimiento expresionista y los pensamientos de Freud, lo que da cuenta de la naturaleza social del arte. En general, se trataba de una época (fines del siglo XIX y principios del siglo XX) en la que existía una revuelta contra el racionalismo y un consiguiente cultivo de la sensibilidad, la cual tuvo su máximo desarrollo en el arte, específicamente, en el *movimiento expresionista*. En las obras de los artistas expresionistas, se intentaban proyectar sus experiencias interiores, que por lo general, se relacionaban con temáticas místicas, angustiosas o líricas (Denvir, 1975). De este modo, logran dar al instinto un sitio importante dentro de las artes visuales, principalmente. Además, estos artistas se independizan del mundo visible, dándole al inconsciente freudiano una nueva relevancia en el acto creador. La espontaneidad, el rechazo de la visión consciente, el caos del inconsciente, la estructura indiferenciada de la percepción subliminal son consideradas como virtudes en el arte visual y por sobre todo, las fuentes verdaderas de la creatividad (Denvir, 1975). Así, el expresionismo es relevante para el presente estudio, debido a que flexibiliza los límites de lo que es llamado *arte*. Por tanto, una persona que sufre un trastorno mental severo podría acceder, por ejemplo, a la elaboración de una pintura, utilizando los colores y formas para expresar (consciente o inconscientemente) algún aspecto de sus vivencias internas. De este modo, se podría beneficiar de las funciones psicológicas (potencial terapéutico) que el arte en general, encierra y que ya fueron descritas en esta memoria. Además, durante esta época, personas cercanas a la esfera del arte, junto a personajes más bien pertenecientes al ambiente de la salud mental, comienzan a gestar lo que hacia mediados del siglo XX en Europa se conoció como “Arte Bruto” (Soledad Prado & Joseph Gómez, 2001). Este concepto, según Soledad Prado y Joseph Gómez (2001), designaba lo contrario de lo que se entendía como Artes Culturales. Por tanto, consideraba dentro de sus producciones aquellas realizadas por internos de los hospitales psiquiátricos, por los niños, por los pueblos primitivos y personas periféricas o marginadas de la sociedad. Fue así, como el Arte Bruto modificó los juicios de valor acerca de la función social y psicológica del arte. “Desde entonces, la función terapéutica quedó unida a la función estética, y la función artístico- creativa

estrechamente vinculada a la construcción de la salud mental y social” (Soledad Prado & Joseph Gómez, 2001, p. 1- 2).

De este modo, la psicología se fue relacionando con el mundo del arte y como ya se ha dicho, el psicoanálisis ha sido una de sus corrientes más interesadas en las producciones artísticas de personas con trastornos mentales. De este modo, Freud siempre asoció las modalidades de pensamiento no verbales o simbólicas con los *procesos primarios* del aparato psíquico, cercanos al inconsciente del individuo, a los cuales relacionó con la regresión, la neurosis y la mala salud. Por esta razón, nunca pudo liberarse de la idea de que el arte se hallaba del lado de la enfermedad o, en el mejor de los casos, era una incómoda defensa contra ella (Fuller, 1987). Pero, psicoanalistas menos tradicionales y más recientes han llegado a considerar que los procesos primarios y los procesos secundarios (relacionados con modalidades de pensamiento verbal, racional y analítico) son complementarios y no opuestos. Así, llegan a decir que ambos procesos poseen un carácter adaptativo y son necesarios para una vida creativa y saludable.

Dichas ideas innovadoras surgieron a partir de investigaciones realizadas por estos psicoanalistas posteriores a Freud y por algunos contemporáneos a él, que se interesaron por el tema de la introducción del arte visual en psicoterapia. Así, Anna Freud mostró su entusiasmo por la relación entre el arte, las imágenes y la práctica psicoanalítica. De este modo, en *La técnica del análisis del niño* (1927) sostiene que una futura técnica de ayuda, que además del uso de los sueños y ensoñaciones empieza a destacarse en muchos de sus análisis de niños, es el dibujo, que en varios casos tomó el lugar del resto de las formas de comunicación. Por lo tanto, ella comenzó a interpretar estos dibujos de sus pacientes, en los que se repetiría y completaría el material de los sueños y sueños diurnos (Malpartida, 2003, Enero).

Otra psicoanalista interesada en el tema de las imágenes fue Melanie Klein, quien también realizó aportes importantes en esta línea, al asignarle efectos psicoterapéuticos al dibujo, al juego y a la pintura. Ella integra a la psicoterapia infantil a través del juego que realizaba, la actividad plástica como medio de expresión simbólica y como lenguaje más propio de los niños (Malpartida, 2003, Enero).

Carl Jung, psicoterapeuta que en sus inicios fue seguidor del psicoanálisis, pero que más tarde elabora sus propias teorías acerca de la naturaleza humana y que configuran la llamada *psicología analítica* o *psicología jungiana*, también demostró interés por el mundo de las imágenes, el arte y los símbolos. Carl Jung, además de

psicoterapeuta fue escultor, dibujante y en ocasiones pintor. Jung le solicitaba a algunos de sus pacientes que pintaran o dibujaran sus sueños. La *imaginación activa* es una técnica que Jung utilizaba para acceder al inconsciente del paciente y Hostie (1968 citado en Araya, Correa & Sánchez, 1990) la describe como:

el método por el cual Jung pide al paciente que dibuje o pinte, dejándose llevar por la inspiración, sin coacción alguna. No entra en cuestión el valor artístico. Sólo se le solicita que observe cómo realiza su obra. ¿Por qué elige tal o cual color? ¿Por qué adopta determinada forma? ¿Cómo reacciona durante su trabajo? ¿Qué piensa a posteriori? Ese mismo trabajo puede repetirse en el curso de semanas, meses o años, de manera que la evolución de los sucesivos dibujos se torna tan reveladora como la de los sueños en serie. (p. 91)

Todas estas ideas e investigaciones, fueron un incentivo para que muchos psicoterapeutas llegaran a descubrir que el lenguaje verbal no siempre era el más adecuado para ciertos pacientes. Así, las imágenes en general y el *hacer arte* en particular, podrían funcionar como expresión y representación de aquello que no es posible pensar o decir con palabras. De este modo, paulatinamente, se va abriendo paso a la utilización del arte visual en el proceso psicoterapéutico, derivando en una nueva disciplina: el *arte-terapia o terapia artística*, en la que se consagra la entrada del arte visual (principalmente) en un contexto terapéutico o de tratamiento (Dalley, 1987).

Por su parte, la arte-terapeuta Mimí Marinovic (1994, Enero- Marzo) plantea desde la psicología las características de las artes visuales. Dice que estas dan forma y simbolizan sentimientos, pensamientos y conflictos de los individuos en productos visuales concretos. Además, Marinovic (1994, Enero- Marzo) sostiene que:

En especial, la pintura, el dibujo y la escultura son testimonios autobiográficos duraderos que no cambian y que pueden permanecer como manifestación u objeto transicional tangible, trascendiendo la existencia de su autor individual, comunidad, cultura o época. Implican un trabajo consciente de manipulación física de materiales, los que el artista debe controlar para comunicar su intención. (...) Las características señaladas pueden reforzar el sentido de control, la autoestima y gratificar la necesidad de perdurar, junto a otros impulsos ligados a aspectos específicos del medio particular de que se trate. A través de colores, formas volúmenes y más cualidades de la plástica, se clarifican experiencias internas difíciles de articular, comunicar y enfrentar por otros medios. (p. 204- 205)

Aquí, esta autora insinúa lo que podría llamarse las *funciones psicológicas específicas* del *arte visual*, sobre todo para quien elabora una obra de arte. Estas podrían cobrar especial importancia en personas que padecen un TMS y que por lo mismo, experimentan intensos sentimientos de sufrimiento, descontrol, angustia y desconfianza, porque el síndrome o patrón comportamental o psicológico que presentan estas personas, se asocian a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM- IV], 1995), todo lo cual, es llevado a un extremo en estos casos. Por tanto, el arte visual se presentaría como una forma no verbal de expresión que finalmente, ayudaría a neutralizar los malestares asociados al TMS que padecen, es decir, como una vía de acercamiento a una mejor salud mental y bienestar.

Los autores presentados, coinciden en que las imágenes visuales presentes en el arte visual, tienen la capacidad de comunicar, de transmitir parte del mundo interno del sujeto que las crea, sobre todo lo que permanece oculto y que además es difícil de tolerar y expresar verbalmente (más aún en el caso de pacientes con trastornos mentales severos [TMS]). Todo ello ocurre, a través de un material perdurable en el tiempo, que deja testimonio de la experiencia del individuo y de su *self* (Schaverien, 1997). Por lo tanto, las imágenes tendrían el potencial inherente de expresar o dar cuerpo a las partes no deseadas (por el *yo*) de la mente (Schaverien, 1991 citado en Seth Smith, 1997). Esto se hace más evidente en las obras visuales de pacientes con TMS, puesto que en su intento por despojarse y estar libre de estas partes de sí mismos, llegan a manifestar repugnancia por sus trabajos e incluso deseos de destruirlos. Pero, lo que puede animar a estos pacientes a mantener su obra, es que los aspectos abrumadores manifestados en ella, “pueden ser mitigados por otros factores dentro de la imagen [generalmente, positivos] que aparecen y son sentidos por el creador como presentes en otros trabajos” (Seth- Smith, 1997, p. 94).

Por tanto, se puede decir que las imágenes visuales constituyen un espejo donde el sujeto se puede encontrar y definir a sí mismo. Según Seth- Smith (1997), en el trabajo artístico visual de personas con algún trastorno mental severo, existen representaciones de diferentes niveles (concreto, simbólico, inconsciente) y distintas facetas de la personalidad (y de la experiencia) que no han sido integradas y que no pueden ser expresadas a través del lenguaje verbal por esta población. Estos niveles coexisten, pero no necesariamente interactúan en este tipo de pacientes y cuando es posible la interacción entre dichos niveles y entre los elementos de la personalidad, puede llegar a

producir crecimiento psicológico e insight en estas personas. Para lograr esta interacción, Seth Smith (1997) plantea la necesidad de un ambiente contenedor y seguro. Este ambiente es propio del setting psicoterapéutico y la relación terapéutica tradicional, el cual en arte-terapia dirigida a personas con TMS, se utiliza y enfatiza.

Las imágenes se convierten en una valiosa alternativa de comunicación para aquellas personas que manifiestan problemas en el ámbito del lenguaje verbal, como es el caso de quienes padecen un trastorno mental severo (TMS), construyendo un puente entre aquella experiencia personal que no está mediada y lo “otro” (Schaverien, 1997). Sobre todo, en un contexto de tratamiento, el objeto de arte visual tendría una función mediadora importante en el espacio terapéutico que se encuentra entre paciente y terapeuta. De este modo, el paciente con algún trastorno mental severo, se relacionaría con un “otro” (el terapeuta) a través de un objeto mediador, lo que de otra forma podría ser extremadamente amenazador para éste (Schaverien, 1997).

5.2.1. El simbolismo de las imágenes. En personas que “no” se encuentran severamente afectadas en su salud mental, generalmente, las imágenes visuales establecen una manera de comunicación simbólica que se vale de las metáforas para transmitir emociones, pensamientos, estados de ánimo, intenciones, etc. (Dalley, 1987). El arte-terapeuta John Henzell (1987), en uno de sus escritos intenta demostrar que los pensamientos y sentimientos humanos encuentran su más completa expresión a través de modalidades simbólicas más metafóricas y no discursivas. Es a esta expresión simbólica (imágenes simbólicas que poseen un sentido para el paciente) que utiliza la metáfora, donde finalmente, conduciría la elaboración de obras plásticas en pacientes con trastornos mentales severos y que, como se ha visto, la presencia de un contexto seguro y contenedor es fundamental para lograrlo. Sin embargo, este fenómeno podría darse a largo plazo en términos psicoterapéuticos (Seth- Smith, 1997).

Se trata de un proceso que tendría lugar en arte-terapia con TMS, al fomentarse la capacidad de *simbolización* a través de la creación de una obra plástica, lo que a su vez promueve la fuerza del *yo* de estos pacientes. Sin embargo, las intervenciones del terapeuta necesitan centrarse en la contención y el apoyo ambiental, ya que la capacidad de simbolización se encuentra muy deteriorada en quienes tienen TMS (Greenwood, 1997). Por lo tanto, en este contexto, las imágenes producidas por estos pacientes no servirían para propósitos simbólicos hasta que una relación contenedora se haya establecido entre paciente y terapeuta (Greenwood; Killick, 1997). Entonces, inicialmente,

es mejor que el arte-terapeuta se abstenga de ligar el contenido de las imágenes producidas por el paciente, con su significado, puesto que puede resultar muy amenazante para él. Es que en esta etapa, la obra plástica realizada por el paciente aún no se vincula a un proceso de comunicación, sino más bien contiene sentimientos y contenidos mentales intolerables para el paciente (Killick, 1997 citada en Reyes, 2003).

5.3 Creatividad y proceso creador en la enfermedad mental severa

5.3.1. Entendiendo la creatividad y el proceso creador. En primer lugar, es necesario recordar que dentro del ámbito del arte, está inmerso el *proceso creador*, el cual se posibilita gracias a la *creatividad* que se despierta en el individuo que llega a elaborar una obra plástica (De la Llera & Guibert, 2000, mayo- junio). En arte-terapia enfocada a personas con algún trastorno mental, se utiliza el arte y los procesos que encierra y moviliza, como la creatividad y el proceso creador. Por lo tanto, es muy importante establecer las características de dichos procesos, para finalmente, entender el funcionamiento del arte-terapia con individuos severamente afectados en su salud mental, tema específico que convoca a esta memoria. De esta manera, se escoge como punto de partida al psicoanalista francés Didier Anzieu (1993), quien llega a definir la *creatividad* como “un conjunto de predisposiciones del carácter y del espíritu que pueden cultivarse y que si bien no se encuentran en todo el mundo, como tienden a hacerlo creer ciertas ideologías que durante cierto tiempo estuvieron de moda, sí por lo menos en muchos” (pp. 23- 24). En esta noción acerca de la creatividad, es posible encontrar aspectos que apuntan hacia una característica latente que está en casi todos los seres humanos. Sin embargo, aún se estaría hablando de un fenómeno exclusivo de un grupo de personas, por lo que no parece ser la concepción más adecuada para esta memoria. Mucho más cercano a los objetivos de ésta, es la definición de Donald Winnicott (2000) de creatividad, que sin ser tan diferente de lo que plantea Anzieu (1993), es más amplia y completa. De este modo, Winnicott (2000) considera que la creatividad es un universal, al corresponder a la condición de estar vivo. Tiene que ver con la característica de vivacidad de algunos animales, así como también de los seres humanos, siendo más significativa en estos últimos debido a la capacidad intelectual superior que poseen. Así, Winnicott (2000) dice que la creatividad se refiere al enfoque de la realidad exterior por el sujeto humano y que:

si se da por supuesta una capacidad cerebral razonable, una inteligencia suficiente para permitir al individuo convertirse en una persona que vive y participa en la vida de la comunidad, todo lo que produce es creativo, salvo en la medida en que el individuo está enfermo o se encuentra frenado por factores ambientales en desarrollo que ahogan sus procesos creadores. (pp. 96-97)

Pero, según este autor, en condiciones desfavorables para el individuo, como en el caso de la enfermedad mental, la creatividad no desaparece por completo sino que se encuentra oculta sin dar señales de existencia. Sin embargo, Winnicott (2000) da a entender que no en todas las personas que sufren una enfermedad mental, ocurre este repliegue de la creatividad, puesto que algunas de ellas podrían acceder a un vivir creador. Por lo tanto, remitiéndose al caso de los trastornos mentales severos, en este grupo se pueden encontrar personas cuya creatividad se halla oculta dentro de sí (pero no ausente) y personas que son capaces de ver el mundo con mirada creadora a pesar de padecer una enfermedad mental.

El psicoterapeuta humanista Abraham Maslow (1989), posee una concepción acerca de la creatividad que es muy similar a la que sostiene Winnicott (2000). Al respecto, dice que “parece como si estuviéramos tratando de una característica fundamental e inherente a la naturaleza humana, de una potencialidad innata que a menudo se pierde, entierra o inhibe a medida que la persona es sometida al proceso de culturización” (Maslow, 1989, p.191). Así, para este autor la creatividad se podría manifestar incluso en los hechos ordinarios de la vida, como por ejemplo, en un cierto tipo de humor, en la manera que tiene una dueña de casa de administrar su hogar, en la forma de enseñar de un profesor, etc. Es que Maslow (1989) se refiere a este tipo de creatividad como aquella que difiere de la creatividad debida a un talento especial, por lo que constituiría “la herencia universal de todo ser humano al nacer y que parece variar paralelamente a la salud psíquica” (p. 188). Por lo tanto, se sostiene la idea de una creatividad que es más menos independiente de la salud mental del individuo, por lo que es posible suponer, que una persona que sufre un trastorno mental severo podría ser capaz de expresarse creativamente. Pero, este planteamiento no es posible de generalizar, puesto que puede suceder que alguien que padece un trastorno mental grave no logre mostrarse creativo.

El arte- terapeuta que trabaja en Chile, Daniel Malpartida (2005), reafirma desde una mirada más contemporánea las ideas de Winnicott (2000) y Maslow (1989). Él tampoco cree que la creatividad sea exclusiva de los creadores destacados o llamados

artistas (sean artistas visuales, escritores, bailarines o intelectuales), sino que plantea que ésta es inherente al ser humano y por lo tanto, está presente en todos los individuos desde su nacimiento. Sin embargo, enfatiza algo más que cobra gran relevancia en el contexto del presente estudio, al plantear que la creatividad “está más allá del hecho psicopatológico, el hecho psicosomático o el fenómeno patológico de origen orgánico” (p. 218). Por tanto, Malpartida (2005) permite reafirmar lo previamente expuesto, ya que esa creatividad propia del ser humano, permanecería junto a él siempre, incluso en el caso de padecer una enfermedad mental, puesto que esta circunstancia podría tomarse como una oportunidad para que la creatividad florezca y junto con ello, beneficiarse de sus propiedades. Es así, como Malpartida (2005) habla de la enfermedad, en general, como núcleo de la creatividad.

Ahora, es necesario desarrollar lo que se entenderá por *proceso creador*. Entonces, basándose en Winnicott (2000) se dirá que cuando la parte creativa que todo ser humano posee, es reconocida y participa de la vida del individuo, es posible que el *proceso creador* tenga lugar, es decir, que una obra de arte sea elaborada.

El psicoanalista Didier Anzieu (1993), tomando como referencia el trabajo de René Kaës (1979) y en el que Anzieu fue colaborador, menciona que una alternativa de superar una crisis interna del individuo es, precisamente, el *proceso creador* o la *creación*. Además, precisa que el individuo estaría destinado a la experiencia de la crisis durante su vida, pero también estaría destinado a su superación creadora. Así, desde pequeño inventaría la manipulación de los objetos y de las palabras, incluso cuando le son brindados desde el mundo externo, lo que para Winnicott (2000) sería la creación de un *objeto transicional* a partir de lo que le es puesto a disposición por el entorno. Todo ello ocurriría en lo que Winnicott (2000) denomina *espacio potencial*, es decir, en una zona intermedia que existe entre el individuo (al principio el bebé) y el ambiente (al principio la madre). En esta zona es posible el vivir creador del individuo, cuya primera manifestación es el juego del niño para luego albergar a la experiencia cultural y al *proceso creador*. Se trata de una zona de ilusión, “no discutida respecto de su pertenencia a una realidad interna o exterior (compartida)” (Winnicott, 2000, p. 32). Por lo tanto, puede proporcionar alivio a la tensión que conlleva la tarea de aceptar la realidad que comienza en la temprana infancia del ser humano y que, según Winnicott (2000), nunca queda terminada.

Entonces, para Anzieu (1993) la condición necesaria de la superación creadora de una crisis en el sujeto, es la recreación del *espacio potencial* winnicottiano. Esto podría ser logrado, siguiendo algunas ideas de Winnicott (1954, citado en Bleichmar & L. de

Bleichmar, 1997), al interior de un contexto terapéutico a través, en primera instancia, de una relación paciente- terapeuta basada en la confiabilidad y comprensión. Llevando todo esto al ámbito del *arte- terapia*, es posible divisar su relevancia, puesto que en esta clase de terapia (y más aún, cuando se trabaja con personas con TMS) se intentaría establecer una relación con estas características. Así, se brindaría un espacio potencial en el cual, el paciente pueda mostrarse creador a través del uso, también creador, de objetos y materiales. Sin embargo, para Anzieu (1993), la recreación de este espacio potencial sería la condición necesaria, pero no suficiente de superación de una crisis a través del *trabajo creador*. La condición suficiente sería el restablecimiento de ciertas funciones que son ejercidas primero por personas del entorno (que podría ser el terapeuta, por ejemplo) y que el sujeto en crisis logra reapropiárselas. Algunas de estas funciones serían las siguientes: "(...) contenedor de sensaciones- afectos- imágenes angustiantes, (...) de reenvío en espejo del placer experimentado, de simbolización y de semiotización progresivas" (Anzieu, 1993, p. 29).

De esta forma, si se logran dar las dos condiciones mencionadas, podría ocurrir la solución creadora de alguna crisis interna que experimente el individuo, crisis que en el actual estudio, se traduciría en un desequilibrio psíquico, el cual se presenta en toda enfermedad mental severa. Por lo tanto, es inevitable relacionar esta solución creadora de la que habla Anzieu (1993) con el arte- terapia o terapia artística en trastornos mentales severos, ya que en ella se fomenta cautelosamente y paulatinamente, la ocurrencia de procesos creadores en el paciente. Todo ello, con el fin de crear objetos de arte que permitan contener y ordenar sus intensos sentimientos y caóticos pensamientos. En estos casos, el arte- terapia se centra en una relación terapéutica contenedora y confiable que permita que se exprese la creatividad del paciente y junto con ello, surja la sensación de un mayor bienestar psíquico (Reyes, 2003).

Sin embargo, es necesario mencionar que la *creatividad* y el *proceso creador* son fenómenos que implican una tolerancia a la ambigüedad en quien los experimenta (persona que elabora una obra de arte visual), es decir, tener la capacidad de tolerar información contradictoria e incalculable (Grube, 2002). El problema que plantea Grube (2002), es que las personas con trastornos mentales severos (TMS) tienden a la rigidez del pensamiento y de las emociones, por lo que su habilidad para tolerar la ambigüedad es baja. Este hecho no significa que el incentivo de la creatividad en esta población sea nocivo, sino más bien, que debe realizarse en forma cuidadosa por personas correctamente entrenadas en el tema de la creatividad y los procesos creadores en la

enfermedad mental. Precisamente, en arte-terapia con personas que tienen TMS, se debiera preparar responsablemente el terreno para que la creatividad del paciente pueda desplegarse en el momento apropiado, en un ambiente seguro y contenedor que lo ayude a soportar la ambigüedad propia de los trabajos creativos, donde la relación que el terapeuta establezca con el paciente y su obra, es esencial.

5.3.2. Cuando el individuo con algún trastorno mental severo logra crear una obra plástica. ¿Qué es lo que sucede en el paciente a nivel físico y psíquico cuando llega a elaborar una obra plástica? Según la terapeuta de arte argentina Patricia Pellizari (1999, Septiembre), cuando el paciente llega a sumergirse en el *proceso creador*, alcanza contactarse con el cuerpo, con las emociones, puesto que se trata de una experiencia sensible, de una experiencia que toca al cuerpo. En nuestro país, el arte-terapeuta Daniel Malpartida (2003, Enero) sigue en la misma línea diciendo que “el hacer arte es una actividad que compromete a todo el cuerpo. (...) hacer arte es la actividad en la que construimos, destruimos, mezclamos, separamos, pegamos, dibujamos, borroneamos, rayamos o garabateamos” (p. 12). Entonces, se puede decir que una persona con un trastorno mental severo que elabora una obra plástica, podría tomar un mayor contacto con su cuerpo. Es decir, lograría conectarse con parte de su *yo* (*yo corporal*, Anzieu, 1993), el cual en estos casos no posee límites definidos, derivando en una incapacidad para distinguir la realidad interna de la realidad externa (Reyes, 2003). Por tanto, a modo de hipótesis podría decirse que, este fenómeno ocurrido en medio del proceso creador, podría ayudar a quienes tienen un trastorno mental severo a delimitar y fortalecer su *yo*.

También, en la persona que elabora una obra plástica se recapitulan dos aspectos, el principio del placer y el de realidad, entre otras cosas (Anzieu, 1993). Esto se lograría, siguiendo a Winnicott (2000), a través de la creación de una obra de arte en el terreno del espacio potencial, donde el individuo manipula materiales de la realidad exterior compartida, al servicio de algún aspecto de su realidad interna. Es decir, en el proceso creador se integra lo primitivo (el *ello*) con los procesos lógicos, de lo que resulta una síntesis donde lo nuevo y lo inesperado emerge (Arieti, 1976 citado en Greenwood, 1997). Es a lo que se pretende llegar a lo largo del proceso arte-terapéutico con personas que poseen trastornos mentales severos. Estas personas, según Arieti (1976), tienen un especial acceso a los procesos primarios, pero no logran combinarlos con los procesos secundarios con propósitos creativos. Este objetivo, como ya se ha visto, debe ser

cuidadosamente alcanzado, respetando los tiempos del paciente para tolerar los productos de su propia creatividad.

Por otro lado, siguiendo a Anzieu (1993), se dirá que en el trabajo creador, el sujeto casi siempre toma materiales para su obra de ciertos procesos o estados de su psiquismo que experimenta en el mismo proceso creador, o los saca de regiones – fronteras del *self* que hasta ese momento habían permanecido desconectadas de todo pensamiento o comportamiento del sujeto. Por su parte, Daniel Malpartida (2003, Enero), plantea que el proceso creador permite que el sujeto aumente sus sentimientos de identidad yoica y llegue a decir: *esto que hago soy yo; este color soy yo, me representa; en esta obra estoy yo*, etc. Por tanto, incentivar cautelosamente el proceso creador en personas que tienen un trastorno mental severo, mejoraría el contacto con sus propias emociones, pensamientos y los ayudaría a delimitar e integrar el yo o *ego*.

De esta manera, se concluye la revisión y análisis de los fundamentos teóricos que más adecuadamente, sustentan y explican el arte- terapia enfocada a personas que padecen TMS. A partir de todo lo expuesto, es posible decir que se han llegado a revelar las cualidades terapéuticas que posee el *proceso creador* (o hacer arte) para quienes sufren trastornos mentales severos. Estas cualidades derivarían de las *funciones psicológicas* que las artes, en general, desempeñan en el ser humano (tanto en su rol de receptor como de actor) y que logran desplegarse y concretarse en el proceso de *hacer arte* o de elaborar una obra de arte. Esto sucede además, porque en el proceso creador, la *creatividad*, intrínseca a todo individuo y fundamental en todo procedimiento de cambio, tiene un papel protagónico al elaborar una obra de arte visual. Según se ha visto, el proceso creador en el caso de personas con TMS, necesitaría de un entorno adecuado y contenedor para que se instale sin amenazar al yo del paciente. Si esto ocurre, el proceso creador lograría que el paciente se conecte mejor con su *yo corporal* y estimular su mermada capacidad de *simbolismo*. El lenguaje utilizado para ello son las imágenes que constituyen una forma de *comunicación no verbal* que facilitaría la expresión y contención del mundo interno de quien padece un TMS y que por lo mismo, presenta graves dificultades en la comunicación verbal.

Todos los aspectos señalados son los conceptos teóricos fundamentales del arte-terapia con TMS.

VI. ¿QUÉ ES EL ARTE- TERAPIA CON PERSONAS QUE PADECEN UN TRASTORNO MENTAL SEVERO?

6.1 La historia del arte- terapia con TMS

La terapia artística dirigida a personas con TMS, comparte la definición y los orígenes históricos del arte- terapia en general, sólo que la población con la que trabaja permite que se diferencie en asuntos más específicos (como la técnica y objetivos) y enfrente ciertas dificultades que le son propias.

La arte- terapeuta británica Chris Wood (1997), en uno de sus escritos, entrega una visión histórica sobre lo que se ha hecho en terapia artística con personas que padecen trastornos mentales severos en Europa, en particular, en Inglaterra. En el actual estudio, se considerará esta revisión de Wood, que pese a situarse en una sola región del mundo, puede servir como una referencia válida para entender el desarrollo de la terapia artística con población gravemente afectada en su salud mental. Esto porque, es en Inglaterra donde principalmente, esta actividad específica comienza a tener lugar con mayor intensidad en el sistema público de salud, así como también la bibliografía relacionada con esta práctica. Además, la elección responde a razones prácticas que apuntan a la bibliografía que efectivamente, fue asequible para la autora de esta memoria.

En primer lugar, Wood (1997) plantea que la historia del arte –terapia y trastornos mentales severos (TMS) no está muy bien documentada, sin embargo, es posible identificar tres períodos fundamentales de su desarrollo en Gran Bretaña. Así, esta arte-terapeuta considera que *el primer período* se extiende desde el término de los años 30 hasta finales de los 50, cuando las primeras ideas sobre el uso del arte como terapia comienzan a emerger en el entorno hospitalario. Wood (1997) destaca que, en general, en los escritos de los arte- terapeutas de este primer período, se evidencia una insistencia por “estar” con el paciente, por muy perturbado que se encuentre. El “respeto” hacia estas personas, se percibe como una idea importante, sobre todo teniendo en cuenta el daño que sufren a causa de la estigmatización. También, en este período se centran en el poderoso medio de expresión que el arte- terapia puede ofrecerles a los pacientes gravemente perturbados en su salud mental.

El segundo período lo ubica entre el inicio de los años 60 y finales de los 70, donde se crea la *British Association of Art Therapist* (Asociación Británica de Arte-

Terapeutas). Además, muchos arte- terapeutas se transforman en aliados del movimiento de la antipsiquiatría y de la escuela humanista de psicoterapia. Todo ello, en un intento por combatir algunos de los alienantes efectos de las instituciones psiquiátricas en los pacientes internos en ellas. Así, el arte- terapia en este tiempo pretendió ser un asilo dentro de un asilo (Wood, 1997).

Finalmente, para Wood (1997), *el tercer período* comienza en los primeros años de los 80 y continúa hasta la mitad de los años 90. En este último período, los arte-terapeutas experimentan muchos cambios en la legislación del sector público, además de la creciente profesionalización de su trabajo y de una más evidente vinculación con los modelos provenientes del psicoanálisis, la psicoterapia y los procesos grupales. También en esta etapa, la cuestión de la técnica utilizada en arte- terapia fue un tema importante de discusión y análisis. La autora de esta memoria, deduce que probablemente, se trata de un período que se extiende hasta la actualidad.

De esta forma, el arte- terapia dirigido a pacientes con trastornos mentales severos (TMS) se fue consolidando y capaz de llegar hasta el día de hoy como una posibilidad de tratamiento más humano, cuidadoso, respetuoso y capaz de otorgar beneficios a estas personas. ¿Cuáles son específicamente estos beneficios?, es una pregunta que intentará despejarse en apartados siguientes de esta memoria.

6.2 Aspectos generales del arte- terapia como tratamiento en salud mental y rehabilitación psicosocial para pacientes con TMS

Como ya se ha mencionado, el arte- terapia o terapia artística enfocada hacia personas que tienen un trastorno mental severo (TMS), cubre una serie de necesidades propias de esta población. Una de ellas, es la que dice relación con *la atención y tratamiento de la salud mental*, en la cual la psicoterapia o la terapia de apoyo llevada a cabo con estos pacientes, tiene un rol importante como complemento del tratamiento farmacológico de éstos. Según la arte- terapeuta Helen Greenwood (1997), la terapia artística con personas severamente afectadas en su salud mental, pasaría a ubicarse en el territorio de la *terapia de apoyo*, en la cual la *contención* y el *sostén* de los pacientes pasan a jugar un rol fundamental.

Generalmente, la *terapia de apoyo* es considerada como la forma más sencilla de psicoterapia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001), practicada en su mayoría,

por personal subalterno de los servicios psiquiátricos. Sin embargo, la arte-terapeuta Greenwood (1997) menciona que Hartland (1991) logra valorar la terapia de apoyo y establecer la gran habilidad necesaria para realizarla. Hartland, plantea la existencia de un continuo de la psicoterapia, cuyos polos estarían ocupados por la psicoterapia dinámica o expresiva, en un extremo, y la *terapia de apoyo* en el otro. Por lo tanto, no se trataría de entidades separadas, sino que más bien, la terapia de apoyo sería la base necesaria de toda clase de psicoterapia, la plataforma que hace posible todas las técnicas psicoterapéuticas (Figueroa, 2006, Enero- Marzo). La definición que entrega Hartland (1991) acerca de la terapia de apoyo dice que: “es dirigida a largo plazo para potenciar al máximo las fortalezas del paciente; restaurando su equilibrio psicológico y reconociéndolo, pero tratando de minimizar la dependencia hacia el terapeuta” (p. 214 citado en Greenwood, 1997). Por tanto, la clave es suministrar una relación actual consistente al paciente, tratando de equilibrar este aspecto con el incentivo hacia una posición de más independencia. Es una tarea compleja que puede tardar muchos años y que generalmente, se propone en el caso de pacientes con TMS. Porque, según Figueroa (2006, Enero- Marzo), así como existe un continuo para los tipos de psicoterapia, también existiría en paralelo, un continuo para las enfermedades mentales, donde uno de los extremos estaría ocupado por las afecciones más simples, y el otro por enfermedades más graves. De este modo, en el caso de trastornos “menos” severos, sería más adecuada una psicoterapia dinámica o expresiva que aborde los conflictos del paciente, mientras que para los *trastornos mentales severos (TMS)*, se recomienda una *terapia de apoyo* que se encargue de las limitaciones del paciente. Es por ello, que en la terapia de apoyo, se trata de manejar y entender las defensas del paciente, más que interpretarlas. Además, en esta terapia, por medio de la empatía y de reflejar comprensión, estas defensas pueden llegar a ser menos patológicas. En general, los ejes centrales de esta intervención son: definir la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas del paciente (Reyes, 2003).

Ahora bien, así como el arte-terapia enfocada a personas con algún TMS, satisface sus necesidades relacionadas con la atención y tratamiento en salud mental, paralelamente, también cubre aquellas necesidades vinculadas a la *rehabilitación psicosocial* y *apoyo a la integración social* de este grupo. En este plano, las intervenciones se centran en estimular o desarrollar facultades en los pacientes que les permitan fomentar una autoimagen positiva, generalmente muy mermada en ellos producto de la enfermedad. Además, en el área de la rehabilitación, se pretende promover

la interacción social en estos pacientes y así compensar la conducta alienada que presenta la mayoría de ellos. Por último, el desarrollo de la concentración en la realización de ciertas tareas, es importante de promover en la rehabilitación de los pacientes con TMS a través del establecimiento de objetivos interesantes y atractivos para ellos (Charlton, 1987). El arte- terapia enfocada a personas que padecen algún TMS, logra cubrir los aspectos mencionados relacionados a la *rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social* de ellos, mediante la elaboración de un objeto de arte visual en un entorno seguro y capaz de contener sus ansiedades intensas. Generalmente, cuando esta intervención se centra en la rehabilitación de los pacientes con TMS, se realiza en las etapas más estables del trastorno, superada la fase aguda, cuando el paciente presenta menos sintomatología, pero manifiesta el deterioro propio de la enfermedad que lo limita para reintegrarse a sus actividades habituales y a la sociedad (AEN, 2002). Sin embargo, a partir de la bibliografía revisada, es posible decir que la rehabilitación puede llevarse a cabo paralelamente a intervenciones arte- terapéuticas enfocadas en la atención y tratamiento de estas personas. Así, el arte- terapia se instala como una intervención bastante completa para quienes padecen algún TMS, logrando atender necesidades propias de estas enfermedades en distintas etapas de su evolución.



Sesión grupal de arte- terapia con personas con TMS.

VII. PUBLICACIONES RECIENTES RELACIONADAS CON LOS EFECTOS TERAPÉUTICOS DEL ARTE- TERAPIA CON TMS

7.1 Efecto Terapéutico. Definición

Es necesario clarificar lo que se entenderá por efecto terapéutico en el marco del arte- terapia con TMS. La definición escogida es la siguiente: se denominará *efecto terapéutico* a todo aquel resultado de una intervención terapéutica dirigida a un individuo y que repercuta en la salud mental de éste (Goldie, 2006, Marzo).

En esta memoria, la intervención estudiada es el *arte- terapia* o terapia artística (que utiliza la actividad plástica) y la población elegida está constituida por las personas adultas que padecen algún *trastorno mental severo (TMS)*.

La hipótesis que encabeza el presente estudio, supone que el arte- terapia sería una forma de intervención beneficiosa en el tratamiento para pacientes con TMS. Entonces, los efectos terapéuticos que intentarán encontrarse en la bibliografía revisada serán aquellos que sustenten esta hipótesis, es decir, aquellos que cumplan con los objetivos establecidos por el programa arte- terapéutico dirigido a personas con TMS, que en definitiva, pretenden mejorar su salud mental y por ende, su calidad de vida. El arte-terapia como una intervención que une arte y psicología (terapia), pretende obtener *efectos terapéuticos*, fomentando el desarrollo de “estados y habilidades psicológicas que pueden inducir cambios o pueden ayudar a los pacientes a producir los cambios deseados en ellos mismos y en sus situaciones de vida” (Jiménez, 2005, p. 107).

Entonces, el concepto de *efecto terapéutico* en el contexto de esta memoria, alude a los resultados obtenidos a partir del proceso arte- terapéutico y que suponen idealmente, *cambio psíquico* en los pacientes sometidos a esta intervención. Este cambio pretende ser positivo, es decir, implicar un mayor y más saludable equilibrio de fuerzas dentro de la personalidad del paciente, lo que se traduce en un modo diferente (más sano) de enfrentar el mundo externo e interno y, en definitiva, en una mejor calidad de vida (Riquelme, 2005). Por tanto y según se ha visto en apartados anteriores, en personas con TMS, los efectos terapéuticos del arte- terapia podrían afectar positivamente áreas como el autoestima, las relaciones interpersonales, el yo del paciente y la capacidad de simbolización, entre otras. Son efectos terapéuticos que ya se han insinuado en esta

memoria y que se tratarán de verificar mediante la revisión de publicaciones específicas sobre el tema.

Estas publicaciones, serán citadas a continuación y consideran al arte- terapia como intervención paralela a la farmacoterapia y, en ocasiones, a otras formas de tratamiento otorgado a la población adulta con TMS en el ámbito biológico, psicológico o social.

En cuanto a la modalidad individual y grupal que existe en arte- terapia con esta población, la tendencia de los artículos seleccionados es a realizar intervenciones grupales e individuales, según la necesidad del paciente. Incluso, en ocasiones, se opta por ambas. Por esta razón, este aspecto no es un factor que haya influido en la elección de las publicaciones relacionadas con los efectos del arte- terapia en TMS más aptos para ser presentados en esta memoria. Es que se trata de un elemento muy variable en función del paciente y del enfoque de trabajo del arte- terapeuta en cuestión.

7.2 Publicaciones basadas en observaciones clínicas

En la publicación de la arte- terapeuta inglesa Helen Greenwood (1997) que se titula "*Psychosis and the maturing ego*", se plantea que el arte- terapia o terapia artística con pacientes severamente afectados en su salud mental, crea un clima dentro del cual ellos pueden crecer y posiblemente desarrollarse desde el punto de vista psíquico. Esta idea la propone a partir de su experiencia clínica y de las teorías post- freudianas en las que se basa para realizar su trabajo. Greenwood (1997), enfatiza la presencia de un *ego inmaduro* en quienes padecen un TMS, cuyas defensas utilizadas serían generalmente, *psicóticas*. Para ello, Greenwood toma como referencia la clasificación de las defensas presentada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1987 que las divide en *psicóticas*, *inmaduras*, *neuróticas* y *maduras* (de más a menos patológicas). Entonces, esta autora sostiene que las defensas reorganizan las fuentes del conflicto intrapsíquico, permitiendo que lleguen a ser manejables. Las personas emplearían diversas defensas, las que no siempre son del mismo nivel o categoría.

De esta modo, Greenwood (1997), tomando como referencia los estudios de seguimiento de casos de Serrad y cols. (1973), Bond (1992) y Vaillant (1963) sobre pacientes con esquizofrenia, considera la posibilidad de que sus pacientes logren mejorar sus defensas, llegando a ser menos primitivas y más maduras. Sobre todo, Greenwood

(1997) se ve atraída por las ideas optimistas de Vaillant (1963) que plantean que las defensas maduras pueden aparecer en contextos de enfermedades psicóticas, además de la aparición repentina de defensas maduras junto a defensas psicóticas.

Entonces, uno de los objetivos de Greenwood (1997) en su trabajo arte-terapéutico con pacientes con TMS, es justamente la facilitación de la *maduración del ego* en términos defensivos, propiciando la emergencia de defensas maduras en ellos (la anticipación, el altruismo, la sublimación, la represión, la formación reactiva, entre otras) a través de la creación de un objeto de arte. Para ello, basándose en las ideas de Winnicott (1972), Greenwood (1997) enfatiza en su quehacer el aspecto de la relación terapéutica, la cual tiene que ser verdadera, flexible, empática, comprensiva, confiable y contenedora de las angustias del paciente. Todo ello, porque en el caso de personas gravemente afectadas en su salud mental (con TMS), se tiende a la utilización de defensas inmaduras tales como el *splitting* y la proyección, donde lo más útil sería entender estas defensas y manejarlas, más que interpretarlas o confrontarlas. Por tanto, esta autora menciona que en un ambiente terapéutico en el que prime la empatía y comprensión del paciente, sus defensas pueden llegar a ser menos patológicas, además las demandas del entorno social se volverían más previsibles y soportables. Al interior de una relación y ambiente terapéuticos con dichas características, esta autora trabaja incentivando cuidadosamente la creatividad de los pacientes con TMS, para que así desde dicha creatividad, las defensas maduras crezcan y estén más disponibles para ellos, lo que en definitiva, los conduce a una madurez del ego. Además es importante considerar, que a pacientes que presentan un grave deterioro de la capacidad de simbolización (quienes tienen TMS), es fundamental brindarles intervenciones centradas en la contención y apoyo ambiental. Entonces, se podría formar una relación contenedora que haría posible finalmente, que las imágenes realizadas en este contexto por los pacientes, sirvieran para propósitos simbólicos (Greenwood, 1997). En una de sus experiencias arte-terapéuticas con una paciente con psicosis, Greenwood (1997) señala: “Trabajar con Lorraine demandó una mayor flexibilidad en mi rol y una necesidad de ser una persona más verdadera, en contraste con la terapia donde los clientes tienen un ego más fuerte. Hubo una calidez en la relación de Lorraine conmigo. Su actitud amenazante se equilibró con un cuidado concerniente a mi salud y sobrevivencia, junto con una tremenda gratitud por permanecer con ella a lo largo de las experiencias perturbadoras” (p. 119). Esta cita se puede complementar con la idea de Guntrip (1992 citado en Greenwood, 1997) que dice que el

desarrollo de un ego fuerte o maduro no es posible sin relaciones de objeto, por lo que enfatiza la importancia de la relación terapéutica en pacientes con problemas psicóticos.

En arte-terapia, los indicadores de la presencia de un ego más maduro en los pacientes con TMS son “la capacidad de sostener la paradoja y de poner orden y significación más allá del caos” (Greenwood, 1997, p. 126). Es así, como esta autora utiliza y postula el arte-terapia con TMS, como una intervención que ayuda a la *maduración del ego* y por lo tanto, a mejorar la salud mental de las personas que trata. Por lo tanto, a partir de lo descrito por Greenwood (1997) en su artículo, se puede desprender una hipótesis sobre los efectos terapéuticos del arte-terapia en quienes sufren un TMS: la *maduración del ego*.

Otra publicación que es relevante mencionar, es la realizada por la arte-terapeuta británica **Katherine Killick** (1997) y que se denomina “*Unintegration and containment in acute psychosis*”, la cual se relaciona en varios aspectos con la de Greenwood (1997). Para Killick (1997), los pacientes con psicosis presentan un estado mental en el cual hay un fracaso de la *contención*, una *desintegración* (Bick, 1968 citado en Killick, 1997). En este estado, las partes de la personalidad son sentidas como no poseedoras de una fuerza que las envuelva, entonces la piel podría funcionar como un límite. Sin embargo, para que esto suceda, primero tiene que ser *introyectado* un objeto externo (el que se busca frenéticamente), el cual es experimentado como capaz de cumplir esta función y vivenciado concretamente como una piel. Antes que dicho objeto contenedor sea introyectado, el concepto de *espacio interno del self* no puede surgir, entonces el paciente en ese estado de la mente es vulnerable a la ansiedad catastrófica (Bick, 1968 citado en Killick, 1997). Los pacientes que se encuentran en la fase aguda de la psicosis, comúnmente experimenten esta intensa ansiedad, frente a la cual utilizan un mecanismo de defensa bastante primitivo y que Meltzer (1986 citado en Killick, 1997) denominó *identificación intrusiva*. Esta tiene el propósito de evacuar y controlar aquello insoportable para la mente de los pacientes. Según Killick (1997), es una defensa que habitualmente el arte-terapeuta debe manejar cuando trabaja con personas con psicosis.

Según Colman (1995 citado en Killick, 1997), el estado mental de *desintegración* que presentan quienes sufren de psicosis, es originado en la temprana infancia en medio de la relación con su madre o cuidador. A grandes rasgos, lo que ocurre es que los “gestos” del bebé no son reconocidos por la madre como potencial comunicación, no son “contenidos” (término de Bion, 1962) por ella, por lo cual no les otorga un significado en medio del campo interaccional. Entonces, la experiencia emocional entre madre y bebé se

transforma en intolerable para éste, por lo cual tiene que evacuarla a través de la identificación intrusiva (Colman, 1995 citado en Killick, 1997).

Por lo tanto y a partir de sus experiencias con pacientes psicóticos, Killick (1997) plantea que en arte-terapia con estas personas que se encuentran en un estado mental de *desintegración*, lo concreto de los materiales utilizados, los objetos y transacciones en medio del setting arte-terapéutico, ayuda progresivamente a establecer un campo interaccional en el cual la *identificación intrusiva* que utiliza el paciente, podría constituirse en “gestos” y ser reconocido como comunicaciones potenciales por el terapeuta. Pero, esta autora precisa que antes de ello, las personas en la etapa aguda de la psicosis y que experimentan ansiedades catastróficas, tienden a utilizar el arte “como un medio de identificación intrusiva, es decir, como un camino de fuerte evacuación de las intolerables ansiedades en los objetos de arte” (Killick, 1997, p. 42). Por ejemplo, al inicio del proceso arte-terapéutico, un paciente de Killick (1997) que padecía esquizofrenia, realiza un gran número de dibujos de “una cabeza”. Este paciente desea arrojar lejos estos trabajos. Killick (1997), plantea que este acto “parecía ser un intento de evacuar el dolor de su experiencia” (p. 46) contenido en estas obras. Esta arte-terapeuta negocia con el paciente la conservación de los dibujos y posteriormente, establece con claridad los límites y reglas del setting arte-terapéutico de la forma más digerible posible para éste. Killick (1997) describe que con el tiempo, el paciente empieza a utilizar la plastilina para formar una cabeza, la cual cambiaba de forma, sesión a sesión. Un día, el paciente le pregunta a Killick si ella sabía dónde estaba su sombrero perdido. Fue la primera vez que esta autora siente que el paciente está vulnerable y frágil. Al respecto Killick (1997) dice: “Él ha perdido un objeto, el cual lo relaciona con su cabeza y piensa que yo puedo ser capaz de encontrar. Luego él me dice, (...) ‘Yo conservo las cosas perdidas’, y por primera vez, hubo un momento de contacto entre nosotros, su pena fue experimentada” (p. 47). La autora fue capaz de identificarse con la experiencia de dolor y pérdida del paciente, la cual pensó que se refería a su situación interna de pobreza causada por un *self* fragmentado y vaciado por violentos procesos psicóticos. Al final del proceso arte-terapéutico, el paciente fue capaz de usar las imágenes para comunicarse con Killick (Por ejemplo, un autorretrato lo utiliza para compartir con la terapeuta su experiencia interna de crisis y el modo de hacerle frente). De esta manera, lo que antes era inexpresable e impensable para el paciente, ahora es visto como algo que se ha experimentado, que puede ser pensado y comunicado al terapeuta. Así, en esta etapa, según Killick (1997), el arte-terapeuta puede comenzar a tener una conversación con el paciente, en medio de la

cual, las imágenes tienen propósitos simbólicos. Por tanto, según Killick (1997), en ese momento es posible explorar el contenido y significado de las imágenes realizadas por el paciente, lo que durante la mayor parte del trabajo arte- terapéutico, no es necesario realizar. Además, esta autora señala que en etapas iniciales del proceso, podría tener efectos persecutorios en pacientes con TMS.

Entonces, según Killick (1997), en un primer momento los objetos de arte cumplen la función de contener los elementos internos que el paciente evacua. Por lo tanto, lo concreto de los materiales y objetos disponibles y elaborados por estos pacientes en el setting de arte- terapia, permite que la violencia de la identificación intrusiva sea absorbida sin dañar al paciente ni al terapeuta. Lo que es contenido por los objetos de arte, puede permanecer en ellos hasta que el paciente esté listo para llevarlo a la relación que tiene con la mente del terapeuta y hablar sobre esto (Killick, 1997). Generalmente, transcurren años hasta que esto sucede, pero cuando ocurre, los elementos evacuados son llevados de vuelta a la mente del paciente y lo ayuda a la *integración de su ego* (Killick, 1997) o en palabras de Greenwood (1997), a la maduración del ego. Killick (1997), al igual que Greenwood (1997), enfatiza la importancia de la actitud del arte- terapeuta durante el largo trabajo con pacientes severamente afectados en su salud mental (TMS), para que estos evolucionen a un estado de *mayor integración del ego*. Lo fundamental es que el terapeuta esté “presente” y disponible para el paciente, puesto que esto tiene más relevancia para él, que lo que pueda decirle el terapeuta. Por lo tanto, aspectos como “el tono de voz, los gestos, y la atmósfera emocional dirigida por el terapeuta a través de esas acciones” (Killick, 1997, p. 42), tienen que ser atendidos con gran sensibilidad por él. Se trata de un ambiente especial que el terapeuta debe establecer y que se podría equiparar con el concepto de *ambiente facilitador* propuesto por Winnicott (1965, citado en Killick, 1997), donde el paciente en estado de desintegración es “contenido” y ayudado a instalarse en el campo de la comunicación potencial para finalmente, lograr que el paciente intente una restitución de su *ego*. Killick (1997) como arte- terapeuta de personas con TMS, también realizaba en el setting una negociación de ciertas reglas y límites que, según esta autora, a menudo es “el primer camino en el cual, las distinciones entre realidad interna y externa son establecidas entre terapeuta y paciente” (p. 43). Sería otro aspecto del ambiente arte- terapéutico que ayuda a que el paciente se acerque a una *mayor integración de su ego*.

Por lo tanto, es posible decir que el principal efecto terapéutico que Killick (1997) hipotetiza a partir de su experiencia arte- terapéutica con pacientes que sufren TMS y de

su revisión teórica, es una *mayor integración del ego* de estas personas. Se lograría a través del establecimiento de un setting contenedor y poseedor de ciertos límites, de la presencia de un terapeuta disponible y de materiales que incentivan un *hacer arte* que primero, sostenga los aspectos evacuados más intolerables para el paciente y que luego, sea utilizado por éste como una manera de comunicación potencial con el terapeuta. A partir de lo que Killick (1997) narra en su artículo, es posible percibir que el llegar a concretar una *mayor integración del ego* en pacientes con TMS, generalmente, toma varios años de trabajo arte- terapéutico. Pero, lo gratificante que transmite esta profesional es ver que un paciente que antes se encontraba en un estado mental de desintegración, sea capaz de crear imágenes con el objetivo de comunicarse con el terapeuta.

Joy Schaverien (1997) es otra autora importante en el tema de los efectos del arte- terapia en personas con TMS. Ella plantea la teoría de la *trasferencia de chivo expiatorio* a partir de su experiencia como arte- terapeuta y que expone en su publicación titulada "*Transference and transactional objects in the treatment of psychosis*". Lo que intenta explicar es el papel del objeto de arte en medio de la relación paciente- terapeuta, lo cual fue descrito brevemente, en otro apartado de la presente memoria. Esta arte-terapeuta plantea que en el objeto de arte, son exteriorizados inconscientemente y expresados algunos elementos de la psiquis del paciente, que por lo general, son intolerables para éste. Entonces, Schaverien (1997) propone que la imagen en arte-terapia sería un "tercer elemento en la zona entre paciente y terapeuta" (p. 14). Se trata de un medio para exteriorizar las ideas y sentimientos que son inexpresables para el paciente. Por tanto, el objeto de arte media los elementos separados y fragmentados de la psiquis de las personas con psicosis, los que pueden ser vistos y conocidos sin lesionar a nadie. Estos elementos, pueden ser contenidos en el objeto de arte hasta que, a través del proceso arte- terapéutico, el paciente se sienta listo para conocerlos y tomar posesión de ellos. Así, según Schaverien (1997), el paciente podría llegar a tomar consciencia de su *self* y los *otros*, puesto que empezaría a separar y experimentar su *self* en medio de la relación terapéutica.

Es que para esta autora, el objeto de arte constituye para la persona con psicosis, un puente entre la experiencia no mediada a través del lenguaje verbal y el mundo externo o lo *otro*. La función mediadora del objeto de arte en arte- terapia, permite que el paciente que posee un TMS, se relacione con un ser humano (el terapeuta) a través de un

objeto que convierte esta experiencia en algo no tan amenazante para esta persona poseedora de un ego frágil o, en palabras de Greenwood (1997), de un *ego inmaduro*.

Por otro lado, Schaverien (1997) menciona que las imágenes brindan la ventaja a estos pacientes de contener pensamientos y sentimientos intolerables para éste, separados de él. Todo ello, hasta que el paciente esté listo para poseer aquellos elementos rechazados, es decir de incorporarlos a su *ego*, lo cual permitiría una mayor integración de éste. Los puntos en común de esta idea con lo que propone Killick (1997), son evidentes. Schaverien (1997) dice que en esta etapa final del arte- terapia, el paciente puede llegar a relatar las imágenes creadas por él, moviéndose hacia el ámbito simbólico, lo cual le da la posibilidad de ser parte del ámbito social, a la vez que desarrolla su *self*.

Entonces, los efectos terapéuticos del arte- terapia en pacientes que poseen algún trastorno mental severo (TMS), que se pueden desprender a modo de hipótesis, a partir de los postulados de Schaverien (1997), son: *desarrollo de un sentido del self, contacto y consciencia del mundo externo o los otros*.

Fiona Seth- Smith (1997) es otra arte- terapeuta que a partir de su experiencia con pacientes con psicosis, otorga varias teorías interesantes en el área de los efectos terapéuticos de esta intervención. Por tanto, se citará su artículo denominado "*Four views of the image*", del cual se han mencionado, en anteriores apartados, ciertas ideas sobre la imagen en arte- terapia. Estas ideas serán complementadas para finalmente, comprender los efectos terapéuticos que describe.

Esta arte- terapeuta menciona que en su trabajo utiliza la *imagen* para entender al paciente con psicosis. En las primeras etapas del tratamiento, las imágenes que produce el paciente, principalmente describen una parte de su *self* y casi no existe la posibilidad que utilice formas simbólicas en las imágenes que realiza. Esto ocurre porque, según Seth Smith (1997), estos pacientes evitan el significado y las relaciones interpersonales. Por ejemplo, esta autora describe el caso de una niña joven con psicosis, quien realiza una serie de crucifijos de arcilla en arte- terapia. En estas imágenes, Jesús se parecía a la figura de un niño en pañales. "La crucifixión, la cual ha sido descrita como un símbolo de sufrimiento (...), puede ser visto, no como una metáfora generada por un proceso al interior de la psiquis de la paciente, sino como una descripción de parte de su *self* que es sacrificada o destruida, no necesariamente por las relaciones familiares o el ambiente, pero como un resultado de la interacción entre la paciente y su ambiente" (Seth- Smith, p. 93). El significado personal de estos símbolos no puede ser accesible a la paciente ni ser objeto de mucha introspección. Por tanto, Seth Smith (1997) dice que en estos casos el

arte- terapeuta no debiera buscar un significado a la imagen que elabora el paciente, sino más bien “tolerar asociarse con el paciente en su estado de falta de sentido” (Seth Smith, 1997, p. 93). Entonces, si el terapeuta es capaz de hacerlo y el paciente lo permite, la *imagen*, combinada con la relación terapéutica en el contexto de un ambiente seguro, puede cumplir el rol de un *conteniente* (término de Bion, 1962, citado en Seth- Smith, 1997) de los aspectos del *ego* del paciente que existen fuera de la esfera del lenguaje y del significado.

Influenciada por Killick (1997) y Schaverien (1997), la arte- terapeuta Seth Smith (1997), postula que la imagen tiene el potencial inherente de expresar o dar cuerpo a las partes de la mente no deseadas por el *ego*. Además, plantea que en el trabajo artístico existen representaciones de diferentes niveles de la personalidad del paciente, los cuales difícilmente interactúan entre sí, aunque esto podría ocurrir al final del tratamiento, cuando se realizan imágenes que contienen los orígenes de la integración psíquica. Por tanto, en las imágenes que realizan los pacientes con psicosis (con TMS), pueden existir representaciones de aspectos intactos del *ego* (sanos), lo cual se relaciona con lo que propone Greenwood (1997) acerca de la coexistencia de mecanismos defensivos inmaduros y maduros en personas con psicosis, siendo estos últimos los que darían la esperanza de un mejor funcionamiento psíquico o *maduración del ego*. Para que esto ocurra, Seth Smith (1997) dice que la producción de imágenes por el paciente no basta, sino que también se necesitan ciertas condiciones. Principalmente, tiene que existir un arte- terapeuta que provea de un ambiente apropiado, confiable y con límites bien definidos en el que el paciente se sienta seguro para realizar imágenes que exteriorizan partes importantes de ellos mismos. El arte- terapeuta tiene que estar psicológicamente “presente” para el paciente y respetar los procesos creativos que paulatinamente, se van desarrollando en él y que finalmente, contribuirán al cambio psíquico. Es importante que el paciente experimente en arte- terapia un sentido de la contención de sus intensas angustias y así avanzar hacia la integración psíquica. Es necesario que esto ocurra porque, según Seth- Smith (1997), el paciente con psicosis que llega a crear un símbolo, tendría que manifestar un cierto acto de valentía, de confianza en el medio que lo circunda (en este caso el espacio arte- terapéutico). Esto sucede, ya que para estos pacientes, puede existir peligro en el proceso de búsqueda de significados entendibles en el dominio social. Entonces, es más importante que el arte- terapeuta contribuya a la contención del paciente con psicosis más que a la interpretación de éste.

Seth Smith (1997) escribe en esta publicación escogida, ciertas teorías sobre los efectos terapéuticos del arte- terapia en pacientes con psicosis (TMS). Ella dice que los pacientes finalmente, *lograrían hablar de sus sentimientos y pensamientos, además alcanzarían insight* de ciertos pensamientos intolerables dentro del espacio seguro que ofrece el arte- terapia. Menciona que es posible que algunos pacientes incluso comiencen a *hacer símbolos e imágenes sobre los cuales éstos pueden reflexionar*. También, Seth Smith (1997) dice que la naturaleza concreta de las imágenes permitiría que estas *mediaran entre las partes más sanas del ego de los pacientes y aquellas partes que permanentemente eran amenazadas por intensas ansiedades*, lo cual favorece la integración psíquica de estos pacientes. Todo esto en su conjunto, permitiría que los pacientes *recreen un continente interno flexible*, capaz de contener las múltiples partes del ego, lo que se traduce en una vida más creativa y libre de ansiedades extremas.

Por otro lado, la arte- terapeuta **Suzanne Charlton** (1987), también relata a partir de la observación clínica, su teoría sobre la terapia artística con TMS en su publicación denominada "*La terapia artística en sujetos de largo internamiento en hospitales psiquiátricos*". Aquí, esta autora se centra en el aspecto referido a la necesidad de rehabilitación de estos pacientes. Como ya se ha postulado en la actual memoria, el arte- terapia es una intervención que es capaz de cubrir una serie de necesidades propias de quienes padecen algún TMS, entre las cuales se encuentran principalmente, la *atención en salud mental* y la *rehabilitación psicosocial* de estas personas. Los autores citados anteriormente en este apartado, se han enfocado en el ámbito de la *atención en salud mental* que abarca el arte- terapia y que se relaciona con lo que se ha llamado en esta memoria, *terapia de apoyo*. Pero, Charlton (1987) entrega una perspectiva diferente de lo que podrían ser los efectos del arte- terapia en personas con TMS. Ella considera a aquellos pacientes que estuvieron internos en instituciones donde recibieron el tratamiento psiquiátrico más adecuado para estabilizar su enfermedad. Charlton (1987) relata a partir de su experiencia como arte- terapeuta, cómo esta disciplina puede ayudar a estos pacientes a desarrollar y recuperar capacidades afectadas por la enfermedad y por qué no decirlo, por su estadía en alguna institución psiquiátrica. Son destrezas importantes para una posterior reinsertión en la sociedad.

Charlton (1987) menciona que el arte- terapia en estos casos ayudaría a que el paciente desarrolle un medio de autoexpresión, diferente al lenguaje verbal. Se trata de la elaboración de imágenes, que es óptima para este tipo de pacientes, quienes poseen escasos o no convencionales recursos orales. También, en arte- terapia los pacientes son

ayudados “a centrarse en sus capacidades positivas y en su potencial para responsabilizarse de su propia vida” (p. 261). Esta autora trabajó principalmente, realizando sesiones grupales de arte- terapia y dice que el interés fundamental de esta intervención no reside en la habilidad técnica del paciente, sino en formas de percibir, de concentrarse, de trabajar juntos, de, en última instancia, interpretar el proceso de realización de signos y de construcción del objeto de arte, siendo el producto acabado, útil para reflejar o iluminar dichos aspectos (Charlton, 1987). Además, esta arte- terapeuta menciona que los pacientes con TMS tienden a perder el contacto con sus propios sentimientos y experiencias, lo que los lleva a proyectarse a sí mismos de una manera estereotipada y, a veces, ambigua. Así, ella postula que “la pintura y el dibujo, el empleo de formas, colores y símbolos constituyen poderosos comunicadores y proporcionan un nexo más directo con la forma de ser del individuo” (p. 262).

De esta manera, Charlton (1987) describe varias hipótesis teóricas sobre los beneficios de este tipo de intervención para los pacientes con TMS y que en esta memoria se considerarán en la categoría de efectos terapéuticos. Estos efectos del arte- terapia con TMS serían los siguientes: *estimulación de la autoimagen positiva*, ya que se fomenta el desarrollo de capacidades a través de la elaboración de un objeto de arte, el cual es un logro tangible que “sirve como prueba de que se tienen aptitudes organizativas, competencia manual, imaginación y motivación” (Charlton, 1987, p. 263). Entonces, el paciente podría experimentar su propio valor como persona. Para que todo ello ocurra, Charlton (1987) recalca la importancia de una relación terapeuta- paciente confiable y capaz de apoyar. Otra hipótesis de esta autora, es la *mejora de la interacción social*, puesto que para compensar la conducta alienada de los pacientes con TMS, la sala de arte- terapia posee un entorno en el que se brinda una verdadera atención y respeto de aquello que elaboran, lo cual promueve la confianza y junto con ello, el surgimiento de iniciativas de interacciones del paciente con su terapeuta y también con sus compañeros de arte- terapia. Este escenario, según Charlton (1987), es valioso para volver a aprender aptitudes sociales. El *desarrollo de la concentración y la destreza* sería otro efecto terapéutico que propone esta arte- terapeuta, quien dice que la falta de objetivos, interés y seguridad en sí mismos es característico de los pacientes con TMS. El arte- terapia a través de actividades que sean atractivas para los pacientes y que incentivan su creatividad, o sea, la elaboración de un objeto de arte sin la imposición de patrones externos, facilitaría el desarrollo de la concentración y otras habilidades.

En definitiva, el arte- terapia daría la posibilidad a los pacientes con TMS que han estado sometidos a su enfermedad y a tratamientos muy estructurados, de efectuar sus propias elecciones dentro del ámbito de la actividad plástica, sin temor a las consecuencias (Charlton, 1987). Esto otorga una relativa libertad a los pacientes para comenzar a expresar su *self* y conectarse desde allí con los demás, junto con experimentar un cierto control de sus vidas y su valor como seres humanos.

Tanis Dick (2001, Mayo) escribe un artículo más reciente y específico sobre el “*arte- terapia grupal breve para pacientes hospitalizados psiquiátricos agudos*” (que en este trabajo denominaremos pacientes con TMS), como complemento al tratamiento farmacológico y otras terapias. Esta publicación, basada en la observación clínica, entrega hipótesis valiosas acerca de los efectos de esta intervención en esta población. Por lo tanto, logra ser un aporte para la presente memoria, pese a no llegar a resultados concluyentes que se puedan generalizar. Este artículo permite deducir que Dick (2001, Mayo) concibe al arte- terapia como una intervención que cubre las necesidades de *atención y tratamiento de la salud mental* de los pacientes en fases agudas, mientras que una vez lograda cierta estabilización en ellos, el arte- terapia podría atender necesidades de *rehabilitación psicosocial*. Entonces, la forma de trabajo que postula esta autora cuando se trabaja con personas que poseen TMS, en primer lugar, hace referencia a la presencia de un ambiente contenedor y capaz de brindar cierta estructura a estos pacientes que generalmente, albergan un gran caos interno. Los objetivos que se propone Dick (2001, Mayo) para el trabajo arte- terapéutico con personas con TMS son “reducir los síntomas psiquiátricos presentes en la admisión, incrementar la orientación de la realidad y la interacción social” (p. 3). El logro de estos objetivos fue registrado por Dick (2001, Mayo) a través de la observación del comportamiento del paciente en la sala de arte- terapia y de sus producciones artísticas. En definitiva, esta autora menciona que lo que se intenta en arte- terapia grupal es construir un *ego* fuerte, para lo cual se inspira en las ideas de Scott y Dixon (1995) quienes hablan de las terapias de apoyo como las idóneas para pacientes con TMS, sobre todo cuando se encuentran en fases agudas de la enfermedad. Por tanto, en estos casos, el uso de la creatividad debería ser cauteloso y siempre estableciendo ciertas directrices que eviten someter a mucha ambigüedad a los pacientes, tal como lo han dicho autores anteriormente citados.

El modelo de trabajo que utilizó Dick (2001, Mayo) en arte- terapia fue aquel que propone Allen (1993) y que se denomina “modelo de grupo de corto plazo” (p. 109), con el objetivo de obtener una flexibilidad de las intervenciones y de la participación de los

pacientes cuando éstos son muy variados en un grupo (muchas salidas e ingresos constantes de pacientes en el hospital). La intervención arte- terapéutica escogida por Dick fue el *mural de grupo*, la cual fue dividida en dos fases. En la fase inicial se trató de explicar con motivación la actividad y así entusiasmar a los pacientes. Como muchos de ellos estaban desorganizados para generar ideas o hacer elecciones sobre un tema para el mural, a menudo, Dick (2001, Mayo) les dio sugerencias. Este hecho hizo que la toma de decisiones fuera más eficaz y promovió el sentido del logro de los pacientes. Cuando el tema fue establecido, la arte- terapeuta preparó “elementos de arte pre- estructurados” (Vick, 1999) en papel, los cuales estaban relacionados con el tema del mural. Estos elementos fueron completados por los pacientes en forma independiente o individual, usando materiales artísticos, lo que otorgó un ambiente de trabajo organizado. En la segunda fase del mural, las actividades se hicieron en colaboración grupal. “En esta etapa a los pacientes se les pide que se comuniquen con los demás y que tomen decisiones para organizar los elementos terminados sobre el mural” (Dick, 2001, Mayo, p. 4). Pese a estas nuevas demandas, la intervención seguía siendo flexible y brindando una variedad de niveles de participación a los pacientes. Así, quienes eran capaces de realizar trabajo de colaboración, podían ser activos en la toma de decisiones y el montaje del mural. A los pacientes con síntomas psicóticos persistentes o a los nuevos pacientes ingresados en esta segunda fase del mural, se les daba la opción de trabajar en el nivel independiente con los materiales u observar la síntesis del mural realizada por sus compañeros (podían dar sugerencias). Todos los pacientes fueron valorados por su nivel de contribución en el mural.

En este formato de trabajo arte- terapéutico para pacientes agudos, los efectos que Dick (2001, Mayo) observó luego de unas cuantas sesiones trabajando en el mural grupal en arte- terapia, fueron múltiples y positivas. Por ejemplo, los pacientes comenzaron a interactuar más entre sí en función de la tarea que realizaban, por lo que su *socialización* pudo desarrollarse, la cual se extendió a otras relaciones de los pacientes. Esta socialización desarrollada en las sesiones de arte- terapia grupal, según Dick (2001, Mayo), fue mayor que en otras estructuras grupales en las que esta autora había trabajado. Además, las personas que participaron en arte- terapia, manifestaron cierto grado de compromiso en la solución de problemas y la toma de decisiones respecto del mural. Esta autora agrega que los síntomas de *apatía y baja motivación*, característicos de quienes padecen un TMS, parecían disminuir a lo largo de la intervención arte- terapéutica, comentando que observó cómo los pacientes disfrutaban

con la elaboración del mural y cómo la asistencia de los miembros del grupo aumentó cuando el trabajo sobre el mural estaba en marcha. Muchos mostraron su emoción por el producto terminado (Dick, 2001, Mayo).

Relacionado con la elaboración de arte de los pacientes, Dick (2001, Mayo) menciona que al inicio de la hospitalización estas tendían a la desorganización, la calidad de la línea era irregular y generalmente, el trabajo se dejaba incompleto. Además, las actividades se realizaban más bien, en solitario. Las actividades más estructuradas que en este período del tratamiento la autora estableció, ayudaron a detener el caos interno que distraía a los pacientes de la actividad artística. En las etapas finales del arte-terapia grupal, muchos pacientes mostraron la *capacidad de concentrarse en el aquí y ahora* de las tareas, además de empezar a dar más detalles en las formas de arte, añadiendo detalles, como ojos, escamas y aletas, usando representaciones más objetivas de la realidad (Dick, 2001, Mayo). También, la autora percibió mayor esfuerzo de parte de los pacientes en la realización de los trabajos artísticos, junto con un surgimiento de la expresión verbal para referirse a asuntos del mural que realizaban y la elaboración de actividades artísticas en medio de un proceso grupal.

Además, el aspecto relacionado con el *autoestima* fue mejorado gracias al arte-terapia, puesto que los pacientes se sentían valorados y admirados por sus creaciones y logros en el área artística. Sobre el tema, Dick (2001, Mayo) cita a Franklin (1992): “Hacer un objeto afuera, de una idea, es una herramienta fuerte en manos de la persona que se siente frágil e indigna” (p. 112). Además, Franklin (1992) dice que el arte puede ser un *lugar seguro* donde ensayar una nueva identidad. Y así fue, porque en el caso de los pacientes de Dick (2001, Mayo), ellos se transformaron en personas activas dentro del hospital, transformándolo en un lugar vivo, lleno de creación. Así, al final del proceso arte-terapéutico, ellos experimentaron el sentido de una obtención de poder y control sobre el ambiente que los rodeaba, llegando a observar sus logros. En definitiva, todos los progresos observados por Dick (2001, Mayo) en sus pacientes, marcarían la evolución en sus tratamientos en las áreas de *relaciones sociales, reducción de síntomas y orientación de la realidad* (Dick, 2001, Mayo). Los efectos terapéuticos positivos del proceso de “hacer arte” mencionados por Dick (2001, Mayo) a partir de la observación clínica, se extendieron más allá de los límites de la sesión de arte-terapia, lo que devela el gran poder que llega a tener el tratamiento arte-terapéutico grupal breve, en personas con TMS.

7.3 Metaanálisis

El metaanálisis llevado a cabo por R. Ruddy y D. Milnes (2006), es una revisión sistemática de aquellas investigaciones realizadas hasta el año 2002 sobre “los efectos del arte- terapia como un tratamiento adyuvante para la esquizofrenia, en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicosociales” (Ruddy & Milnes, 2006, p. 1). A grandes rasgos, un metaanálisis se define como “(...) una técnica de revisión de los conocimientos de una determinada área de investigación, con el fin de lograr una cierta sistematización de ellos” (Poch & Avila, 1998, p. 35). Lo que se pretende con esta mirada, según estos autores, es integrar la información que aparece en los trabajos que se publican diariamente en diferentes medios científicos.

La revisión de Ruddy y Milnes (2006) seleccionada, se remite a la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia, las que al formar parte de los TMS, poseen características principales que son comunes al resto de los TMS. Entonces, se considera que la información entregada por este metaanálisis sobre los efectos del arte- terapia, puede ser generalizada a toda la gama de los TMS. Así, Ruddy y Milnes (2006) descubren que las investigaciones que se han realizado sobre el tema hasta la fecha, presentan ciertos errores metodológicos que impiden obtener resultados significativos tanto estadísticamente, como clínicamente. Pese a ello, estos autores logran dar algunas pistas para la elaboración de futuras investigaciones que permitan determinar el rol del arte- terapia en el tratamiento de los TMS. Entonces, es posible rescatar los resultados de los estudios cuantitativos seleccionados por Ruddy y Milnes (2006). Estos estudios son dos ensayos aleatorios, que consideran el arte- terapia como intervención tanto en el ámbito de atención y tratamiento de la salud mental, como en aquel de rehabilitación psicosocial de quienes tienen un TMS. A pesar que sus resultados no son concluyentes, son importantes de considerar a la hora de emprender una nueva investigación sobre los efectos del arte- terapia en personas con TMS. El tratamiento convencional que consideran ambos ensayos como punto de comparación con el arte- terapia, es aquel que incluye: psicoterapia verbal individual, atención psiquiátrica y medicación psicotrópica.

De este modo, los efectos terapéuticos recogidos por Ruddy y Milnes (2006) desde los estudios empíricos que escogieron fueron los siguientes: el *estado mental* (síntomas psiquiátricos) de las personas que recibieron arte- terapia mejoró levemente y el estado mental del grupo de control empeoró levemente. El otro aspecto medido, se refiere a las *relaciones interpersonales*, las cuales mejoraron levemente en el grupo que participó en el

tratamiento arte- terapéutico, mientras que empeoraron levemente en el grupo de control. Por último, se reporta que la *red social* aumentó en el grupo que recibió arte- terapia, mientras que en el grupo que no recibió este tratamiento, su red social disminuyó. En general, estos resultados no se pueden interpretar con confianza, debido a las deficiencias metodológicas de los estudios y los contratiempos ocurridos en ellos. Pero, pueden ser considerados como hipótesis sobre los efectos terapéuticos del arte- terapia en la población con TMS, los cuales necesitarían ser comprobados en futuras investigaciones empíricas que obtengan datos estadísticamente y clínicamente significativos que permitan establecer el rol del arte- terapia en el tratamiento de quienes tienen algún TMS. Para ello, no se debieran cometer los mismos errores metodológicos que describen Ruddy y Milnes (2006) y que se refieren a un tiempo breve de investigación (menos de un año) incluida la intervención y el seguimiento, una muestra pequeña (menos de 100 personas) y una deficiente recolección e información de los datos registrados.

7.4 Estudios de efectividad basados en la metodología cuantitativa y cualitativa en forma complementaria

El estudio de H. Odell- Miller, P. Hughes y M. Westacott (2006, Enero) titulado “*An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems*”, es una investigación de efectividad, ya que se centra en los efectos de una intervención específica, el arte- terapia, en condiciones de la práctica clínica real (OMS, 2001). En el estudio de Odell- Miller, Hughes y Westacott (2006, Enero) se utilizó tanto la metodología cuantitativa, como la metodología cualitativa, mientras que la población que investigaron fueron adultos con problemas continuos de salud mental, la cual pese a no incluir la denominación específica de trastorno mental severo (TMS), considera varios trastornos que son parte de esta categoría. Casi la tercera parte de la muestra total (n=25) que utilizan, está compuesta por personas que tienen esquizofrenia y dos sufren de trastorno esquizoafectivo, mientras que el resto posee principalmente, desórdenes afectivos graves. Por tanto, es posible equiparar este grupo con quienes padece un TMS.

Entonces, el estudio de Odell- Miller et al. (2006, Enero) cobra relevancia en el contexto de esta memoria, puesto que pretende llegar a establecer los resultados del arte-

terapia en personas con TMS a través de una investigación de carácter empírico. Para ello, se utiliza la metodología cuantitativa y cualitativa en forma paralela, involucrando en el estudio a un grupo de tratamiento (n=10) y a un grupo de control (n=15). Aquí se utiliza el arte-terapia fundamentalmente, como una forma de intervención que se dedica al ámbito de la *atención y tratamiento de la salud mental* de los pacientes con TMS, inclinándose hacia la llamada terapia de apoyo. Además, es importante mencionar, que esta investigación considera cuatro modalidades de terapias de arte (aquella que utiliza la *música*, la que utiliza el *arte o arte visual*, la que usa el *drama* y la que se centra en el *baile*), por lo que los resultados obtenidos serán utilizados con cautela en la actual memoria que sólo se ha enfocado en una modalidad de terapias de arte (la que utiliza el arte visual).

Los resultados numéricos de la investigación de Odell- Miller et al. (2006, Enero), no llegan a ser concluyentes. Esto se debe a que el tamaño de cada muestra era pequeño a causa de la dificultad para reclutar y conservar a los participantes de cada grupo, por lo que la tarea de mostrar una diferencia entre los dos grupos se hizo casi imposible. Además existían numerosas fuentes de variabilidad que oscurecían el efecto de cualquier tratamiento (como la edad, el sexo, la condición socioeconómica, medios de arte diferentes, entre otras). Pese a ello, ciertas hipótesis establecidas por los autores al inicio de su estudio y que no pudieron comprobarse, podrían ser consideradas en una futura investigación empírica sobre los efectos terapéuticos del arte-terapia en pacientes con TMS. Así hipótesis como, *la mayor probabilidad de tener objetivos personales realistas e importantes para el paciente* luego del tratamiento arte-terapéutico, *la mejora de los síntomas de ansiedad y depresión* de los pacientes luego de esta intervención, o *la disminución de los síntomas de angustia psicológica* después de haber participado en arte-terapia, además de *la mejora del funcionamiento en la vida cotidiana* de estos pacientes luego de recibir esta intervención (Odell- Miller et al., 2006, Enero); son interesantes de considerar en un estudio posterior de mayor alcance, centrado en un solo medio de arte y más prolongado en el tiempo (más de seis meses), tal como lo recomiendan los autores.

En cuanto a los resultados cualitativos, estos investigadores entregan datos interesantes del proceso arte-terapéutico. De este modo, llegan a comprobar una de las hipótesis que plantean al comienzo de su estudio y que dice relación con la coincidencia entre la información sobre el proceso de las terapias de arte, recogida directamente de los pacientes y las opiniones de los terapeutas demostradas en sus informes clínicos (Odell-

Miller et al., 2006, Enero). Así, en casi todas las entrevistas, se encontró un grado alto de acuerdo entre la percepción del tratamiento por parte del terapeuta y la percepción del paciente sobre éste. Esto ocurrió, sobre todo al describir la calidad del rapport. En la mayoría de los casos, el paciente sentía que el terapeuta era personalmente importante para ellos (Odell- Miller et al., 2006, Enero). Si bien, estos datos no se refieren a los efectos terapéuticos del arte- terapia en personas con TMS, aluden a que el factor de la *alianza terapéutica*, importantísimo en cualquier forma de terapia, también lo es en arte-terapia. Es un aspecto que, tal como lo han planteado otros autores a lo largo de esta memoria, tiene tanta fuerza que puede ser crucial a la hora de determinar ciertos efectos del arte- terapia (en cualquiera de las modalidades del arte) en estos pacientes, por lo cual es una información importante de tomar en cuenta en esta memoria teórica y sobre todo en futuros estudios empíricos. Otro dato que aporta el aspecto cualitativo de la investigación de Odell- Miller et al. (2006, Enero) y que se acerca más al tema de los efectos terapéuticos del arte- terapia, es el valor que las formas de arte tienen para los pacientes, en relación a las formas verbales de comunicación. Ellos reportan que el arte les permite *mejorar su autoestima y expresar sus problemas*, percepción que es compartida por los arte- terapeutas en sus informes clínicos. Aunque no es un resultado concluyente de la investigación de estos autores y tampoco se remite a una única modalidad de arte, es un aspecto relevante que podría considerarse en un estudio futuro acerca de los efectos terapéuticos del arte- terapia con TMS, quizás a modo de hipótesis. Además, se ha mencionado en otros estudios remitidos en esta memoria (véase Charlton, 1987; Dick, 2001, Mayo).

VIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El presente estudio teórico sobre arte- terapia con población adulta con trastornos mentales severos (TMS), permite esclarecer varios aspectos planteados al inicio de éste. En primer lugar, se ha logrado comprender el origen histórico de esta disciplina y cómo ocurrió su acercamiento a los TMS, además de las diversas áreas del saber involucradas en su construcción. Así, el *arte* y la *psicología* son las principales disciplinas constitutivas del arte- terapia que se han destacado en esta memoria, las cuales apoyan el logro del objetivo de mejorar la salud mental y calidad de vida de las personas que trata. Entonces, el *arte* aportaría sus funciones psicológicas en el ámbito cognitivo y afectivo (Marinovic, 1994) y que en el contexto de esta memoria, se han denominado “propiedades terapéuticas del arte”, que serían concretadas en el proceso creador que implica la elaboración de una obra de arte, en este caso, por quienes padecen un TMS. De este modo, se ha descrito que quien participa en la actividad artística obtendría beneficios en el aspecto psíquico y corporal. Además, en arte- terapia con TMS, la *psicología* y sus conocimientos en psicoterapia, permitiría que se aseguren y amplifiquen los aportes de las artes, canalizándolos hacia la obtención de un mayor equilibrio psíquico, al brindar el entorno de trabajo ideal donde el paciente se siente lo suficientemente seguro y comprendido, para atreverse a mostrarse creador en presencia del arte- terapeuta.

En segundo lugar, esta memoria ha logrado describir el modo en que el arte-terapia puede beneficiar a quienes padecen TMS, al describir su línea de trabajo, los ámbitos en los que opera y las necesidades específicas que cubre, apoyándose para esto en algunas teorías de la psicología. Así, el arte- terapia utiliza medios no verbales de comunicación (arte visual) en su trabajo con el paciente, lo cual permite que las dificultades en el ámbito del lenguaje verbal, características en los TMS, sean saltadas. Como se ha visto en este estudio, este hecho permite que la persona con TMS descubra un medio de comunicación menos amenazante para su frágil mundo interno, que es capaz de ser vehículo fidedigno de expresión de sus intensas emociones y pensamientos, eliminando el riesgo de dañarse a sí mismo y a otros. El arte- terapia puede ser aplicada en diversas etapas de la evolución del TMS, tanto al inicio como en la estabilización de la enfermedad, pues logra cubrir necesidades de *atención y tratamiento de la salud mental*, además de aquellas de *rehabilitación psicosocial* de los pacientes que la padecen. De este modo, el arte- terapia con TMS constituye una intervención integral donde es

fundamental la presencia de un terapeuta empático, capaz de contener las intensas angustias de estas personas, respetuoso de sus tiempos y creaciones, encarnando así, aquellas funciones que en la temprana infancia del paciente, fueron desempeñadas deficientemente por su madre (Killick, 1997). Con el tiempo, las imágenes elaboradas por el paciente, van adquiriendo un significado dentro del campo interaccional o bien, propósitos simbólicos, lo que abre la posibilidad de una comunicación con el medio externo y los otros, el que en primera instancia, está representado por el terapeuta. Tal como dice la arte- terapeuta Soledad Prado “lentamente, el proceso creativo [inmerso en un entorno terapéutico] le permite al paciente conectarse con la realidad” (2002 citado en Barquero, 2002, Marzo), realidad que es tanto interna como externa.

Otro aspecto importante que sugiere esta memoria, es que el arte- terapia con TMS, desde sus inicios, involucra la idea de rescatar al sujeto que está enfermo, a través de herramientas tan humanas como lo son la actividad artística y la creatividad. El proceso de expresar el mundo interno a través del arte, por muy caótico y sin sentido que sea, logra humanizar al paciente, brindándole un ámbito nuevo donde es valorado por lo que hace. Esto puede reivindicar la mermada autoestima de estas personas, quienes generalmente, se sienten un estorbo para sus familias y la sociedad. Así, el arte- terapia los ayudaría a reencontrarse y a seguir construyéndose como sujetos con personalidad única.

En tercer lugar, a partir de la sistematización de algunas publicaciones referidas a los resultados del arte- terapia en TMS, fue posible encontrar ciertas hipótesis sobre los efectos terapéuticos de esta disciplina en el tratamiento de esta población (siempre considerándola complementaria a la farmacoterapia). Estos efectos, es posible agruparlos en cinco categorías:

- **Ego (yo) o self de las personas con TMS:** el arte- terapia permitiría que el yo alcanzara una mayor integración y madurez. Esto implica que las defensas del paciente llegan a ser menos patológicas y lentamente, las imágenes elaboradas pueden tener propósitos simbólicos y comunicativos de la realidad interna de éste. Este hecho también involucra una mayor delimitación del yo o *self* de estos pacientes y el desarrollo de un sentido de éste como separado del mundo que los rodea. De este modo, se alcanzaría una mayor consciencia de sí mismos, al reapropiarse de sentimientos y pensamientos personales que en otro momento eran intolerables para el paciente. En resumen, estas personas pueden llegar a surgir como sujetos a través

de la actividad plástica y en medio del espacio seguro que brinda el arte-terapia, logrando a veces, hasta reflexionar y verbalizar sobre su mundo interno con el terapeuta (Greenwood; Killick; Schaverien; Seth-Smith, 1997).

- **Autoestima:** esta intervención estimularía la autoimagen positiva de los pacientes, al incentivar la obtención de logros artísticos tangibles y duraderos que los hace sentirse valorados, admirados como personas capaces de producir cosas positivas, dejando de lado el estigma derivado de la enfermedad mental (Charlton, 1987; Dick, Mayo, 2001; Odell-Miller et al., 2006, Enero).
- **Relaciones interpersonales o interacción social de las personas con TMS:** el arte-terapia proporciona un entorno apropiado (seguro, confiable y contenedor) en el que los pacientes pueden atreverse a crear y a comunicarse verbalmente con el terapeuta y con sus compañeros, lo cual desarrolla la socialización de estas personas y les permite reaprender aptitudes sociales (Charlton, 1987; Dick, 2001, Mayo; Ruddy & Milnes, 2006). Este efecto terapéutico se extendería más allá de los límites de la sesión de arte-terapia, por lo que ayuda a que estos pacientes puedan reintegrarse a la comunidad o sociedad.
- **Síntomas psiquiátricos (estado mental):** esta forma de tratamiento reduciría la presencia de los síntomas característicos de los TMS, en conjunto con el tratamiento farmacológico. Sobre todo, disminuirían los síntomas de apatía y baja motivación, puesto que los pacientes lograrían involucrarse en una tarea artística atractiva, que perciben que son capaces de realizar y donde se les permite la expresión de ellos mismos. Así, el arte-terapia también mejoraría la capacidad de concentración de estas personas, puesto que los ayuda a centrarse en el aquí y ahora de este nuevo objetivo que constituyen las tareas que realizan durante la sesión. Además, estas actividades detienen y contienen el caos interno de estos pacientes e incentivan la capacidad de verbalización. En resumen, el estado mental de quienes tienen un TMS, se beneficiaría de esta forma de intervención (Charlton, 1987; Dick, 2001, Mayo; Ruddy & Milnes, 2006; Seth-Smith, 1997).
- **Orientación de la realidad:** el trabajo arte-terapéutico ayuda a que los pacientes logren un mayor contacto con la realidad externa y consciencia de ésta. Esto ocurre

porque el objeto de arte cumple el rol de mediador entre el paciente y el terapeuta, quien en primera instancia, es el principal representante del mundo externo. A través de este objeto, los pacientes con TMS pueden relacionarse con el mundo externo de una manera menos amenazante para su inmaduro yo. Todo esto se refleja en sus creaciones artísticas, las cuales se vuelven más detallistas y utilizan representaciones más objetivas de la realidad (Dick, 2001, Mayo; Schaverien, 1997).

Estas hipótesis sobre los efectos terapéuticos del arte-terapia con TMS, planteadas por los autores revisados, reafirman muchas de las funciones psicológicas de la generalidad de las artes y las artes visuales en particular, tanto en el área cognitiva y afectiva- motivacional planteadas por Marinovic (1994) y que fueron detalladas en esta memoria (véase pp. 21- 23). Además, los casos reales de arte-terapia con pacientes con TMS que se describen en las publicaciones seleccionadas, permiten comprobar que la mayoría de las propiedades terapéuticas del arte o “hacer arte” pueden ser efectivamente actualizadas y potenciadas cuando se trabaja en un entorno de tratamiento. Incluso, se puede decir que surgen beneficios adicionales para estos pacientes en el ámbito específico de los síntomas que los aquejan, el estado de su psiquismo y el ámbito social e interpersonal. También, estos artículos citados y la bibliografía en general elegida, permiten plantear que el factor de la *alianza terapéutica*, fundamental en otras formas de terapia, también lo es en arte-terapia con TMS, pues sería determinante en el éxito de este tratamiento, es decir, en el logro de los efectos terapéuticos ya descritos.

De este modo, los cuatro primeros objetivos específicos de la actual memoria teórica, fueron alcanzados a través de la revisión bibliográfica, sistematización y análisis de la información encontrada. El último objetivo y quizás, el más ambicioso, no pudo cumplirse completamente. Esto ocurrió, debido a que los efectos terapéuticos del arte-terapia en quienes sufren un TMS, que han sido reportados por profesionales del área (que trabajan con estos pacientes), en las escasas publicaciones científicas encontradas, presentan una limitación. Lo que sucede, es que se trata de artículos que carecen del peso metodológico y clínico suficiente para llegar a generalizar estos resultados y poder asegurar que el arte-terapia beneficia a los pacientes con TMS en todos los ámbitos mencionados anteriormente (*ego (yo) o self, autoestima, relaciones interpersonales o interacción social, síntomas psiquiátricos (estado mental) y orientación de la realidad*). Pese a ello, estos efectos terapéuticos sistematizados por la autora de esta memoria, pueden servir como orientación, como hipótesis para ser utilizada en futuras investigaciones empíricas sobre

los resultados del arte-terapia en TMS. Éstas tendrían que considerar un mayor tiempo de investigación (superior a 1 año), sólo el medio artístico referido a la actividad plástica, una muestra total numerosa (más de 100 personas) y una rigurosa recolección e información de los datos, según lo exponen algunos autores citados.

Por lo tanto, las deficiencias de las publicaciones encontradas sobre el tema, también repercuten en una de las preguntas de investigación de la presente memoria y que plantea su interrogante en lo referido a los efectos terapéuticos específicos del arte-terapia en quienes poseen un TMS, la que no pudo contestarse a cabalidad. Sin embargo, fue posible recolectar los efectos más importantes informados por expertos de la disciplina. Esto es prometedor, porque estos efectos terapéuticos descritos en las publicaciones revisadas, son hipótesis que se entrecruzan en muchos aspectos, llegando a coincidir en varios de éstos, los cuales además, son siempre positivos. Esto permite deducir que el arte-terapia llevada a cabo por profesionales serios y con conocimientos en el área artística y psicoterapéutica, siempre ayudará en alguna medida a estas personas; al menos a sentirse capaces de generar objetos valiosos y dignos de admiración, lo cual los repara y los sitúa en otro lugar con respecto al resto de la sociedad. Además, la coincidencia entre varias de las hipótesis sobre efectos terapéuticos del arte-terapia con TMS propuestas por algunos autores revisados, les otorga mayor fortaleza a dichas hipótesis y la posibilidad de generar cinco categorías principales, las que ya fueron planteadas en este mismo apartado (*ego (yo) o self, autoestima, relaciones interpersonales o interacción social, síntomas psiquiátricos (estado mental) y orientación de la realidad*). Entonces, estas categorías sobre los efectos terapéuticos del arte-terapia en TMS, podrían ser utilizadas en futuros estudios empíricos sobre resultados que pretendan comprobarlas.

En cuanto a la segunda pregunta de investigación de esta memoria, más amplia pero, no por ello menos importante y que cuestiona si la actividad plástica beneficia o no a pacientes con TMS, puede ser contestada luego de la exhaustiva revisión de bibliografía relacionada con el tema. La razón, es que no quedan dudas sobre lo positivo que puede llegar a ser para este grupo, una intervención que incorpore la actividad plástica o el “hacer arte” en su forma de trabajo. Esto permite afirmar que el arte-terapia (dirigida por profesionales preparados y responsables) no dañará a las personas con TMS que participen de esta terapia.

Lo que aún queda pendiente y que se perfila como sumamente necesario, es comprobar científicamente cuáles son específicamente, los efectos positivos del arte-

terapia con TMS. Para ello, la actual memoria, permite que cualquier investigación empírica que se realice en el futuro para validar el arte- terapia para personas con TMS en el área de la salud mental, ya no parta desde cero. Esto ocurre, porque entrega la base que constituye la sistematización de las publicaciones relacionadas con los efectos terapéuticos de esta intervención, además del sustento teórico presentado para éstos. Es un punto de partida que enseña y guía, que plantea hipótesis e incentiva a no cometer los errores anteriores en el ámbito metodológico y así lograr la tan buscada y urgente verificación científica de los efectos específicos del tratamiento arte- terapéutico para personas con TMS.

Para terminar, esta memoria demuestra que el arte- terapia ya tiene una trayectoria trabajando con personas con TMS, que es una forma de trabajo adecuadamente sustentada en la teoría y que existen resultados positivos documentados, que al menos permiten decir, que esta intervención no dañará a estos pacientes. Así, el arte- terapia se presenta como una alternativa esperanzadora de tratamiento integral para quienes tienen alguna enfermedad mental severa y como una invitación, en especial, para los profesionales de la salud mental chilena a abrirse a una nueva forma de hacer terapia que intenta renacer al ser humano que está detrás de estos trastornos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anzieu, D. (1993). *El cuerpo de la obra: Ensayos psicoanalíticos sobre el trabajo creador* (pp. 15- 101). México, D. F: Siglo Veintiuno Editores (Orig.1981).
2. Araya, C. Correa, V., Sánchez, S. (1990). *La expresión plástica: potencialidades y aplicaciones como herramienta psicoterapéutica*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM- IV). Barcelona: Autor.
4. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*, Cuadernos Técnicos N° 6. Edición Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid.
5. Barquero, M. (2002, Marzo 25). Talleres de artes plásticas para terapias de enfermos mentales. *Solidaridad Digital. El Diario de la Discapacidad*. Extraído el 20 Enero, 2006, de <http://solidaridaddigital.discapnet.es/pg020325/internacional/MBR02032501.htm>
6. Bleichmar, N. & Leiberman de Bleichmar, C. (1997). Winnicott. El papel de la madre real, ilusión, sostén, objeto transicional. En N. Bleichmar & C. Leiberman de Bleichmar, *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica* (pp. 261- 285). México, D.F.: Editorial Paidós Mexicana, S.A.
7. Charlton, S. (1987). La terapia artística en sujetos de largo internamiento en hospitales psiquiátricos. En T. Dalley (Dir.), *El arte como terapia* (pp. 259- 282). Barcelona: Editorial Herder (Orig. 1984).
8. Dalley, T. (1987). Introducción. En T. Dalley (Dir.), *El arte como terapia* (pp. 13- 35). Barcelona: Editorial Herder (Orig. 1984).

9. De la Llera, E. & Guilbert, W. (2000). Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud [Versión electrónica]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 3(16), 285- 294.
10. Denvir, B. (1975). *El Fauvismo y El Expresionismo*. Barcelona: Editorial Labor, S. A.
11. Dewey, J. (1949). *El arte como experiencia*. México, D. F: Fondo de Cultura Económico (Orig. 1934).
12. Dick, T. (2001). Brief group art therapy for acute psychiatric inpatients [Versión electrónica]. *America Journal of Art Therapy*, 4(39), 108- 112.
13. Estudio longitudinal de primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes [Resumen]. Extraído el 28 Noviembre, 2006, de http://pi.rediris.es/PI_files/frame_principal.html
14. Figueroa, G. (2006). Comentario de libros (Introduction to supportive psychotherapy, A. Winston, R. Rosental, H. Pinsky; Handbook of integrated short- term psychotherapy, A. Winston, B. Winston) [Versión electrónica]. *Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría*. 1(44), 52- 53.
15. Fuller, P. (1987). Prólogo. En T. Dalley (Dir.), *El arte como terapia* (pp. 9- 11). Barcelona: Editorial Herder (Orig. 1984).
16. Goldie, I. (2006). Creative connections. *Mental Health Today*, Marzo, 27- 29. Extraído el 20 Octubre, 2006, de la base de datos de ProQuest.
17. Greenwood, H. (1997). Psychosis and the maturing ego. En K. Killick & J. Schaverien (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis* (pp. 106- 127). London: Routledge.
18. Grube, M. (2002). Tolerance of ambiguity, art therapy and psychiatric illness. *Psychiatric Prax*, 29(8), 431- 437. Abstract extraído el 17 Agosto, 2006, de la base de datos de Medline.

19. Henzell, J (1987). Arte, psicoterapia y sistema de símbolos. En T. Dalley (Dir.), *El arte como terapia* (pp. 55- 73). Barcelona: Editorial Herder (Orig. 1984).
20. Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1991). Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En R. Hernández, C. Fernández & P. Baptista (Comp.), *Metodología de la Investigación* (pp. 57- 73). Edo. de México: Editorial McGraw- Hill Interamericana México, S.A. de C.V.
21. Jiménez, J. P. (2005), El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. En R. Riquelme & E. Thumala (Eds.), *Avances en psicoterapia y cambio psíquico* (pp. 89- 107). Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental.
22. Killick, K. (1997). Unintegration and containment in acute psychosis. En K. Killick & J. Schaverien (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis* (pp. 38- 51). London: Routledge.
23. Kramer, E. (1982). Introducción a la terapia a través del arte. En E. Kramer, *Terapia a través del arte en una comunidad infantil* (pp. 23- 35). Buenos Aires: Editorial Kapelusz (Orig. 1958).
24. Lakeman, R. (2006). Adaptating psychoterapy to psychosis. *Australian e- Journal for the Advancement of Mental Health*, 5, Artículo 4. Extraído el 10 Enero, 2007, de <http://www.auseinet.com/journal/vol5iss1/lakeman.pdf>
25. Malpartida, D. (2003). Psicoanálisis a través del arte: Un presente por venir [Versión electrónica]. *Revista Actualidad Psicológica*, 305, 20- 32.
26. Malpartida, D. (2005). Psicoterapia psicoanalítica a través del arte y cambio psíquico. En R. Riquelme & E. Thumala (Eds.), *Avances en psicoterapia y cambio psíquico* (pp. 209- 227). Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental.
27. Marinovic, M. (1994). Las funciones psicológicas de las artes. *Letras De Deusto*, 62, 199- 207.

28. Maslow, A. (1989). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Buenos Aires: Troquel (Orig. 1968).
29. Odell- Miller, H., Hughes P. & Westacott, M. (2006). An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems. *Psychotherapy Research*, 1(16), 122- 139.
30. Organización Mundial de la Salud (2001). Resolver los problemas de la salud mental [Versión electrónica]. En Organización Mundial de la Salud (Ed.), *Informe sobre la salud en el mundo 2001* (pp. 47- 73). Ginebra: Editor.
31. Paín, S. (1995). *Una psicoterapia por el arte: teoría y técnica*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión SAIC.
32. Pellizari, P. (1999). El proceso creador, una alternativa preventiva y clínica (Artículo 1, Septiembre). Extraído 15 Noviembre, 2005 del sitio Web de Casa de las Terapias de Arte: <http://www.terapiasdearte.perucultural.org.pe/arti1.htm>
33. Poch, J. & Avila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. España: Paidós Ibérica.
34. Prado, S. & Gómez, J. (2001). Criterios para abrir fronteras. Extraído el 5 Septiembre, 2006 del sitio Web de Universidad SEK: http://www.uisek.cl/SEK_Lauga/debate_web_1.pdf
35. Psicosis: diagnóstico, etiología y tratamiento. (2003). Extraído el 8 de Julio, 2006 de <http://www.apsique.com/tiki-index.php?page=CliniPsicosis>
36. Reyes, P. (2003). Arte terapia grupal: una revisión de sus enfoques y sus aplicaciones con trastornos severos. En L. Rehbein (Comp.), *Aportes y desafíos desde la práctica psicológica* (pp. 223- 237). Santiago de Chile: RIL editores.
37. Riquelme, R. (2005). Sueños e indicadores de cambios en el contenido manifiesto, en el proceso psicoanalítico. En R. Riquelme & E. Thumala (Eds.), *Avances en*

- psicoterapia y cambio psíquico* (pp. 171- 174). Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental.
38. Ruddy R. & Milnes D. (2006). Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia [Versión electrónica]. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4, 1-21.
39. Schaverien, J. (1997). Transference and transactional objects in the treatment of psychosis. En K. Killick & J. Schaverien (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis* (pp. 13- 37). London: Routledge.
40. Seth- Smith, F. (1997). Four views of the image. En K. Killick & J. Schaverien (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis* (pp. 84- 105). London: Routledge.
41. Taylor, S. & Bogdan, R. (1994). Capítulo 1: Introducción. Ir hacia la gente. En S. Taylor & R. Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 15- 27). Buenos Aires: Editorial Paidós.
42. Vassiliadou, M. (2001). *La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos. Arte terapia y esquizofrenia*. Tesis Doctoral, Facultad de Bellas Artes, Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
43. Winnicott, D. (2000). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: Gedisa Editorial (Orig. 1971).
44. Wood, C. (1997). The history of art therapy and psychosis (1938- 95). En K. Killick, J. Schaverien (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis* (pp. 144- 173). London: Routledge.
45. Wood, C. (2002). Making art therapy visible [Abstract]. En British Association of Art Therapists (Ed.), *Theoretical advances of art therapy conference 2002 (TAoAT)*. Extraído el 28 de Marzo, 2006 de http://www.baat.org/taoat/wood_2002.html

APÉNDICE

Cuadro 1. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, según DSM IV (APA, 1995)

ESQUIZOFRENIA. Criterios diagnósticos	OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS. Criterios diagnósticos
<p><u>Esquizofrenia:</u></p> <p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ideas delirantes 2. alucinaciones 3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) 4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado 5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia <p>Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.</p>	<p><u>Trastorno Esquizofreniforme:</u></p> <p>A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.</p> <p>B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin características de buen pronóstico - Con características de buen pronóstico: indicadas por dos (o más) de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> 1. inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras 4 semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual 2. confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico 3. buena actividad social y laboral premórbida 4. ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos

<p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p> <p>Clasificación del curso longitudinal:</p> <p><i>Episódico con síntomas residuales interepisódicos</i> (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados</p> <p><i>Episódico sin síntomas residuales interepisódicos:</i> Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación): especificar también si: con síntomas negativos acusados</p> <p><i>Episodio único en remisión parcial:</i> especificar también si: con síntomas negativos acusados</p> <p><i>Episodio único en remisión total</i></p> <p><i>Otro patrón o no especificado</i></p> <p>Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa</p>	
<p><u>Esquizofrenia de tipo paranoide:</u></p> <p>A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.</p> <p>B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.</p> <p>Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:</p> <p>.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos</p> <p>.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos</p> <p>.x0 Continuo</p> <p>.x4 Episodio único en remisión parcial</p> <p>.x5 Episodio único en remisión total</p> <p>.x8 Otro patrón o no especificado</p> <p>.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa</p>	<p><u>Trastorno esquizoafectivo:</u></p> <p>A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.</p> <p>Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.</p> <p>B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.</p> <p>C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.</p> <p>D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.</p> <p>Codificación basada en tipo:</p> <p>.0 Tipo bipolar: si la alteración incluye un episodio</p>

	<p>maniaco o mixto (o un episodio maniaco o mixto y episodios depresivos mayores) .1 Tipo depresivo: si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores</p>
<p><u>Esquizofrenia de tipo desorganizado:</u></p> <p>A. Predominan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. lenguaje desorganizado 2. comportamiento desorganizado 3. afectividad aplanada o inapropiada <p>B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.</p> <p><i>Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:</i></p> <p>.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos</p> <p>.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos</p> <p>.x0 Continuo</p> <p>.x4 Episodio único en remisión parcial</p> <p>.x5 Episodio único en remisión total</p> <p>.x8 Otro patrón o no especificado</p> <p>.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa</p>	<p><u>Trastorno delirante:</u></p> <p>A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.</p> <p>B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia.</p> <p><i>Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.</i></p> <p>C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.</p> <p>D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.</p> <p>E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.</p> <p><i>Tipo (en base al tema delirante que predomine):</i></p> <p>Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.</p> <p>Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa.</p> <p>Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel.</p> <p>Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma.</p> <p>Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.</p> <p>Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.</p> <p>Tipo no especificado</p>

<p><u>Esquizofrenia de tipo catatónico:</u></p> <p>Cuadro clínico que está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <p> inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o estupor</p> <p> actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)</p> <p> negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a todas las órdenes o mantenimiento de una postura rígida en contra de los intentos de ser movido) o mutismo</p> <p> peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas (adopción voluntaria de posturas raras o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas</p> <p> ecolalia o ecolpraxia</p> <p><i>Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:</i></p> <p>.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos .x0 Continuo .x4 Episodio único en remisión parcial .x5 Episodio único en remisión total .x8 Otro patrón o no especificado .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa</p>	<p><u>Trastorno psicótico breve:</u></p> <p>A. Presencia de uno (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ideas delirantes 2. alucinaciones 3. lenguaje desorganizado (p. ej., disperso o incoherente) 4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado <p>Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido.</p> <p>B. La duración de un episodio de la alteración es de al menos 1 día, pero inferior a 1 mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad.</p> <p>C. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p><i>Codificación según tipos:</i></p> <p>.81 Con desencadenante(s) grave(s) (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.</p> <p>.80 Sin desencadenante(s) grave(s): si los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>De inicio en el posparto: si el inicio se produce en las primeras 4 semanas del posparto</p>
<p><u>Esquizofrenia de tipo indiferenciado:</u></p> <p>Están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.</p> <p><i>Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:</i></p> <p>.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos .x0 Continuo</p>	<p><u>Trastorno psicótico compartido:</u></p> <p>A. Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.</p> <p>B. La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.</p> <p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga, un</p>

<p>.x4 Episodio único en remisión parcial</p> <p>.x5 Episodio único en remisión total</p> <p>.x8 Otro patrón o no especificado</p> <p>.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa</p>	<p>medicamento) o a una enfermedad médica.</p>
<p><u>Esquizofrenia tipo residual:</u></p> <p>A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.</p> <p>B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el Criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito:</p> <p>.x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos</p> <p>.x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos</p> <p>.x0 Continuo</p> <p>.x4 Episodio único en remisión parcial</p> <p>.x5 Episodio único en remisión total</p> <p>.x8 Otro patrón o no especificado</p> <p>.x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa</p>	<p><u>Trastorno psicótico debido a enfermedad médica:</u></p> <p>A. Alucinaciones o ideas delirantes acusadas.</p> <p>B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.</p> <p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p> <p>D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.</p> <p>Código basado en síntoma predominante:</p> <p>.2 Con ideas delirantes: si predominan las ideas delirantes.</p> <p>.0 Con alucinaciones: si predominan las alucinaciones.</p> <p>Nota de codificación: Si, como parte de una demencia previa, se presentan ideas delirantes, indicar las ideas delirantes codificando, si es posible, el subtipo de demencia, por ejemplo, F00.11 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío, con ideas delirantes [290.20].</p>
	<p><u>Trastorno psicótico inducido por sustancias:</u></p> <p>A. Alucinaciones o ideas delirantes. Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.</p> <p>B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia desustancias. 2. el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración. <p>C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave,</p>

	<p>o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).</p> <p>D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.</p> <p>Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.</p> <p>Código para el trastorno psicótico inducido por sustancia específica:</p> <p>F10.51 Alcohol, con ideas delirantes [291.5] F10.52 Alcohol, con alucinaciones [291.3] F16.51 Alucinógenos, con ideas delirantes [292.11] F16.52 Alucinógenos, con alucinaciones [292.12J] F15.51 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con ideas delirantes [292.11] F15.52 Anfetamina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12] F12.51 Cannabis, con ideas delirantes [292.11] F12.52 Cannabis, con alucinaciones [292.12] F14.51 Cocaína, con ideas delirantes [292.11] F14.52 Cocaína, con alucinaciones [292.12] F19.51 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) con ideas delirantes [292.11] F19.52 Fenciclidina (o sustancias de acción similar), con alucinaciones [292.12] F18.51 Inhalantes, con ideas delirantes [292.11] F18.52 Inhalantes, con alucinaciones [292.11] F11.51 Opiáceos, con ideas delirantes [292.11] F11.52 Opiáceos, con alucinaciones [292.12] F13.51 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con ideas delirantes [292.11] F13.52 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, con alucinaciones [292.12] F19.51 Otras sustancias (o desconocidas), con ideas delirantes [292.11] F19.52 Otras sustancias (o desconocidas), con alucinaciones [292.12]</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.</p> <p>De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.</p>
--	--