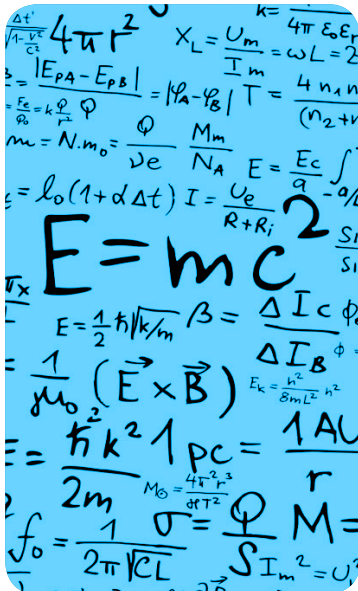
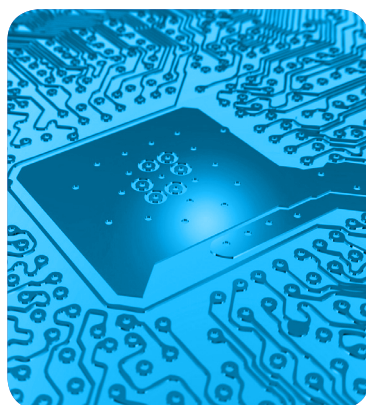
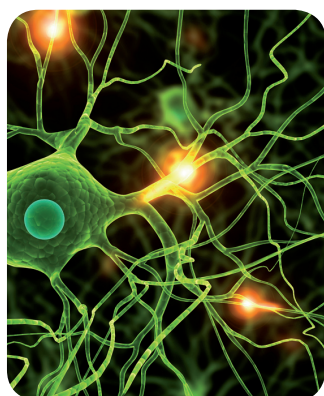




MÁSTERES de la UAM

Facultad de Formación de
Profesorado y Educación /11-12

Máster en Arteterapia
y educación artística
para la inclusión social



**La puerta del mundo
y sus ventanas:
Arteterapia como
vía de trabajo en el
abordaje de los sín-
tomas negativos**
Paula Güntzel

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. MARCO TEÓRICO:.....	10
2.1. Primera parte.	10
Recorrido histórico. Desde la construcción social de la locura hasta la reforma psiquiátrica.	10
2.1.1. Historia del al locura.....	10
2.1.2. El inicio de los estudios sobre la esquizofrenia	13
2.1.3. El surgimiento del Psicoanálisis.....	18
2.1.4. El surgimiento del Art Brut y Outsider Art	19
2.1.5. Los primeros pasos del Arteterapia	21
2.1.6. La Reforma Psiquiátrica.....	23
2.2. Segunda parte:.....	27
2.2.1. Esquizofrenia	27
2.2.2. Sintomatología Negativa.....	30
2.3. Tercera parte:.....	38
2.3.1. Arteterapia y Síntomas Negativos.....	38
3. INVESTIGACIÓN	48
3.1. Introducción.....	48
3.2. Diseño de la investigación	48
3.2.1. Pregunta de Investigación.....	48
3.2.2. Tipo de estudio de caso	48
3.2.3. Objetivos de la investigación	50
3.3. Desarrollo metodológico.....	50
3.3.1. Selección de los sujetos:.....	50
3.3.2. Técnica de recogida de información:	50
3.3.3. Instrumentos de recogida de información:	50
3.3.4. Validación de los resultados:	51
3.3.5. Protección de datos:.....	51
3.4. Intervención: Análisis de la realidad.....	51
3.4.1. Descripción de la Entidad.....	51
3.4.2. Objetivos y ámbitos en los que trabaja	51
3.4.3. Actividades que realizan.....	52
3.4.4. Descripción del lugar donde se imparte el Taller de Arteterapia y materiales.	53
3.5. El Taller de Arteterapia	53
3.5.1. Programa y Experiencias Anteriores.....	53
3.5.2. Descripción del Colectivo	53
3.5.3. Objetivos del Taller de Arterapia.....	54
3.5.4. Metodología de la Intervención Arteterapeutica	54
3.5.5. Instrumento de Recogida de Datos.....	55

3.5.6. El Encuadre	55
3.6. Estudio de Caso	57
3.6.1. Historia de M.L.....	57
3.6.2. Descripción y Análisis de las Sesiones	59
4. CONCLUSIONES	94
BIBLIOGRAFIA	97
ANEXOS	101

Todo mundo deve inventar alguma coisa, a criatividade reúne em si várias funções psicológicas importantes para a reestruturação da psique. O que cura, fundamentalmente, é o estímulo a criatividade.

Nise da Silveira

“El ser humano se habita y habita el mundo a través de sus creaciones. Habitar el mundo es saberse yo, reconocer al otro y buscar, a través de la incursión del trazo, la mirada, el cuerpo en movimiento articulando marcas, un modo de interacción con el entorno y los otros: dándose presencia, separándose y uniéndose, perdiéndose y encontrándose, asumiendo lo existente pero interaccionando activamente en él, inscribiéndose en el espacio de la complejidad que es el vivir.

Márian López Fernández Cao y Noemí Martínez.

AGRADECIMIENTOS

A M.L. por su generosidad y de quien he aprendido mucho.

A César, por estar presente en todos los momentos.

A mis compañeros del Máster por el apoyo incondicional. En especial quería agradecer a Eduardo Jiménez, Pamela Martínez, Sofia Martin Garrido, Laura Carmona, Pablo Angel, Cristina Hernández Riesgo, Bertha de la Dehesa y

Mar Cobos Medina.

Por su generosidad, paciencia y dedicación.

Habeis sido mi red de afectos y mi sostén.

A mi tutora Ana Mampaso, por su confianza y ayuda.

RESUMEN/ABSTRACT

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y cuya prevalencia está estimada en 1% de la población. Los avances en la psicofarmacología han cambiado el rumbo del tratamiento de la esquizofrenia, sin embargo, la sintomatología negativa no presenta cambios significativos. Cuando no es tratada, afecta la capacidad de trabajo, de relacionarse con los demás, de establecer vínculos emocionales, es decir, afecta la posibilidad de una adecuada rehabilitación psicosocial y laboral. Por este motivo cada vez más se busca desarrollar abordajes terapéuticos que sean eficaces. En el presente Trabajo de Fin de Máster se pretende exponer, un estudio de caso de una usuaria participante del taller de Arteterapia realizado durante el período de prácticas del Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. El objetivo de este estudio es analizar si el arteterapia es una vía de trabajo eficaz en el abordaje de esta sintomatología. En la primera parte del trabajo se hará un recorrido histórico desde la construcción social de la locura hasta la reforma psiquiátrica, pasando por los primeros estudios sobre la esquizofrenia, el inicio del psicoanálisis, el Art Brut y los primeros pasos del arteterapia. En la segunda parte, se acercará a la esquizofrenia y la sintomatología negativa, para continuar con la justificación del uso del arteterapia como vía de trabajo en el abordaje de la sintomatología negativa. Finalmente, se presentara la descripción y el análisis de las sesiones más significativas a través de indicadores creados para este caso y del marco teórico. Se presentarán resultados de la investigación.

Palabras Claves: Arteterapia, sintomatología negativa, esquizofrenia

ABSTRACT

Schizophrenia is one of the most common psychiatric disorders and its prevalence, is estimated at 1% of the population. Advances in psychopharmacology have changed the course of treatment of schizophrenia, however, the negative symptomatology doesn't present significant changes. When left untreated, affects the ability to work, interact with others, to establish emotional relationships, affects the possibility of adequate psychosocial rehabilitation and employment. That is why more and more are looking to develop effective therapeutic approaches. In this final master work

intended to exhibit, a case study of a art therapy workshop participant made during the probationary period of the master of art therapy and art education for social inclusion. The objective of this study is analysing whether art therapy is a way of effective work in addressing these symptoms. In the first part of the work will be done from a historical social construction of madness to the psychiatric reform, through the first studies on schizophrenia, the beginning of psychoanalysis, art brut and the first steps art therapy. In the second part, it will come to schizophrenia and negative symptoms, to continue justifying the use of art therapy as a way to work in addressing negative symptoms. Finally, we present a description and analysis of the most significant sessions, through indicators created for this event and the theoretical framework. Will present research results.

Keywords: art therapy, negative symptoms, schizophrenia

1. INTRODUCCIÓN

Todavía en la actualidad, hablar de enfermedad mental y particularmente de la esquizofrenia, sugiere tocar una serie de temas que aún no están del todo resueltos. La población en general, y lamentablemente algunos profesionales de la salud, tienden a crear una imagen estereotipada de las personas que padecen de esquizofrenia y creen en conceptos erróneos (esquizofrenia es intratable, está relacionado con la violencia, el “contagio” de la locura, debilidad del carácter, no tiene capacidad para informar sobre lo que le pasa, etc.) que dan lugar a una grave discriminación que dificulta la recuperación y inserción social de estas personas.

Para un exitoso proceso de recuperación de la persona que tiene esquizofrenia, además de luchar contra la estigmatización, es fundamental ofrecer un tratamiento adecuado para ésta. Sabemos que los psicofármacos apenas inciden sobre la sintomatología negativa de esta enfermedad y es por este motivo que hay que encontrar otras vías de tratamiento, que reconozca en el sujeto, su potencialidad, habilidades y singularidad.

Este estudio sobre la sintomatología negativa tiene un aporte de varios investigadores que apuntan hacia la capacidad de la persona para trabajar, relacionarse y afirman que la capacidad de cuidar de sí misma durante la remisión depende en gran parte de la gravedad de los síntomas negativos residuales. Estos síntomas afectan a la capacidad de trabajo, de relacionarse con los demás, de establecer vínculos emocionales, es decir, afectan la posibilidad de una adecuada rehabilitación psicosocial y laboral.

En esta investigación se pretende, por un lado, profundizar los conocimientos sobre la enfermedad y más específicamente la sintomatología negativa de la misma y conocer los tratamientos actualmente utilizados para afrontarlos. Se busca conocer también las vías de trabajo que se centren en la salud y no en la enfermedad, que rescate las potencialidades del sujeto, y que permita que el sujeto descubra en sí sus recursos y capacidades para afrontar esta sintomatología.

Por otro lado, se busca profundizar sobre el papel del arteterapia en este proceso de rehabilitación, intentando comprender la diferencia con respecto a otras técnicas terapéuticas y que puede aportar como vía de trabajo en el tratamiento de esta sintomatología.

La presente investigación expone un estudio de caso realizado a lo largo del proceso de prácticas del Máster Interuniversitario de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social en una Unidad de Media Estancia (dispositivo que forma parte de la red de salud mental), con un colectivo de personas que padecen de enfermedades mentales. Para este estudio se tomará solo uno de los casos, y se analizará los cambios que ha presentado esta usuaria en relación a la sintomatología negativa. Este análisis se hará a partir de sesiones que se consideran significativas para esta investigación.

El estudio propuesto tiene una relevancia teórica en el sentido de que las conclusiones a que llegará, ayudará a comprender la realidad de la sintomatología negativa y sus implicaciones en la vida del sujeto. Además, podremos hacer una reflexión sobre el arteterapia como una vía de trabajo en el abordaje de esta sintomatología y si el arteterapia ha contribuido para un proceso de transformación de esta participante.

Esta investigación se inserta dentro de la metodología cualitativa, pues esta es una metodología que produce datos descriptivos, como las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

Para finalizar, los datos encontrados en esta investigación se reunirán en las conclusiones a fin de responder el objetivo general de este estudio.

2. MARCO TEÓRICO:

2.1. Primera parte.

Recorrido histórico. Desde la construcción social de la locura hasta la reforma psiquiátrica.

2.1.1. Historia del al locura

Modificar una palabra no significa quitarle el peso del prejuicio, miedo, contradicciones y desconocimiento que lleva. Empezar a utilizar la palabra *enfermedad mental* en el lugar de *locura*, ha sido un intento para borrar el estigma que tiene la palabra locura. Sin embargo, pese a que se cambie los términos, si no hay un cambio en nuestra mirada, podemos utilizar cualquier otra palabra pero no habrá ningún cambio en la forma de mirar a la persona que tiene una enfermedad mental. Como Basaglia decía, es necesario destruir nuestros *manicomios mentales*. Mientras no se produzca este cambio, en la sociedad cuando alguien recibe el diagnóstico de una enfermedad mental, y más específicamente el de esquizofrenia, estará marcado para siempre con una etiqueta de incapacidad. Dejaremos de verla como persona y pasara a ser un diagnóstico.

Aunque hay especialistas del área de la salud que trabajan con el objetivo de dar a conocer mejor las enfermedades mentales, todavía en nuestra sociedad hay un gran desconocimiento sobre las mismas. Sabemos que se ha avanzado mucho en la lucha contra el estigma, pero todavía hay un largo camino a recorrer. El protagonismo de las personas con una enfermedad mental y de sus familiares ha sido fundamental para que se comenzara un cambio en la mirada sobre la enfermedad mental.

Si nos preguntamos porque existe este miedo y desconocimiento hacia la enfermedad mental, en que momento una persona deja de ser considerada persona y pasa a ser vista como una amenaza, nos tendríamos que remontar a los tiempos de la Edad Media, que es donde empieza el proceso de exclusión en nuestra sociedad. Foucault en su libro “La historia de la locura en la época clásica” (1976) hace un interesante recorrido por la historia de nuestra sociedad. En su libro, nos ayuda a comprender como hemos llegado a crear manicomios con el objetivo de apartar las personas que estaban fuera de los límites de la “normalidad”. Para Foucault, la locura no es una entidad natural, sino una construcción social, ya que en

la antigüedad la locura era comprendida como un producto de la fuerza y de los conflictos humanos que resultaban de la imposición divina o de la ilusión o error en relación a la percepción del mundo. La locura formaba parte del vivir, del estar en el mundo. El proceso de exclusión en nuestra sociedad empieza al final de la Edad Media, donde se colocarán en este lugar a los pobres, los vagabundos, los jóvenes de correccional, y las “cabezas alienadas”. En el Renacimiento surge un nuevo objeto: La Nave de los Locos, que transportaban de una ciudad a otra cargamentos de “insensatos”.

“Ahora la barca ha atracado entre las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca, sino hospital” (Foucault, 1976: 72).

Después de apenas un siglo del surgimiento de la Nave de los Locos aparecen los hospitales para los locos.

Cuando se empieza a generar el discurso sobre la locura, esta pasa a ser considerada una experiencia sin sentido y culminará en el reduccionismo y pasará a ser analizada como enfermedad mental.

Cuando se produce una reforma institucional que separa los asilos de los llamados entonces insensatos de los destinados a otros personajes de la sinrazón, tiene lugar la integración de saberes y técnicas en el espacio del encierro. Sin embargo este primer contacto de la medicina con la locura no puede comprenderse a la luz de la noción de progreso científico o humanitario, sino por una serie de factores completamente ajenos a ella y que Foucault engloba bajo la expresión de *El Gran Miedo*. Estos factores son, básicamente, las oleadas epidémicas y los miedos que provoca en la población la promiscuidad infecciosa atribuida a los internados, la crítica a la gestión y propiedad corporativistas de las instituciones de asistencia, la ideología política pre-revolucionaria, rechazo del encierro indiscriminado dictado por cartas de detención arbitradas exclusivamente por el Rey, y una literatura médica obsesionada con las nociones de contagio y corrupción en medios cerrados.

Esta paulatina medicalización del encierro culmina con la formación del primer discurso psiquiátrico moderno: el alienismo. Foucault nos desvela aquí como estos acontecimientos no se deben a la consecución de un trato mas humanitario hacia los locos, sino que mas bien se trata de una suerte de expiación de una mala conciencia

para con ellos: los acontecimientos exigían una redefinición jurídica del loco para poder justificar su internamiento en un régimen, el que instaura la revolución burguesa francesa, que había proclamado la declaración de los derechos del hombre. Y el discurso médico-psiquiátrico constituye esta justificación, que consiste en decir que se recluye a los locos no como una forma de impedir sus desórdenes y mantener la paz social sino por su propio bien, esto es, como una medida terapéutica indispensable. Así pues, la locura no fue considerada enfermedad hasta finales del XVIII. El encierro como terapia queda simbolizado el momento en que Philip Pinel, en medio de los furores del terror revolucionario, quita las cadenas a los locos encadenados en Bicêtre.

En la era de la Ilustración, se describió la enfermedad psíquica en términos de individuos que debían ser comprendidos y que estaban necesitados de compasión y humanidad. Quería contrarrestar los efectos desmoralizantes del aislamiento y desempleo a través de actividades simples y trabajo, lo que más adelante se denominó como terapia ocupacional (Gleeson y McGorry, 2007: 253).

Para Foucault es en ese espacio donde se constituye la figura del médico como la del “maestro de la locura”. Es ese ejercicio de maestría sobre la locura el que funda una nueva disciplina, una nueva institución y su objeto, respectivamente: la psiquiatría, el hospital psiquiátrico y la enfermedad mental. Es entonces, en el discurso psiquiátrico contemporáneo cuando la locura será denominada enfermedad mental.

No fue la medicina la que definió los límites entre razón y locura, pero desde el siglo XIX, los médicos fueron encargados de vigilar la frontera y protegerla. Allí la denominaron enfermedad mental. La indicación significa interdicción. Así, el espacio del hospital se justifica por el propósito de que para estudiar mejor y tratar el enfermo, es necesario encerrarlo. El poder del médico y de todos aquellos que se agregan al saber del maestro de la locura permitirá producir la realidad de la enfermedad mental, es decir, la producción y clasificación de los fenómenos accesibles al conocimiento, siguiendo el modelo positivista de las ciencias dominantes de la época.

2.1.2. El inicio de los estudios sobre la esquizofrenia

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), es a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con el inicio del ingreso de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas, cuando surgió un enfoque de clasificación más clínico de las enfermedades, que tenía por objetivo aliviar el sufrimiento de estas personas. Es Phillip Pinel que da inicio a este tipo de clasificación, donde propone una clasificación simple, que constaba de cuatro tipos clínicos básicos: 1) manía (todas las enfermedades con excitación aguda o violencia), 2) melancolía (enfermedades depresivas, ideas delirantes con temas limitados), 3) demencia (falta de cohesión de las ideas) y 4) idiotismo (que incluía la demencia orgánica). Jean-Dominique Esquirol continuó con la clasificación simplificada y práctica, e inauguró el estudio científico de datos de tipo estadístico en los centros de salud mental. Fue el primer que introdujo las palabras *remisión* e *interrupción* para describir el curso de la enfermedad mental. Benedict-Augustin Morel fue el primero en describir la enfermedad centrándose en su proceso, que se caracterizaba por un deterioro mental de inicio temprano y que evolucionaba rápidamente.

Emil Kraepelin, a finales del siglo XIX describió un grupo de enfermedades a las que llamó *dementia praecox*. Este termino se había venido utilizando durante varias décadas y la contribución de Kraepelin fue distinguir los trastornos afectivos, de mejor pronóstico como la psicosis maníaco-depresiva, de la psicosis catatónica, hebefrénica y paranoide. Decía que este último grupo evolucionaba habitualmente hacia una demencia precoz, es decir, una disminución crónica de la capacidad mental (Cullberg, 2007).

Eugen Bleuler propuso una reconceptualización de la demencia precoz de Kraepelin, considerándola un trastorno de la función de las asociaciones mentales. Fue Bleuler el que introdujo el término *esquizofrenia* por primera vez en 1911, en un esfuerzo por resaltar la fragmentación del pensamiento o escisión de la mente que el creía que era el aspecto fundamental del trastorno.

“A través del propio término Esquizofrenia, construido a partir de otros dos: *skized*: escindir, y *phrenos*: espíritu, se daba cuenta de algo que venía a ser el denominador común en un conjunto de síntomas generales: *la presencia de una escisión entre pensamiento, emociones y conducta en los pacientes afectados*” (Kaplan, 2003:519).

Bleuler describió las esquizofrenias como un grupo de trastornos con determinados síntomas típicos a los que llamó síntomas fundamentales. Los criterios de Bleuler para el diagnóstico de la esquizofrenia, conocidos como sus “cuatro A” (Alteraciones Asociativas, Alteraciones Afectivas, Ambivalencia y Autismo), configuran los síntomas fundamentales (Cullberg, 2007).

Bleuler restó importancia al curso de la enfermedad, y consideró las ideas delirantes y las alucinaciones como síntomas accesorios, ya que también se observaban en otras enfermedades. Su descripción de la Esquizofrenia subrayaba el papel de los síntomas por déficit y definió a un grupo de pacientes mucho más amplio y heterogéneo, muchos de los cuales estaban menos enfermos que los descritos por Kraepelin (DSM IV, 1997).

La dicotomía curso-estado comenzaba entonces a perdurar entre los que, desde una perspectiva más biologicista, entienden la esquizofrenia como una enfermedad ligada a un proceso y los que, de corte más psicológico la entienden como independiente de un estado. Sin embargo parece que ninguno de los dos ejemplos son suficientes para definirla (Del Río, 2006).

Es a través de la fenomenología que surge el concepto de “síntomas básicos”, que se refiere a experiencias psicológicas subjetivas, descritas por el paciente. La fenomenología resalta el valor de lo que se experimenta o se observa directamente, sin interpretarlo y sin hacer uso de modelos teóricos para comprender el fenómeno. Los síntomas básicos definidos por la fenomenología son:

Alteraciones del Self: Incluyen las dificultades para mantener una identidad cohesionada, sentirse vivo y ser autónomo. Son comunes la desrealización y la despersonalización

Alteraciones de la atención y los procesos de percepción: Se manifiesta como dificultad para concentrarse y llevar a cabo planes.

Alteraciones Cognitivas: Es común la alteración de la concentración. Muchos se quejan de que pensamientos extraños que aparecen de repente sin razón alguna y alteran la concentración o por ser invadidos por una gran cantidad de pensamientos.

Alteraciones de acciones y movimientos: las personas pueden realizar movimientos contra su voluntad, hacer muecas o mover brazos y dedos de una forma concreta.

Cenestesias: Son experiencias corporales breves de debilidad, dolor, calor o entumecimiento. Estas sensaciones pueden constituir la base de una interpretación delirante.

Alteraciones no específicas del sentido del self: Es frecuente en estos casos una marcada sensación de pérdida de energía.

Los síntomas psicóticos consisten en la pérdida de comprensión adecuada de la realidad. Cuando los síntomas básicos son de naturaleza psicótica, contribuyen a un profundo cambio de personalidad ya que, en lugar de experimentarse como extraños al yo, son egosintónicos. Lo que sucede es que la persona pasa de experimentar la perturbadora discontinuidad dentro de sí mismo a interpretarla como una influencia procedente del mundo exterior. La experiencia ante una desintegración inminente del yo, marcada por la ansiedad, ahora se intenta “reparar” y explicar por medio del delirio (Cullberg, 2007).

Otro psiquiatra importante en la definición de la Esquizofrenia fue Kurt Schneider, que pertenecía a la escuela de fenomenología. Éste distinguió entre *síntomas de primer y segundo rango*. Los *síntomas de primer rango* se refieren a la experiencia psíquica donde la integridad se ve alterada. Estos síntomas, consisten en la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento, las voces que hablaban con o sobre la persona y las ideas delirantes de ser controlado externamente. Los *síntomas de segundo rango* serían de menor importancia diagnóstica, se relacionan con delirios tales como sentir que esta siendo observado, escuchar mensajes a través de la radio o la tele. Incluyen perplejidad, estados de ánimo depresivo o maníacos, etc.

Actualmente se sigue intentando encontrar una forma de clasificación que sea más efectiva y la alternativa más aceptada hasta ahora es la dicotomía positivo/negativo. Según esta concepción, los síntomas positivos son excesos o distorsiones del

funcionamiento normal (por ejemplo: ideas delirantes, alucinaciones.), mientras que los síntomas negativos suponen un déficit del funcionamiento normal (por ejemplo: una disminución de la expresión afectiva o verbal y de la motivación). Esta dicotomía se ha mostrado restringida, debido a algunos síntomas como el lenguaje y el comportamiento desorganizado. Estudios más recientes apoyan un modelo trifactorial de la Esquizofrenia: un factor psicótico, un factor desorganizado y un factor negativo (DSM IV, 1997).

Para Kaplan y Sadock (1989), a lo largo de toda la vida el organismo se adapta continua y activamente a los cambios de su medio interno y externo; a lo largo de este proceso de adaptación, el organismo alcanza un estado de equilibrio dinámico en el que se optimizan las variables necesarias para seguir existiendo en esas circunstancias modificadas. La enfermedad aguda puede concebirse como un transito de un estado de equilibrio anterior a un nuevo estado de equilibrio como respuesta a un cambio del entorno. Puede considerarse el síndrome esquizofrénico como un esfuerzo por adaptarse a una experiencia de la realidad interior y exterior altamente modificada.

En torno a la etiopatogenia de la esquizofrenia, existen varias teorías que oscilan desde las aproximaciones más biológicas a las más integradoras. A continuación exponemos un resumen de los modelos biológicos y psicológicos definidos por Ojeda et. al (2009):

Modelo biológico: con los avances que existen hoy en día, muchos científicos plantean que existen factores genéticos que afectarían directamente a nivel cerebral, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático. A partir de esto el tratamiento debería ser biológico haciendo hincapié en los modelos de la genética y bioquímica.

Modelos Psicológicos: este modelo se plantea como incidencia a la enfermedad, los factores ambientales, de aprendizajes o interpersonales. Entre ellos encontramos los modelos conductista, teorías psicodinámicas y teorías sobre la dinámica familiar.

- *Teoría conductista.* Esta teoría explica que uno de los posibles factores que podría estar afectando a la persona que padece esquizofrenia, sería la de un aprendizaje familiar “desadaptativo”. Donde los progenitores, a través de modelos inapropiados de enseñanza, “educan” a sus hijos a través del castigo-refuerzo. Así como también a través de las propias reacciones inapropiadas, irracionales, de actuar y de pensar,

de sus progenitores, los niños desarrollarían su vida en este entorno de experiencias desestructurantes, provocándose en ellos una serie de contradicciones y rechazos, y finalmente aprehendiendo a ver, a percibir y vivir en el mundo con muy pocas herramientas positivas.

- *Teoría Psicodinámica*. Otros teóricos basan sus explicaciones, así como lo denominaba Freud (1937) en que la esquizofrenia se basaría en fijaciones del desarrollo que se producirían antes de la aparición de la psicosis. De esta manera lo que se vería afectado y desintegrado sería el yo, donde al no estar establecido, ni madurado afectaría a la percepción que el sujeto tiene de su realidad y de su entorno. Para Klein, “el esquizofrénico en potencia abusa del alejamiento, la escisión y la identificación proyectiva. Nunca superan la posición depresiva, permaneciendo fijados en lo paranoide, y es a la situación a la que regresan posteriormente en situaciones de estrés” (Klein en Ojeda, 2009: 27).

- *Dinámica Familiar*, este modelo aportaría la interacción primordial que existiría entre familia-ambiente. Donde los patrones de comunicación y de relación dentro del sistema familiar, serían decisivos en la enfermedad.

Pese a toda la importancia de un correcto diagnóstico de las enfermedades mentales, no podemos olvidar que estamos delante de una persona, que tiene su historia, sus características y sus potencialidades. Dos personas con un mismo diagnóstico serán distintas, pueden tener síntomas parecidos, pero el significado de los síntomas será muy distinto para cada una de ellas, ya que los síntomas tienen una relación directa con nuestro existir, con nuestras vivencias y experiencias. Tenemos que estar muy atentos para no estandarizar una intervención. Cada intervención debe ser única y dirigida hacia una persona. Lo que funciona para uno no significa que servirá para otra persona.

“Cualquier tratamiento útil para ciertos pacientes sería inútil o incluso perjudicial para otros. Ninguna intervención de tratamiento ayudará a todos los pacientes. La heterogénea naturaleza del síndrome sugiere la probabilidad de que los tratamientos útiles difieren significativamente” (Kaplan y Sadock, 1989).

2.1.3. El surgimiento del Psicoanálisis

A finales del siglo XIX Charcot y Freud estudian la histeria y eso marca para siempre el destino de Freud. En las investigaciones iniciales, Freud tuvo la colaboración de Joseph Breuer, donde profundizan el estudio sobre la histeria y publican un trabajo donde establecen una relación entre la patogenia de la histeria común y la de la neurosis traumática. El gran logro de Freud fue crear una técnica, un método de investigación que podía explorar una amplia gama de fenómenos mentales poco comprendidos antes de su época. El psicoanálisis empezó a extenderse hacia la comprensión de los sueños, de la creatividad, del humor y de la psicopatología de la vida cotidiana. Fue entonces cuando nació el psicoanálisis (Kaplan y Sadock, 1989).

Es en la década de los 50 cuando el psicoanálisis pasa a ocupar un importante papel en el tratamiento de la psicosis. Las instituciones dedicadas a la formación psicoanalítica crecieron significativamente en las décadas de los 60 y de los 70. El psicoanálisis pasó a formar parte de la formación en Psiquiatría y Psicología en Estados Unidos y los que querían ejercer la psiquiatría, iniciaban frecuentemente un psicoanálisis personal. A las personas con esquizofrenia se les aplicaba cada vez con más frecuencia, terapia de orientación psicoanalítica aunque principalmente fuera del sector público. Los tratamientos psicoterapéuticos y médico-farmacológicos en esta época competían entre sí, en lugar de integrarse como un todo. Con el tiempo se sobrestimaron los beneficios de la terapia psicoanalítica, generando un estancamiento clínico y una creciente frustración. Internacionalmente creció el interés por el desarrollo de la psicofarmacología junto con intervenciones breves de orientación conductual (Cullberg, 2007).

Nos parece interesante destacar que el psicoanálisis tuvo un papel importante en el inicio del interés por el arte de los enfermos mentales. El descubrimiento del inconsciente ha sido determinante en la evolución tanto del arte como del artista. Las técnicas del psicoanálisis fueron tomadas por los artistas como formas de conexión con el mundo interior que dieron como resultado diversas formas de acción y expresión, donde lo no consciente pudiera fluir. El surgimiento del psicoanálisis permite a artistas y psiquiatras dar sentido a las obras creadas por los enfermos mentales. Los artistas encuentran en el psicoanálisis una topología sobre la que

articular sus propios postulados y los psiquiatras encuentran en la vida y la obra de los artistas elementos que necesitan para explicar sus teorías (Del Río, 2006).

A partir del interés por la forma con que los enfermos mentales se expresaban a través del arte, se desarrolló un nuevo movimiento artístico donde el foco estaba en las producciones de los internos psiquiátricos. Este movimiento es conocido por Art Brut o Arte Outsider.

2.1.4. El surgimiento del Art Brut y Outsider Art

Es a finales del siglo XIX, cuando surgen las primeras relaciones entre arte y enfermedad mental, debido a un cambio en la concepción del arte. Se empieza a valorar la creatividad y a relacionarla con la enfermedad mental.

También en esta época comenzó el estudio de los dibujos y pinturas de los enfermos mentales, con el objetivo de encontrar ciertos signos visuales que permitieran la elaboración de tipologías de dibujos de esquizofrénicos y sus síntomas patológicos. César Lombroso es pionero en describir las características de los dibujos de los enfermos mentales como elementos sujetos a una taxonomía. A finales del siglo XIX los psiquiatras se mostraron interesados en la producción plástica de los enfermos mentales, facilitaron su producción, los coleccionaron y estudiaron (López Fernández Cao y Martínez, 2006).

García Muñoz (2010), explica que es en el romanticismo cuando se empieza la valoración creativa de los enfermos mentales. Como si fuera el único en posesión de la verdadera visión sobre las cosas. En el siglo XX, la Vanguardia acoge estas ideas y algunos autores relacionados con la enfermedad mental se convierten en personajes de culto. Los surrealistas, miran el arte de los enfermos mentales idealizándolos pero también descubren en ellos un verdadero proceso creativo. Éstos procesos, en cierto modo, se aproximan a los ideales del surrealismo.

“La esquizofrenia no hace artistas. La enfermedad es una construcción rígida que se contradice con el diálogo que se crea entre la obra y el artista, pero esa enfermedad puede crear en algunos casos, una necesidad vital de expresar plásticamente aquellos sentimientos del hombre frente al abismo. Es bueno abandonar aquella estetización de la locura de románticos y surrealistas y también la idea de patologización del genio. (...) El arte puede contribuir a la estabilización de la personalidad y facilita un contacto mínimo con el ambiente. (...) Lo que sería un juguete para el niño, sería una actividad artística para el adulto” (Hernández Merino, 2005, p. 15).

La historia del arte *outsider* comienza cuando los psiquiatras y más tarde los artistas se interesaron por el arte realizado por enfermos mentales. En 1922, Hans Prinzhorn, publicó *Bildnerei der Geisteskranken*, donde recoge las obras producidas por enfermos mentales, principalmente esquizofrénicos, analizadas desde una perspectiva no psiquiátrica. Prinzhorn, intenta relacionar el arte de algunos alienados con algunas corrientes artísticas de su época. Pone en evidencia la *Gestaltung*, la fuerza imparable que empuja a la creación del psiquismo, que es lo propio de la verdadera obra de arte. Los artistas acogen la obra de Prinzhorn y la libertad que encuentran en la creación de los enfermos mentales. (Klein, 2006a).

Los principales artistas que se interesaron por el arte de los enfermos mentales fueron André Breton y Jean Dubuffet. Este último, en 1945, creó el término *Art Brut* para nombrar las creaciones plásticas de los enfermos mentales. Con el tiempo se va matizando este término y países como Francia e Inglaterra utilizan otros términos. Por este motivo, en 1972, el historiador inglés Roger Cardinal propone un concepto semejante, pero más amplio y que se define como *outsider art*. Se suele decir que el *art brut* es más autorreferencial y introvertido y el *outsider art* que tiene un carácter autodidacta y las ganas irresistibles de crear (García Muñoz, 2010).

Desde entonces, se crearon muchas colecciones y museos. Uno de los más significativos es el creado por la psiquiatra Nise da Silvera, en 1973, en la ciudad de Río de Janeiro. El *Museu de Imagens do Inconsciente*, está localizado en el Centro Psiquiátrico Nacional de esta ciudad y tiene una colección que reúne más de 300.000 obras plásticas. Nise da Silveira cambió de manera radical el tratamiento psiquiátrico que se hacía en Brasil de la década de los 40, influyendo de manera significativa en la forma de entender la psiquiatría en Brasil.

En España se realizó en el año de 2009/2010 la exposición *Pinacoteca Psiquiátrica* organizada por la Dra. Ana Hernández, en el Centro Cultural La Nau, de la Universidad de Valencia (Sanz-Aránguez y Del Río, 2010).

Para Klein (2006a), hay una importante diferencia entre arte Brut y el arteterapia. Para el arte Brut, la interacción entre la persona que crea y su creación no es importante, pues el interés principal está en el producto y no en la repercusión de los beneficios de la obra sobre su autor y, en su lógica, lamentan que un artista loco

abandone su originalidad para estar más de acuerdo con los cánones culturales, aunque esto corresponda a una evolución psicológica favorable.

A seguir nos acercaremos al inicio del arteterapia.

2.1.5. Los primeros pasos del Arteterapia

“El arte como terapia busca indagar en el conocimiento interno del ser a través de las emociones estéticas y su expresión, especialmente cuando el ejercicio de la palabra no basta o no es suficiente” (López y Martínez, 2006:13)

El origen de esta nueva disciplina, que al principio se llamaba terapia artística, se encuentra en las teorías de la creatividad, la educación por el arte, los inicios de la psicoterapia de grupo, y por la base teórica de diferentes corrientes psicoterapéuticas. En los años 40, Margaret Naumburg, en EEUU y Edith Kramer en Inglaterra fueron las fundadoras del arteterapia (Menéndez y Del Olmo, 2010).

Para Margaret Naumburg, las técnicas del Arteterapia se basan en la capacidad latente que tiene cada individuo para proyectar sus conflictos interiores en forma de elementos visuales, entonces los pacientes proyectan esas experiencias interiores, ayudándoles a expresarlas verbalmente. Edith Kramer, sin embargo, se centra más en el arte *como* terapia. Para esta autora, lo más importante es la activación de los procesos psíquicos durante la creación y no la interpretación de los mismos.

Gracias al trabajo de estas pioneras el Arteterapia se ha ido reconociendo en todo el mundo. Hay varias tendencias teóricas en el arteterapia. Algunas consideran la actividad plástica como secundaria, mientras que para otras lo importante es la organización del trabajo y el marco que favorece la estructuración consciente de la representación. Esta tendencia, se centra en las posibilidades del proceso creador como tal, en su capacidad de sublimación y de organización metafórica. Pero es tarea de la sesión de arteterapia el reflexionar sobre el proceso: aspectos formales ligados a símbolos personales, y elementos que, pueden ser integrados para la sesión de forma consciente (López Fernández Cao y Martínez Díez, 2006).

Para Klein (2006b), el arteterapia es un acompañamiento a las personas con dificultades, a través de sus producciones artísticas: plástica, música, teatro, literatura y danza.

El autor Coll Espinoza (2006) crea una interesante definición para el arteterapia. El proceso de arte terapia sería como un viaje donde nos desplazaríamos en el vehículo de las emociones con un equipaje ligero, pero lleno de pequeñas cosas que pertenecen a grandes recuerdos. Dice que este viaje nos lleva hacia la conquista de nuevos mundos y nuevos espacios de vida. En Arte Terapia, el viaje de la creación, supone de entrada la adquisición de un “billete” que nos garantiza el viaje: el maquinista, el desplazamiento, la llegada, el recorrido y su aprovechamiento. El billete (la demanda) y el maquinista (el arte terapeuta) nos garantizan y nos sitúan en un espacio de seguridad que nos proporciona un espacio de intimidad.

En este espacio del arteterapia, se desarrolla una relación triangular, entre el participante, el terapeuta y la obra. Es importante crear un espacio potencial donde esta relación se pueda desarrollar, pues es en este espacio donde se dan cita los aspectos más complejos del ser humano en el mundo. Para que este espacio exista, es importante que este dentro de ciertos límites o fronteras, en un marco que lo defina. Un lugar de experiencia distinto a lo cotidiano. El encuadre es fundamental en las sesiones de arteterapia, así como en cualquier terapia, para establecer un marco terapéutico (López Fernández Cao y Martínez, 2006).

En la página de AFIA (Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia) encontramos la siguiente definición:

“El Arteterapia es una disciplina especializada en acompañar, facilitar y posibilitar un cambio significativo en la persona mediante la utilización de diversos medios artísticos: atendiendo a su proceso creativo, a las imágenes que produce y a las preguntas y respuestas que éstas le suscitan. Se trata de una disciplina cuya práctica profesional se apoya por una parte en el conocimiento y la práctica del arte, y por otra en el estudio del desarrollo humano y de las teorías psicológicas. Bajo esta doble perspectiva práctica-teórica, y tomando como punto de partida al individuo, su objetivo es apoyarlo en su desarrollo, utilizando la expresión artística como un canal alternativo de expresión, argumentando más allá del terreno verbal” (AFIA, 2012).

El arteterapia ha evolucionado mucho en los últimos años y hoy ya existe un reconocimiento de la importancia de esta terapia como vía de trabajo que puede ser utilizada en diversos contextos y siempre por profesionales calificados para esta función.

Como explican López Fernández Cao y Martínez (2006), el Arteterapia trabaja con todo lo anterior de un modo muy específico: con cuidado, respeto y libertad. Despliega un tiempo creador y reflexivo, un tiempo estético donde se funden las

emociones, las experiencias, la necesidad de saber de uno y la necesidad de saber del mundo. Un tiempo marcado por la creación, que articula repetición y cambio, atenta al camino pero también a la repetición, aquella sintomática y aquella reparadora. El Arteterapia ocurre en un espacio de posibilidades, por ello espacio potencial, donde todo está por ocurrir. Ocurre en un espacio y tiempo fuera del espacio y el tiempo pero paradójicamente ligado a ambos, ligado a la vida. Articulando la creación y sus procesos dentro del taller, se articula la creación de la vida y sus procesos fuera del taller.

A raíz de estos nuevos descubrimientos terapéuticos unidos a movimientos artísticos y sociales surge una nueva visión de la psiquiatría, que tiene como objetivo liberar a las personas encerradas en los manicomios. Devolverle su dignidad y el derecho de recibir un tratamiento adecuado dentro de la comunidad.

Un grupo de profesionales empieza a cuestionar el poder psiquiátrico, el saber establecido y proponen una nueva vía de cuidado y tratamiento para las personas que tienen una enfermedad mental. Un cuidado que busca el reconocimiento de las potencialidades del ser humano, una nueva manera de entender la “locura”. Lo que se busca es la inclusión social de las personas que padecen una enfermedad mental. Así surge el movimiento de la Reforma Psiquiátrica.

2.1.6. La Reforma Psiquiátrica.

“...éste es el sentido de que pongamos entre paréntesis la enfermedad, que es colocar entre paréntesis la definición y la etiqueta. Lo esencial es tomar conciencia de lo que representa este individuo para mí, cual es la realidad social en que vive, cuál es su relación con esta realidad” (Basaglia, 1972:45).

En el siglo XX, las críticas al modelo psiquiátrico ganan fuerza, ya que en esta época con la reorganización política, económica e institucional, los hospitales psiquiátricos pasan a ser objeto de atención pública, siendo comparados con los campos de concentración. A partir de ese momento surgirá una reorganización de la asistencia médica. Se cuestionará la ética y los ciudadanos lucharán por el derecho a la salud. Estos hechos tendrán influencia en el desarrollo de las instituciones implicadas con el trato de la enfermedad (Carvalho da Silva, 2004).

En los años 30 no había métodos específicos para el tratamiento de la psicosis. De acuerdo con un libro de texto de psiquiatría de esta época, la prioridad del personal era evitar que los pacientes se hiciesen daño o pudieran dañar a los demás. Para tranquilizar a los pacientes se utilizaba opio y sedantes. A partir de la década de los 30 se empieza a utilizar otros métodos médicos y eso aumento el prestigio de los psiquiatras, convirtiendo la psiquiatría en una disciplina especializada comparable con las demás. Las nuevas técnicas eran la inducción de fiebre a través de sangre contaminada con malaria, el coma insulínico, la lobotomía, la terapia convulsiva y la esterilización. La visión simplista de la psicosis como una enfermedad cerebral y la idea de operar o medicar el “órgano enfermo”, justificaba los métodos descritos anteriormente. En esta época no se conocía ni se consideraba los procesos psicológicos y además, las experiencias subjetivas relatadas por los pacientes no eran consideradas fiables (Cullberg, 2007).

El descubrimiento casual, en la década de los 50, por Charpentier de las propiedades neurolépticas de la clorpromacina (anestésico empleado por Laborit junto con dolantina y prometacina como sedante, y posteriormente por Delay y Deniker sola como antipsicótico) supuso el primer paso para un cambio radical en el manejo de la esquizofrenia, mejorando las condiciones de vida y la evolución de la mayoría de los enfermos esquizofrénicos (Chinchilla Moreno, 2000).

Con este psicofármaco la conducta desorganizada desaparecía y disminuían los niveles de violencia y ansiedad, lo que permitió que la mayor parte de los pacientes fuera dado de alta y derivados a algún tipo de cuidado comunitario. Se desarrollaron rápidamente otros compuestos, conocidos como neurolépticos o antipsicóticos que tenían efectos similares a la clorpromazina y que en general eran químicamente similares. El sueño de tratar la enfermedad mental como un modelo médico parecía estar al alcance de la mano. Al principio se utilizaban los neurolépticos con cierta precaución, pero pronto se aumentaron las dosis y a veces paso a ser utilizada de manera descontrolada. Era posible demostrar que el uso regular de la medicación reducía el índice de recaídas. La utilización de los antipsicóticos en altas dosis generaban desagradables efectos secundarios, que eran atenuados con el uso de fármacos para los efectos secundarios. La recomendación era que la persona siguiera con este tratamiento y que los síntomas secundarios eran un mal necesario (Cullberg, 2007).

Sabemos que la medicación neuroléptica es muy importante para el tratamiento de la persona que tiene esquizofrenia, sin embargo, no es suficiente. Actualmente ya existen varios programas de intervención psicosocial que buscan la mejora global del sujeto, cada uno tiene sus puntos positivos, pero no son excluyentes. Tampoco se puede decir que uno es más eficaz que otro, sino que cada persona necesitará de un tipo de atención y los profesionales tienen que estar dispuestos a escuchar a este usuario: conocer su historia, sus deseos, sus motivaciones para a partir de ahí construir con esta persona un plano terapéutico que sea eficaz para él (Chinchilla Moreno, 2000).

Se reconoce que ningún medicamento por sí solo es la panacea, para que una persona que sufre de enfermedad mental pueda recuperarse. Pero también es cierto, que en ocasiones le posibilita continuar su camino hacia la recuperación, junto con una serie de otras medidas apoyadas por equipos multidisciplinarios, que aborden una rehabilitación psicosocial. Es deseable que estos tratamientos sean flexibles y se adapten a las necesidades de cada persona.

Es en este contexto de nuevos descubrimientos sobre la enfermedad mental, su tratamiento y la nueva mirada hacia el paciente, se crea una política de humanización en el espacio hospitalario. La preocupación por el aislamiento de los pacientes y de la terapia en el espacio hospitalario lleva a las prácticas extra hospitalarias.

A finales de la década de los 40, el psiquiatra inglés Maxwell Jones y otros pioneros introdujeron el concepto de “comunidad terapéutica” derivado de la psiquiatría social, en varios hospitales de Gran Bretaña. Se introdujo la terapia de grupo, unida a una estructura más democrática y los pacientes tenían la libertad de participar en la toma de decisiones dentro de la comunidad. El tiempo en que los pacientes permanecían en el hospital debería servir para que aprendiesen más sobre sí mismos y sobre sus relaciones con los otros, esto los ayudaría a estar mejor preparados para su retorno a la sociedad. Este servicio ha servido de referencia a los profesionales de otros países. En cooperación con los servicios sociales se crearon centros de rehabilitación laboral y otras actividades de apoyo. La actitud psiquiátrica social en Europa Occidental se fundamentaba principalmente en las premisas de la psicología social y la dinámica de grupos (Cullberg, 2007).

Franco Basaglia con su eslogan “Destruir los manicomios mentales” inició una importante transformación del sistema sanitario psiquiátrico. Creía que la psiquiatría debería de funcionar fuera de las instituciones, trabajando con los pacientes y sus familias en la comunidad, los cuidados psiquiátricos durante la fase aguda debían prestarse en los hospitales generales. Sus ideas tuvieron una gran repercusión e influencia internacional, sumándose al desarrollo de nuevos métodos de cuidados para los enfermos mentales fuera de las grandes instituciones.

Todo este movimiento ha generado muchos cambios en la sociedad y ha exigido un nuevo modelo de cuidado a las personas que padecen una enfermedad mental, un modelo que esté centrado en la comunidad y que permita a esta persona vivir en sociedad y que sea respetada y reconocida como un individuo con sus potencialidades y sus capacidades.

El psiquiatra Manuel Desviat (2010) resume muy bien este cambio producido en nuestra sociedad. Para este autor, la desinstitucionalización va a exigir un cambio de modelo que involucra necesariamente un cambio en el sistema de salud y en el modelo de sociedad. La reforma desinstitucionalizadora, y el modelo comunitario, se ha convertido desde el inicio del proceso de reforma psiquiátrica en un proceso social complejo, que exige reconstruir conocimientos y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen nuevos sujetos. Un proceso que dinamita las bases conceptuales de una psiquiatría realizada dentro de los muros hospitalarios; de una psiquiatría que entroniza el signo médico y considera la enfermedad como un hecho natural, prescindiendo del sujeto y de su experiencia de vida, promoviendo una práctica unida a la normalización y la disciplina. Un proceso transformador que va a exigir de la sensibilidad política, de la implicación de la comunidad y de un compromiso técnico-ético-político por parte de los profesionales.

2.2. Segunda parte:

2.2.1. Esquizofrenia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y cuya prevalencia está estimada en 1% de la población.

La esquizofrenia constituye un subgrupo heterogéneo de psicosis, que con frecuencia tienen un peor pronóstico. La alteración del sentido del *self* es mucho más profunda que en otro tipo de psicosis y, a su vez, afecta la capacidad para relacionarse y adaptarse al futuro. La delimitación de su definición y diagnósticos varía en función de las diferentes escuelas de pensamiento y sus puntos de vista científicos. Por tanto no existe una frontera claramente definida, como se suele esperar en el mundo de la medicina (Cullberg, 2007).

La esquizofrenia, no hace diferenciación alguna en cuanto a sociedades, culturas o zonas geográficas, así como tampoco en cuanto a la gravedad de la misma. Es una enfermedad que nos impulsa a tener una mirada hacia la persona, a sus experiencias, su historial genético, médico, familiar, cultural, social, y que nos habla directamente de la singularidad con la que se debe mirar, no pudiendo enmarcarla ni generalizarla.

Según el DSM IV, la esquizofrenia es un síndrome de etiología y fisiopatología desconocidas. Los síntomas característicos son heterogéneos y es difícil delimitar la frontera con otros trastornos.

Los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia son la presencia de síntomas característicos (Criterio A), dos o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito): ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos como aplanamiento afectivo, abulia (se refiere a la falta de voluntad o iniciativa) o alogia (empobrecimiento del pensamiento). Sobre la duración el criterio es la persistencia de signos continuos de alteración durante al menos seis meses. Este período debe incluir al menos un 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 del Criterio A.

En el Criterio B se incluye la Disfunción social / laboral: durante una parte significativa del tiempo una o más áreas como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo están por debajo del nivel previo al inicio del trastorno. O cuando el inicio es en la infancia o la adolescencia fracaso en los niveles de rendimiento interpersonal, académico o laboral.

La esquizofrenia se divide en subtipos:

- *Esquizofrenia tipo paranoide*: existe una preocupación frecuente por ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.
- *Esquizofrenia tipo desorganizado*: predominan el lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado, afectividad aplanada o inapropiada.
- *Esquizofrenia tipo catatónico*: El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor, actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos), negativismo extremo o mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas.
- *Tipo indiferenciado*: Un tipo de esquizofrenia que tiene los síntomas de la esquizofrenia general, pero que no cumple los otros.
- *Tipo residual*: Se cumplen los siguientes criterios: A) ausencia de ideas delirantes, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; 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 (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

El diagnóstico de esquizofrenia incorpora frecuentemente una combinación de tres tipos de síntomas: síntomas positivos (*delirios*: falsas creencias y las *alucinaciones*: percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe), síntomas negativos (afecto aplanado, alogía, apatía y dificultades de atención) y síntomas de «desorganización» (que incluyen habla desorganizada, trastorno del pensamiento, conducta desorganizada y falta de atención) (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

La división entre los síntomas positivos y negativos se ha venido utilizando más durante las últimas décadas. Fue el neurólogo John Hughlings-Jackson, hace más de 100 años, que observó en las enfermedades mentales síntomas “deficitarios” *negativos* como la introversión, deterioro del lenguaje y pérdida de la voluntad, así como síntomas “productivos” *positivos* como delirios, alucinaciones y conducta extraña. Para este autor, es fundamental distinguir los síntomas positivos de los negativos, ya que estos últimos son similares a efectos secundarios de la medicación neuroléptica, por lo que debe establecerse una clara distinción entre ellos. Los síntomas negativos también pueden ser consecuencia de un aislamiento prolongado y falta de estimulación, elementos bastante comunes en los pacientes esquizofrénicos. En otras palabras, hay un riesgo de que efectos secundarios del tratamiento o consecuencias sociales de los síntomas puedan ser interpretados como signos de la enfermedad. Incluso la depresión puede ser diagnosticada erróneamente como síntoma negativo (Cullberg, 2007).

Sobre los Síntomas Negativos podríamos decir que, se denominan así por ser consecuencia de la pérdida de facultades previamente adquiridas, alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando y eso afecta a la persona en su totalidad y en todas las áreas en las que se desenvuelve: social, familiar, personal, laboral, etc.

2.2.2. Sintomatología Negativa

¿Qué es la sintomatología negativa?

Falzer et. Al (en Gleeson y Mc Gorry, 2005) hacen un interesante recorrido sobre el estudio de los síntomas negativos. Estos autores dicen que la distinción entre síntomas positivos y negativos se propuso por primera vez en la medicina ne mediados del siglo XIX, sin embargo sólo se ha empezado a emplear en psiquiatría a partir de la década de 70, cuando Strauss y Carpenter introdujeron el concepto de síntomas negativos en la investigación sobre esquizofrenia. Falzer et. al, para hacer este recorrido historico, recopilan varios estudios de diversos autores sobre los síntomas negativos. Muchos investigadores profundizaron los conocimientos sobre la sintomatología negativa para que se pudiera proponer intervenciones más eficaces. Estos esfuerzos produjeron algunas nuevas definiciones, como “esquizofrenia del Tipo I y Tipo II” citada por el autor Crow y “síndrome deficitario”, definida por Carpenter, Heinrichs y Wagman. En la “Esquizofrenia Tipo II” y en el “Síndrome deficitario”, los síntomas negativos persisten a lo largo del tiempo. Otros autores, como Andreasen y Grove, rápidamente se apropiaron de este concepto de Crow de “esquizofrenia positiva versus esquizofrenia negativa” y a través de estudios de análisis factorial posteriores conllevaron la formulación de la visión dimensional de la esquizofrenia como un síndrome complejo en el cual había subtipos positivos, negativos y mixtos. Esta visión dimensional ha promovido la investigación de la función, medida y posible tratamientos de los síntomas negativos.

Estos autores crean la Escala Sindromática de Síntomas Positivos y Negativos de la esquizofrenia (PANSS). Esta escala consta de 30 ítems que evalúan el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva; una dimensional que evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico; y otra categorial que lo clasifica en positivo, negativo o mixto. Esta escala debe ser administrada utilizando la técnica de entrevista semiestructurada o de entrevista estructurada. En la Escala que estudia la sintomatología negativa se registran los siguientes síntomas: afecto embotado, retraimiento emocional, pobre relación, retraimiento pasivo/apatía social, dificultad en el pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y flujo de la conversación y pensamiento estereotipado (Quintero, C. A. Y Alzate, M., 2009).

Estos síntomas disminuyen la capacidad para iniciar o mantener actividades dirigidas a objetivos y conllevan una restricción del interés por las ideas y sucesos del mundo. Además, perjudican el ajuste social y una buena evolución del tratamiento. Sabemos que cuadro clínico tan complejo se complica todavía más debido al carácter exigente del entorno social. Se puede tomar como ejemplo el efecto multiplicador de la sobrecarga y el estigma sobre los síntomas y el curso de la enfermedad, como la sobrecarga que experimentan los familiares y otros cuidadores que se incrementa conforme mayor es la duración y la gravedad de los síntomas, los síntomas negativos persistentes pueden resultar más agotadores que los síntomas positivos. A partir de estos estudios, se cree que el trastorno esquizofrénico con una concentración elevada de síntomas negativos está relacionado con un inicio más temprano e insidioso, un funcionamiento promórbido peor, un funcionamiento a largo plazo más pobre, déficit cognitivos y menos casos de remisión. Los síntomas negativos también predicen unos peores resultados del tratamiento, así como un curso progresivo de deterioro. Existía la creencia de que los síntomas negativos derivaban de la sintomatología positiva, sin embargo, algunos estudios recientes sugieren que es más probable que los síntomas negativos sean los precursores del trastorno psicótico en comparación a los síntomas positivos. Sin embargo sabemos que la mayoría de personas con esquizofrenia tienen una mezcla de síntomas positivos y negativos (Falzer et. al en Gleeson y Mc Gorry, 2005).

Para esta investigación nos ha parecido relevante la definición sobre la sintomatología negativa utilizada por Chinchilla Moreno (2000), donde hace una adaptación de los síntomas negativos propuestos por Andreasen:

- *Aplanamiento Afectivo*: Se manifiesta por que las personas pierden el sentido a la emotividad. Parece que nada los afecta. Se puede observar por ejemplo en su expresión facial inmutable: donde su cara parece congelada por una emoción estática y sin sentido. Escaso contacto visual, permanece con la mirada extraviada, Ausencia de respuesta afectiva o incongruencia afectiva: el afecto expresado es inapropiado.

- *Abulia, Apatía*: la Abulia se manifiesta como una falta de energía, de impulso. La Apatía es la falta de interés. Se manifiesta en: una falta de persistencia en las tareas como el trabajo, los estudios, en el aseo y la higiene personal.

- *Alogia o empobrecimiento de expresión verbal*: Presenta una pobreza del lenguaje. Se deterioran sus respuestas, siendo éstas breves y acotadas, su bagaje expresivo disminuye, así como su lenguaje espontáneo. También se puede observar que aunque las respuestas pueden ser largas, el contenido es pobre.

- *Anhedonia–Aislamiento*: La anhedonia se refiere a la pérdida del interés o el placer por las actividades que antes realizaba o consideraba placenteras. Se siente emocionalmente vacío. No tiene hobbies o actividades que le saquen de su rutina habitual. Tienden a mostrar un decremento de la actividad e interés sexual en función de lo que tendría ser normal según la edad y estado del mismo, puede mostrar incapacidad para crear relaciones próximas e íntimas apropiadas para su edad, sexo y estado familiar, relaciones con amigos y semejantes restringidas. Hacen poco o ningún esfuerzo para desarrollar dichas relaciones.

- *Déficit de atención*: presentan problemas en la concentración y en la atención, siendo éstas por periodos reducidos de tiempo. Se distraen fácilmente, en sus actividades o conversaciones, su contacto visual es disminuido, perdiendo el hilo de la conversación, o acabando con ella bruscamente.

Es fundamental el reconocimiento de estos síntomas, para que se pueda desarrollar nuevas estrategias que sean eficaces para la reducción de los efectos perjudiciales de los síntomas negativos.

¿Qué implica en la vida de la persona?

De manera general se puede decir que las personas que tienen esquizofrenia pueden presentar algunos elementos en común como una mayor vulnerabilidad al estrés, déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente, dificultades para interactuar socialmente, pérdida de redes sociales de apoyo que en muchos casos se limitan 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 y favorece la dependencia económica, la pobreza y marginación. Las necesidades y problemas de las personas con esquizofrenia son, por tanto, múltiples y variados. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población

problemas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.) Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este colectivo. (AEN, 2002)

Si bien los síntomas positivos son los más relevantes en las fases agudas de los trastornos, los síntomas determinantes en las disfunciones sociales y ocupacionales de los pacientes con esquizofrenia son los síntomas negativos y los déficits cognitivos. Los síntomas negativos y los déficits cognitivos son extremadamente importantes, tanto clínicamente como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, a las relaciones con los demás y a los lazos emocionales, es decir, a la capacidad del paciente para desarrollar una vida en condiciones normales (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

Por todo lo anteriormente presentado, sabemos que, aunque el desarrollo de la farmacología haya evolucionado mucho en los últimos años y es un aliado importante en el tratamiento de la esquizofrenia, no presentan, en la mayoría de los casos, eficacia en el tratamiento de la sintomatología negativa. Tratar la sintomatología negativa sigue siendo un desafío para la medicina, ya que los medicamentos no remiten estos síntomas en su totalidad.

“(...) parece existir un reducto sintomático, caracterizado por déficit o disminución de algunas funciones psíquicas (embotamiento afectivo, distanciamiento emocional, apatía, alogía, anhedonía, falta de iniciativa, etc.), que se resiste a casi cualquier tipo de tratamiento, y que es el que con más intensidad determina la cronicidad del trastorno” (Sanz-Aranguéz y Del Río, 2010: 3).

Por eso es fundamental que se propongan intervenciones terapéuticas que sean eficaces en el abordaje de esta sintomatología, pero no podemos perder de vista lo que nos dice Edgar Morin (2000), de que cada ser humano es a la vez único y múltiple y trae dentro de sí un cosmos. No podemos pretender que una misma intervención sirva para todas las personas, ya que lo que puede servir para uno, no necesariamente servirá para otro. Tenemos que pensar en intervenciones que sean adecuadas para cada sujeto, llevando en cuenta, sus necesidades, habilidades y potencialidades.

¿Cómo se trata?

Como hemos visto anteriormente, los psicofármacos no inciden de manera eficaz sobre esta sintomatología. Por este motivo se han desarrollado estudios que hablan de una nueva orientación a la comprensión del tratamiento y la evolución de trastornos mentales graves como la esquizofrenia. Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), esta nueva orientación está representada en el concepto de recuperación (recovery). Este concepto se refiere al proceso de recuperación de la enfermedad, entendida como recuperación del funcionamiento autónomo y de integración comunitaria, y no sólo como la estabilización de síntomas. Por otra parte el concepto de recuperación hace también referencia a la capacitación del paciente sobre el manejo de la enfermedad y, en consecuencia, el papel del afectado en todo el proceso (empowerment). Ello exige a su vez, la reorientación de los sistemas de asistencia y la realización de esfuerzos por eliminar las barreras discriminatorias.

Las intervenciones terapéuticas que parecen tener más éxito en este sentido están relacionadas con la Rehabilitación Psicosocial, que se define como un proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible (AEN, 2002).

Como ya hemos descrito anteriormente, a partir de la Reforma Psiquiátrica se cambia la forma de asistencia a las personas que padecen de una enfermedad mental y dentro de esta nueva estructura de los servicios que ofrecen cuidado a estas personas, hay un equipo multidisciplinar que junto con este usuario, va a construir un Plan Individualizado de Rehabilitación y para que se pueda lograr los objetivos propuestos en este Plan, se dispone de varias técnicas de rehabilitación. Forma parte de éstas técnicas las *Habilidades Conductuales Generales*; la *Rehabilitación Cognitiva*; el *Entrenamiento en Habilidades Sociales*; la *Psicoeducación*; *Intervención con familias*; *Autocontrol*; *Actividades de Vida Diaria*; *Psicomotricidad*; *Ocio e Integración Comunitaria*; *Rehabilitación Vocacional y Actividades Expresivas* (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastornos Psicóticos Incipientes, 2009).

Para Falzer et. al (en Gleeson y Mc Gorry, 2005) es fundamental que se propongan nuevas estrategias para afrontar la sintomatología negativa. A partir de años de investigación estos autores proponen cuatro principios que pueden ayudar en la elaboración de estas estrategias. En este estudio daremos énfases al primer principio ya que es más general sobre el trabajo con personas que presentan síntomas negativos.

Principio 1) Utilizar los síntomas negativos como punto de referencia y abordar las cuestiones que estos síntomas alteran o impiden.

Dicen que más importante que abordar los síntomas negativos en sí mismos, es identificar los aspectos que estos síntomas *alteran e impiden*. Cuando se conocen las implicaciones prácticas de los síntomas negativos, se pueden formular intervenciones diseñadas para minimizar la alteración y promover actividades cotidianas que hayan quedado apartadas o sean infrecuentes o inaccesibles. Los síntomas proporcionan un punto de referencia para los profesionales sanitarios a identificar las primeras señales de deterioro y a identificar correctamente las fuentes de alteración. Asimismo, para formular objetivos de tratamiento viables es necesario comprender qué están alterando estos síntomas.

Proponen más tres principios que son específicos para la intervención temprana en la psicosis. Entre ellos están: *Principio 2) Preservar y reestablecer los vínculos sociales, familiares y educativos; Principio 3) Reafirmar la capacidad de la persona para ser responsable de su propia recuperación; y el Principio 4) No pretender eliminar el miedo y la ansiedad de la vida cotidiana.*

Referente a todas las propuestas de intervenciones citadas, desde la Rehabilitación y los principios propuestos por Falzer et. al (2005) algunas de ellas tienen su eficacia comprobada en estudios científicos pero en relación a otras no hay una evidencia científica que compruebe su eficacia, sin embargo, pensamos que si estas intervenciones son eficientes para una persona ya es un motivo suficiente para que sean utilizadas aunque no se haya podido encontrar evidencias científicas.

Después de este breve recorrido sobre las técnicas utilizadas como estrategias para el afrontamiento de la sintomatología negativa, nos parece interesante, profundizar

sobre los estudios realizados a respecto del arteterapia como vía de trabajo para afrontar esta sintomatología, ya que este es el objetivo de esta investigación.

El primer estudio publicado donde se evaluaba el efecto del arteterapia en el tratamiento de la esquizofrenia fue el de Ruddy y Millnes en el año de 2003. Aunque este estudio presente como conclusión que “No está claro si la arteterapia puede mejorar el estado mental, funcionamiento social, relaciones interpersonales o calidad de vida, y no hay datos disponibles para medidas de resultado como la satisfacción con la atención”, también presenta datos interesantes que no pudieren ser generalizados pero se ha podido observar en algunos casos y que describe que el arteterapia puede ser utilizada en el tratamiento de personas que tienen esquizofrenia. Describe el arteterapia como una terapia creativa y que sería una de las únicas formas de terapia diseñadas para atender las necesidades de personas en el contexto hospitalario. También apuntan como aspecto único del arteterapia, el uso de materiales artísticos para formar un vínculo y para hacer participar a las personas con trastornos graves. También refiere que a través de una imagen, un individuo puede comunicar tanto lo racional como lo irracional y encontrar una aceptación interpersonal que no tiene que amenazar la integridad del creador (Ruddy R. y Milnes, D, 2008).

Actualmente existen ya publicaciones que concluyen que el arteterapia es una vía de trabajo eficaz en el tratamiento de la esquizofrenia y en particular de la sintomatología negativa.

La Guía NICE (National Institute for Clinical Excellence) publica en 2008 el documento “Draft full guideline for consultation” donde se incluyen recomendaciones sobre el uso del arteterapia en el tratamiento de personas con esquizofrenia y recomiendan especialmente su indicación como tratamiento de la sintomatología negativa en la esquizofrenia y su puesta en práctica por profesionales cualificados (Sanz-Aranguez y Del Río, 2010).

En 2009, esta Guía recomienda el uso de la terapia artística en el tratamiento de la esquizofrenia y con el objetivos general de actuar sobre la sintomatología negativa. Dice que se puede ofrecer este tratamiento en la fase aguda y incluso en la internación. Esta Guía define como terapia artística la combinación de técnicas psicoterapéuticas con actividades cuyo objetivo sea promover la expresión creativa.

Define sus objetivos específicos como: experimentarse a sí mismo de forma diferente y desarrollar nuevas formas de relacionarse con los otros; expresarse y organizar su experiencia de forma estética y satisfactoria; aceptar y comprender a un ritmo adecuado los sentimientos surgidos durante el proceso creativo.

En 2006, en España, IMSERSO publica un documento llamado Modelo de Atención a personas con Efermedade Grave y en este documento recomienda el uso de actividades expresivas en el tratamiento de personas con esquizofrenia. Define como Actividades Expresivas un conjunto de técnicas terapéuticas basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y diferenciadas en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales.

En 2009, el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Transtorno Psicótico Incipiente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009), donde incluye dentro de las técnicas de Rehabilitación las Técnicas Expresivas y recomienda su uso en el tratamiento de personas con esquizofrenia. Esta Guía define las Técnicas Expresivas como un conjunto de técnicas terapéuticas desarrolladas por personal específicamente cualificado, basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y diferenciadas en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales. Incluye modalidades terapéuticas como el arteterapia, musicoterapia y técnicas de expresión corporal.

2.3. Tercera parte:

2.3.1. Arteterapia y Síntomas Negativos

Quisiéramos ahora profundizar en las particularidades del arteterapia y justificar su uso como una vía de trabajo para afrontar la sintomatología negativa. Ya son diversos autores que nos aportan importantes conocimientos sobre este tema y que nos ayudan en esta reflexión.

Cuando pensamos en las particularidades del Arteterapia frente a otras intervenciones terapéuticas, se puede decir que el arteterapia tiene como fundamento el potencial terapéutico del proceso creador. Tiene como objetivo promover dinámicas de transformación en la persona como sujeto y como sujeto en relación con el mundo. La actividad creativa se utiliza como un vehículo entre los contenidos del adentro y del afuera y que vincula las imágenes creadas en el proceso con su expresión verbal (Menéndez y Del Olmo, 2010).

El proceso artístico se despliega en tres niveles: la creatividad, el conocimiento y el placer. La creatividad es esencial en todas las facetas de la vida humana, y es fundamental para que el sujeto busque otras soluciones para su problema. A través del arte, la creatividad se pone en juego y conecta el ser con el mundo transformando a ambos (López Fernández Cao y Martínez Diez, 2006).

Para Del Río (2006), se puede decir que la creación artística es terapéutica, en el sentido de poder llegar a constituirse como tratamiento para las enfermedades mentales. Ofrece una posibilidad para la creación, el cambio y la transformación; el encuentro y la cualificación del espacio como contenedor real de la experiencia y de la identidad. Además, afirma que la actividad artística se trata de una actividad de socialización, de comunicación y de “apropiación” de la realidad exterior.

Las aportaciones de Fiorini también son de gran importancia para este estudio. Para este autor, todos los seres humanos son portadores de potenciales creadores, habla de una capacidad humana más general, que es la capacidad de crear, en diferentes ámbitos de la cultura, el trabajo, los vínculos y la vida cotidiana. Nos habla de este espacio potencial como un espacio de terceridad donde se generan los procesos terciarios que movilizan todo el sistema. Es donde ocurren las producciones creadoras que relacionan, conectan y crean formas que vinculan a los objetos que

han sido convocados. Por eso se puede decir que el proceso creador tiene un importante papel en el proceso arteterapéutico. Para Fiorini el proceso creador tiene cuatro fases, que son:

- Fase de exploraciones, donde el sujeto se enfrenta al caos que surge de trabajar de la nada y le sitúa en un estado de disponibilidad.

- Fase de transformaciones, de producciones de nuevas formas, abriendo así la posibilidad de construir nuevos objetos y relaciones.

- Fase de culminación de esa etapa de búsqueda

- Fase de separación que se hace necesaria para continuar un destino de creación. Una vez que se constituye el objeto de creación y ese se autosostiene, el creador ya puede alejarse. Por ello, la creación también nos lleva a procesos de duelo.

El psiquismo creador establece un cruce de direcciones, yendo simultáneamente de lo cerrado a lo abierto, hacia la forma y hacia la ausencia de las formas. Si captamos la creación en toda su potencia, si comprendemos su capacidad de ensanchar en nuestro psiquismo espacios de trascendencia y libertad, entonces se genera en nosotros la pulsión creadora (Fiorini, 1995).

Estos conceptos abordados por estos autores son importantes de tener en cuenta cuando trabajamos con salud mental, ya que muchas veces estas personas acaban siendo identificadas solo por su sintomatología y no se reconoce su potencial creador. Además, el proceso de la enfermedad y en particular la sintomatología negativa, pone a este sujeto en un lugar de completo abandono de sí, ya que parece que nada más le importa, nada más le genera sensaciones de placer y disfrute, ni siquiera la convivencia con los demás parece tener sentido, llevándole a una situación de aislamiento.

Las contribuciones de Winnicott para el arteterapia también son de extrema importancia. En su teoría habla de una zona intermedia, un espacio potencial de experiencia entre el individuo (al principio el bebé) y el ambiente (al principio la madre) que es el espacio potencial donde es posible el vivir creador que se manifiesta a través del juego. El juego es definido como un espacio transicional,

cargado de formación simbólica. Este espacio alivia la tensión del niño en su relación con la realidad exterior e interior. Para Winnicott los objetos transicionales (objetos utilizados por los niños: peluche, un trozo de trapo, una mantita, etc.) son la evidencia de la capacidad del niño o niña de crear, pensar, inventar, originar producir un objeto. El juego sería la primera experiencia cultural. El juego corresponde a la salud, facilita el crecimiento, conduce a relaciones de grupo. El juego es siempre una experiencia creadora, es una forma básica de vida, el juego implica confianza. (Winnicott, 1979).

Sobre el objeto creado, Winnicott (1979) trae otra aportación que nos ayuda a reflexionar sobre nuestra práctica. Escribe sobre la relación con el objeto y la destrucción del objeto y define las siguientes fases de relación:

- el sujeto se *relaciona* con el objeto
- el objeto está a punto de ser hallado por el sujeto, en lugar de ser ubicado por este en el mundo
- el sujeto *destruye* el objeto
- el objeto sobrevive a la destrucción
- el sujeto puede *usar* el objeto.

Otro autor que escribe sobre la destrucción del objeto es Pichón-Rivière (1977) que en sus palabras explica que

“La obra de todo creador, ha seguido un curso no rectilíneo sino dialéctico. Se embarca en el tobogán de la espiral, creando, destruyendo el objeto estético para construirlo en un nivel diferente y con técnicas diferentes” (Pichón-Rivière, 1977: 26).

Para Pichón-Rivière (1977) esta posibilidad de “reparar” el objeto destruido puede significar el triunfo de la vida sobre la muerte, de la salud sobre la locura y así, contradicciones que habitan el contexto de la creación se van resolviendo sobre la marcha y el contenido y la forma recrean una nueva estructura. Todo este proceso resultará en la aparición de un objeto externo que será contemplado por los demás.

Eso nos parece muy significativo, ya que cuando uno se permite crear, está potenciando su salud, ya que el objeto creado será un vínculo entre el sujeto y los demás. A partir de este objeto se posibilitará la creación de relaciones y el sujeto

será reconocido por sus potencialidades y este mismo sujeto puede empezar a ocupar otro lugar, un lugar donde puede mirar y ser mirado y así reconocerse como persona.

“Cuando miro se me ve, y por lo tanto existo.
Ahora puedo permitirme mirar y ver.
Ahora miro en forma creadora, y lo que percibo también lo percibo” (Winnicott, 1979).

Si trasladamos los conceptos de objeto y área intermedia para el espacio terapéutico, podemos decir que esta área crea un ámbito de juego en el que el paciente puede experimentar con objetos una actividad simbólica y comprender que no tienen efectos concretos sobre ellos mismos o el terapeuta. La teoría de Winnicott respecto a la creatividad, sostiene que desde el apego de un objeto que se ha desarrollado en los procesos de diferenciación y separación del mundo externo en la infancia temprana, se forman las condiciones para la creatividad adulta. Es decir, de esta experiencia de diferenciación temprana, intermediada por un objeto llamado transicional, deriva la habilidad de hacer vínculos creativos entre mundos internos y externos (Menéndez y Del Olmo, 2010).

Aquí se puede resaltar la importancia de este espacio en los procesos terapéuticos. En los talleres de Arteterapia se crea este espacio que es donde el sujeto crea su obra y esta creación influye directamente en su relación con el terapeuta, en un primer momento, pero que después se reproduzca en la relación con los demás.

Para Del Río (2006), la búsqueda de un espacio de contención, es una búsqueda existencial. A menudo el enfermo experimenta este espacio como un vacío que puede ser ausencia absoluta o presencia absoluta. El individuo se autosostiene en este espacio únicamente en la medida en que se apropia de él, lo internaliza y lo cualifica, invistiéndolo de valores significativos.

Para la autora el arte-terapia participa del espacio de una manera triple:

- En primer lugar porque uno de los aspectos que contempla como pilares sobre los que asentarse es justamente la de cualificarse como lugar: lúdico, no amenazante, contenedor, posibilitador, facilitador de experiencias creativas... pero sobre todo se dirige al encuentro de la persona que es el paciente/cliente, y ha de ser capaz de servir para la materialización de dicho encuentro.

- En segundo lugar porque constituye una forma de terapia que se basa en una relación triangular, y el espacio terapéutico básico es aquel que recorre los tres vértices: paciente, obra y terapeuta.

- En tercer lugar porque las creaciones artísticas son por sí mismas generadoras de espacios diferentes.

Es por esto que la intervención es en realidad una puesta en juego que propone un camino. Constituyendo un facilitador del proceso terapéutico/creativo que siempre señala una dirección: en el proceso creador, como en el juego, cada movimiento recoloca el campo provocando un nuevo movimiento tendente a reequilibrar el conjunto.

Otro factor importante a tener en cuenta es el encuadre en las sesiones. Sabemos que un encuadre adecuado favorecerá la creación de un espacio seguro, de confianza, donde el sujeto se permitiera reconocer y expresar su mundo interior, sin que se sienta invadido por el otro. Para López Fernández Cao y Martínez (2006) la sesión se convierte, a través de la confidencialidad, en un espacio seguro en el cual los sentimientos y pensamientos tienen vía libre de expresión. Así, podemos decir que el arteterapia tiene un marco externo de la sesión y un marco interno a través de la obra artística.

Con el importante aporte de estos autores podemos comprender la importancia del proceso creador en el arteterapia y como esta puede ser una vía de trabajo eficaz para afrontar la sintomatología negativa. Creemos que el arteterapia ofrece un espacio de confianza donde el sujeto podrá conectarse con sus sentimientos, con su obra y con el mundo. Comprendemos que este es un primer paso para afrontar la apatía, la abulia, la anhedonía, el aislamiento y el aplanamiento afectivo.

“Se justifica el uso de la actividad artística en el contexto de salud mental pues la actividad artística es una actividad propia del ser humano independientemente de su estado de salud, por ello, al introducirla dentro de un marco terapéutico procura un espacio para la *normalidad* (diferenciándose de otras posiciones terapéuticas que tienen sentido en función del tratamiento de la enfermedad); movilizandocapacidades y recursos expresivos, comunicacionales y adaptativos que están en el paciente, haciéndolos visibles, y poniéndolos en acción; aprovechándolos para su propio desarrollo personal” (Sanz-Aránguez; Del Río, 2010: 8).

Nos parece fundamental tener siempre una mirada hacia la salud y la potencialidad del ser humano. Sabemos que conocer la enfermedad también es importante en el

momento de diseñar una intervención adecuada. Sin embargo tenemos que estar muy atentos para no caer en la tendencia de poner una etiqueta en las personas: dejar de ver el sujeto como un sujeto portador de deseos, de necesidades y de habilidades. Si nos centramos solo en la enfermedad nos olvidamos de mirar al sujeto en su totalidad. Y si nos olvidamos del sujeto, desgraciadamente entraremos en un terreno peligroso, pues nuestra mirada estará sesgada por la patología y no conseguiremos ver al sujeto como un ser con todas sus potencialidades.

Utilizar el arte para trabajar con personas que tienen alguna enfermedad mental se justifica, pues la creación artística es una actividad que puede contribuir a dar significado a la vida de estas personas. Según Menéndez y Del Olmo (2010), la intervención arteterapéutica es una terapia adecuada para trabajar con personas que tienen una enfermedad mental porque es eficaz en el abordaje de la sintomatología negativa. Para estos autores el arteterapia: estimula la autoimagen positiva de los pacientes; mejora las relaciones interpersonales o la interacción social; disminuye los síntomas de apatía y baja motivación, además de mejorar la capacidad de concentración y permite un mayor contacto con la realidad.

Otro trabajo que nos ha parecido interesante y que justifica el uso del arteterapia con este colectivo y que servirá como estrategia para el abordaje de la sintomatología negativa es del desarrollado por Reyes (2012). Esta autora hace una revisión de la literatura existente y añade las observaciones de sus prácticas de trabajo con este colectivo, llegando a las siguientes conclusiones:

- La auto-observación de la creatividad es un medio de autoconocimiento, en tanto que revela otros aspectos del yo (Reyes, 2004).
- El manejo y la comprensión de las defensas presentes durante el proceso creativo fortalece las funciones yoicas (Killick & Greenwood, 1997).
- Se desarrolla un sentimiento de competencia y mejoría de la autoimagen a través de la experiencia con los materiales artísticos y el logro de ejecutar una actividad positivamente (Charlton, 1987).
- El trabajo artístico ayuda a contener la ansiedad y es un vehículo que favorece la relación (Skaife & Huet, 1998).

- En el trabajo creativo los trabajos son en sí mismos puentes de interacción interpersonal. La utilización del lenguaje no verbal favorece la autoexpresión y la comunicación (Dalley & Case, 1993).

- Los aspectos irracionales en un contexto creativo se vuelven más tolerables y esto favorece la exploración de sentimientos no tolerados, como por ejemplo, la agresividad o ideas delirantes (Sarrazin, 1998).

- La aparición de recuerdos de la infancia ofrece una oportunidad de continuidad vital la cual muchas veces ha sido discontinuada por la violencia de la aparición de la enfermedad mental (Molloy, 1997).

- La imagen visual creada durante el proceso grupal se constituye en metáfora que favorece los procesos de contención y cohesión grupal, enriqueciendo la dinámica grupal (Reyes, 2004).

- Por otro lado, la imagen visual creada constituye un medio de proyección de las ansiedades grupales mejorando los procesos de transferencia (Skaife & Huet, 1998).

Existe al respecto un consenso entre los arteterapeutas sobre la importancia de los fenómenos relacionales, el poder comunicativo y expresivo de las imágenes y su ayuda en la integración de procesos inconscientes a nivel consciente. El objeto artístico-visual sirve de “puente” entre el mundo interno y el externo. También constituye un vehículo para la socialización y el contacto interpersonal contribuyendo a promover y mantener la salud y el bienestar general de las personas (Waller, 1990 en Reyes, 2012).

Una aportación importante para trabajar con este colectivo es a la que nos brinda Sanz-Aránz y Del Río (2010) donde desarrollan cuatro *Ejes de Trabajo*, que vehiculizan el proceso arteterapéutico. Consideran *Ejes de Trabajo*: proceso creador, lenguaje artístico, operaciones y espacio de creación.

Para estas autoras, la creación artística en tanto instrumento terapéutico remite a un proceso que arranca con un fin y nunca queda del todo definido a priori, sino que va transformándose en el quehacer creador, en un constante movimiento de

reciprocidad (diálogo) sujeto-obra, que la construye adaptándose a las circunstancias y al sentido mientras el propio sentido se transforma.

El marco en que se desarrolla la actividad artística es el espacio, no el tiempo; la imagen creada se inscribe en un espacio que es a la vez realidad y ficción, configurando *como sí*, capaz de acoger casi cualquier cosa, proveniente de la realidad exterior y /o del universo interno del artista.

A continuación haremos un breve resumen sobre la propuesta de estas autoras sobre los siguientes *Ejes de Trabajo* en relación con: el espacio de creación, el lenguaje artístico plástico, las operaciones, el proceso creador y las dificultades.

El espacio de creación:

Pacientes con alto grado de bloqueo en relación con conflictos intra o interpersonales que utilizan el lenguaje y los procesos artísticos de forma consciente para dar lugar a una narración que facilita la expresión y elaboración de dicho conflicto. Para estos pacientes el espacio de creación se convierte en un lugar donde poder explorar y dar sentido a aspectos que tienen que ver directamente con su vida. Esta forma se basa en un desplazamiento metafórico por el que todo que tiene que ver con la obra remiten a una experiencia real.

La intervención terapéutica ha de basarse en una actitud que indique la presencia de un interlocutor fiable; desprovisto de complacencia vana, de juicios de valor; capaz de dar lugar en la interacción, a movimientos creativos que faciliten la integración de la experiencia, la elaboración de emergentes emocionales y, en último caso, su resignificación.

El lenguaje artístico plástico

Pacientes que presentan muchas resistencias o déficit comunicacionales y/o cognitivos importantes en el lenguaje verbal, utilizan el lenguaje artístico como punto de enganche en la construcción de un discurso que va tomando forma y a partir de ahí les permite expresar aquello que no puede ser expresado de otro modo. Son pacientes que presentan un alto nivel de introversión, con quienes la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico es muy limitado. El trabajo en Arteterapia proporciona un elemento intermediario que actúa como aglutinante de la relación

(paciente/terapeuta) y que, si bien no consigue funcionar como un perfecto puente para la subjetividad, resulta lo suficientemente consistente como para permitir cierta interacción. La intervención ha de basarse en una actitud de acompañamiento en la creación, que permita al terapeuta ser percibido como una presencia nítida, que no ejerce presión, que deja libre de interpretación todo avance artístico y puede conectar con la persona a través de su quehacer creando, favoreciendo una implicación cada vez mayor del paciente con su obra y promoviendo el desarrollo de un lenguaje y un discurso artístico propios.

Las operaciones

Pacientes que presentan habitualmente una gran destreza en el lenguaje verbal y utilizan el canal artístico por equivalencia, desarrollando así su dimensión más simbólica. La intervención desde el arteterapia con este tipo de paciente es muy difícil. La intervención más efectiva en estos casos es cuando se adopta una posición dirigida al rol de artista, procurando mantener la obra despegada de la idea. Sólo así es posible dar lugar a cierta sorpresa formal que consiga transformar o distorsionar la perspectiva, provocando necesariamente la activación e mecanismos adaptativos más flexibles, aún así esta no es una tarea fácil.

El proceso creador

Pacientes que encuentran en los procesos creadores una forma de vincularse con la realidad y con su enfermedad. En estos casos, normalmente son pacientes con rasgos narcisistas de personalidad o nula conciencia de su enfermedad, buscando un distanciamiento del medio terapéutico para diferenciarse de los demás pacientes. La mayor dificultad está en aceptar el tratamiento pues así tendría que asumir el rol de enfermo. Es en este caso que la posición desde el arteterapia más se diferencia de las demás intervenciones terapéuticas, ya que desde el arteterapia se les permite adoptar un rol más acorde consigo mismos. Puede ser que se nieguen por completo a participar o que, por el contrario, se acojan al papel de artista-genio para poner en evidencia su individualidad. De esta manera es posible conseguir una adherencia al tratamiento que no ponga en peligro su autoconcepto, y desde ahí promover vías para la elaboración y el análisis de la realidad. Por otra parte, encontramos aquí también pacientes de características muy diferentes, que pueden encontrar en el medio artístico un nuevo estatus que les ofrece seguridad, incrementa su percepción

de capacidad y por ello promueve el desarrollo de una nueva manera , más vital, de verse a sí mismos.

Su relación con la obra, en todos ellos, se inscribe dentro de un proceso de búsqueda que trasciende la sesión dando lugar a un recorrido por el cual los elementos, las formas, los temas, van siendo progresivamente incorporados con vías de trabajo con su individuación, produciéndose así, una significativa vinculación con la terapia.

Las autoras concluyen que las posibilidades de éxito terapéutico están relacionados con las características del paciente que definirá su implicación en el proceso artístico, lo que permitirá la movilización de sus capacidades y la posibilidad de cambio y también con una intervención que sea diseñada para el paciente. Lo que implicará una comprensión del proceso y una formulación teórica coherentes.

A partir de estos importantes aportes teóricos, hemos podido profundizar más sobre la definición de sintomatología negativa así como hemos podido conocer el papel que tiene el arteterapia como posibilidad de intervención para la disminución de esta sintomatología. En el próximo capítulo presentaremos el estudio de caso y describiremos si el arteterapia en este caso, ha sido eficaz.

3. INVESTIGACIÓN

3.1. Introducción

Para esta investigación hemos elegido la metodología cualitativa descriptiva, puesto que ésta parte de la diferencia interindividual, de la singularidad de un sujeto. Se interesa por las cuestiones específicas que no pueden ser comparables entre sujetos. Atiende a las particularidades pero también trata de explicar los procesos. Busca describir y comprender el contexto de estudio. El método de investigación será el estudio de caso.

En el marco teórico se ha profundizado sobre el conocimiento a cerca de la sintomatología negativa y como ésta interfiere en el proceso de rehabilitación de una persona con esquizofrenia y a partir de ahí, se puede pensar en la importancia de ofrecer técnicas terapéuticas que sean eficaces en el abordaje de esta sintomatología. Si se logra disminuir esta sintomatología es posible que el usuario alcance una rehabilitación psicosocial más adecuada.

3.2. Diseño de la investigación

3.2.1. Pregunta de Investigación

En el marco teórico, además de profundizar sobre la sintomatología negativa hemos analizado los abordajes terapéuticos utilizados para afrontar esta sintomatología y a partir de esta reflexión se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Es el arteterapia una vía de trabajo eficaz en el abordaje de la sintomatología negativa en personas con esquizofrenia?

Esta pregunta nos lleva a estudiar un caso para explorar si la intervención arteterapéutica puede contribuir para disminuir los efectos de la sintomatología negativa.

3.2.2. Tipo de estudio de caso

Para esta investigación la metodología utilizada fue la de **estudio de caso intrínseco**, que es definida por Stake (en Quintanilla y Sarriá, 2006) como un interés en conocer a fondo y comprender un caso particular, no porque el caso represente a

otros, sino por el interés en sí del caso. Se elige el caso porque ofrece posibilidad para avanzar en el conocimiento.

Se presenta un caso que ha permitido formular un acercamiento a lo que supondría el arteterapia como vía de trabajo en el afrontamiento de la sintomatología negativa. El caso presentado tiene su singularidad, que es la experiencia de una persona como participante de un taller de arteterapia. El resultado final presenta algo único, que lleva al investigador a valorar qué aspectos del caso son importantes dentro del caso mismo (Quintanilla y Sarriá, 2006).

El estudio de caso intrínseco tiene fines tanto descriptivos, ya que se describen los cambios observados en relación a la sintomatología negativa a través de la intervención arteterapéutica, como exploratorios, porque busca comprender las relaciones entre arteterapia y la disminución de la sintomatología negativa.

Esta metodología y este método se articula sobre la observación, el análisis y reflexión, focalizado en los aspectos fenomenológicos del problema, ya que atiende a procesos individuales de cuyo análisis pueden extraerse aspectos relevante que permitan comprender mejor los procesos implicados en el afrontamiento de la sintomatología negativa; la subjetivación de la experiencia, que facilita un abordaje individualizado; proporciona claves acerca de posibles vías de intervención que potencialicen las respuestas saludables frente a la sintomatología negativa y especificidades vivenciales, desde las que ir desarrollando nuevas perspectivas teóricas y metodológicas y el arteterapia como facilitador.

Se ha elegido la metodología de estudio de caso, por su potencial heurístico a la hora de establecer relaciones entre el problema a investigar (en este caso “el arteterapia como vía de trabajo en el afrontamiento de la sintomatología negativa”) y la “unidad de análisis” (en este caso los cambios observados referente a la sintomatología negativa.)

De esta manera se facilita la descripción y comprensión del objeto de estudio en sus dimensiones fundamentales:

- Procesos de cambio en relación a la sintomatología negativa
- El arteterapia como facilitador

3.2.3. Objetivos de la investigación

El *objetivo general* de esta investigación es:

- Describir si el arteterapia es una vía de trabajo eficaz en el afrontamiento de la sintomatología negativa.

Objetivos específicos:

- Entender el papel del arteterapia en los procesos de afrontamiento de la sintomatología negativa
- Analizar, a partir de la creación de indicadores observables, la relación del paciente con la siguiente sintomatología: aplanamiento afectivo; abulia; apatía; anhedonía-aislamiento y problemas cognitivos de atención.

3.3. Desarrollo metodológico

A seguir, se describen aspectos importantes en el diseño de la investigación:

3.3.1. Selección de los sujetos:

Para la selección del sujeto se ha tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: la regularidad de asistencia a los talleres, el diagnóstico de esquizofrenia con presencia de sintomatología negativa y autorización para participar de estudio de caso y cesión de imágenes.

3.3.2. Técnica de recogida de información:

En esta investigación, en relación a la recogida de información se ha aplicado la observación directa de los puntos más relevantes. Los objetos de observación son, principalmente, los procesos creativos de la participante en el taller, sus respuestas expresadas que pueden representar un cambio en relación a la sintomatología negativa y las producciones plásticas resultantes en cada sesión.

3.3.3. Instrumentos de recogida de información:

Para recoger los datos relevantes se han utilizado:

- Diario de campo, se crearon y se registraron indicadores observables.

- Registros audiovisuales (fotografías) para los cuales se pide autorización escrita de la participante.
- Reuniones periódicas con los profesionales de la UME: psiquiatra, psicóloga y enfermeros.

3.3.4. Validación de los resultados:

Para integrar los datos obtenidos y elaborar los resultados, toda la información recogida ha sido triangulada a través de:

- La contrastación de la información con otros profesionales para evitar que el análisis de caso esté sesgado por la subjetividad de la investigadora.
- La contrastación de los datos con el marco teórico.

3.3.5. Protección de datos:

El nombre de la usuaria está representado con las iniciales M.L. a pedido suyo, y algunos datos de su historia han sido cambiados para proteger el anonimato de la misma.

3.4. Intervención: Análisis de la realidad

Esta investigación es producto de una intervención arteterapéutica previa, por eso, a continuación se presentará una breve descripción de la entidad donde se llevaron a cabo los talleres de arteterapia de los que parte el estudio de caso, las características del colectivo, los objetivos de la intervención arteterapéutica, así como la metodología utilizada en los talleres.

3.4.1. Descripción de la Entidad

La Unidad de Media Estancia de Guadalajara, forma parte de la ordenación territorial de los dispositivos de Atención a la Salud Mental que se establece en el mapa sanitario de Castilla-la Mancha, integrado por las áreas de salud y zonas básicas de salud con sus correspondientes municipios y entidades singulares de población.

3.4.2. Objetivos y ámbitos en los que trabaja

La Unidad de Media Estancia (a partir de ahora UME), es un dispositivo sanitario para la asistencia en régimen de ingreso completo, para aquellos pacientes cuya

patología sobrepasa el marco de actuación de la Unidad de Hospitalización Breve; orientado a dar respuesta a las necesidades de los pacientes que precisan de entornos estructurados residenciales. El objetivo es dar un abordaje de tipo rehabilitador y asistencial sanitario. La estancia no debe superar el año de duración, evitando con ello la institucionalización.

La UME está integrada en la red de recursos de salud mental del área de salud, coordinada con el resto de dispositivos y trabaja en estrecha relación con el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

3.4.3. Actividades que realizan

En la UME de Guadalajara se cuenta con un equipo multidisciplinar de alto grado, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y enfermeros. Todo el equipo que allí trabaja posee un alto grado de compromiso con los usuarios, posibilitando su reinserción psicosocial en todas las áreas.

Se realizan actividades diarias múltiples, donde todos participan, organizadas desde la primera hora de la mañana.

Se comienza el día con el Buenos Días, donde se posibilita que los usuarios, sean los que lleven el plan, organicen y apunten los aportes que en esa reunión se traten. Allí se habla de aspectos cotidianos, así como también a conflictos que se pueda estar originando entre los mismo usuarios.

Luego se pasa a la sala de actividades diversas, como arte, expresión corporal, danza, talleres literarios, entre otros, todos apuntados al desarrollo integral de la persona y al empoderamiento de los usuarios. En este espacio, era donde se realizaban las sesiones de arteterapia, de 11 a 12 de la mañana los días viernes.

Al finalizar esta sesión cada usuario se dirige a sus habitaciones junto a los enfermeros, para ordenar las habitaciones.

La rutina continúa con la comida, donde se les daba la posibilidad de que cocinen, preparen algo que les apetezca y celebren diversas festividades. Luego por las tardes las actividades continúan, asistiendo a la piscina y siguiendo con las actividades mencionadas anteriormente. Finalizando con el cierre del día y la cena.

3.4.4. Descripción del lugar donde se imparte el Taller de Arteterapia y materiales.

Los materiales con los que contábamos para la realización de las sesiones de arteterapia, eran variados y múltiples en cantidad. Teníamos a nuestra disposición un armario del cual podíamos utilizar lo que nosotras encontráramos necesario para la realización de las sesiones. Al llegar nos entregaban las llaves (ya que el armario debía estar cerrado) donde éramos nosotras las que nos hacíamos cargo desde ese momento del material que allí se encontraba, como tijeras, cutter u otros materiales que podían poner en riesgo a los usuarios.

3.5. El Taller de Arteterapia

A seguir describiremos los aspectos más relevantes del taller de arteterapia realizado en la UME, donde detallaremos el programa de experiencia anteriores, las características del colectivo, los objetivos del taller de arteterapia, la metodología de intervención, los instrumentos de recogida de datos y el encuadre.

3.5.1. Programa y Experiencias Anteriores.

En la UME de Guadalajara gracias al aporte y el trabajo de la Dra. Noemí Martínez, existe la apertura y recepción del arteterapia. Los especialistas que la han visto trabajar y llevar a cabo sus sesiones, conocen y son testigos de los beneficios que posee a nivel de autoestima, independencia, desbloques, seguridad, empoderamiento entre otros, el arte en usuarios con algún grado de padecimiento mental. La Dra. Noemí Martínez lleva más de 10 años realizando sesiones una vez a la semana de manera constante y periódica, posibilitando hoy en día, que se puedan realizar prácticas en un hospital tan prestigioso como éste. Gracias a su trabajo y al legado que ha dejado con su experiencia, cercanía y empatía con el personal y los usuarios, es que hemos podido tener la posibilidad de realizar nuestras prácticas en un ambiente clínico como éste.

3.5.2. Descripción del Colectivo

Los usuarios que participaban de los talleres eran personas que sufrían de alguna dolencia psiquiátrica, con diagnósticos como esquizofrenia, trastornos límites de la personalidad, trastornos obsesivos compulsivos, depresiones.

Teniendo consciencia de las dolencias y el malestar psicológico que cada uno

padecía, con la empatía y la mirada singular a cada uno, nunca tuvimos como prioridad o incluso como principal objetivo, el indagar en el diagnóstico de cada uno, sino que por el contrario, nos enfocábamos en la persona, en sus potencialidades y en su capacidad de “ser” y de “hacer” en cada una de las sesiones.

Tenemos plena consciencia de que informarse de cada uno de los colectivos es primordial, para el acompañamiento que se realizará, pero también sentimos que el presentarse ante ellos, sin la “etiqueta” o la mirada sesgada de antemano, facilitó de manera mutua que el vínculo y la cercanía se dieran sin obstáculos que pudieran interferir.

El taller era compuesto por 10 usuarios de la UME. A lo largo del taller algunos de los usuarios dejaron de venir por alta del servicio y otros se fueron incorporando a lo largo de las sesiones.

3.5.3. Objetivos del Taller de Arterapia

Objetivo general:

- Ofrecer un espacio seguro para ayudar a las personas con enfermedades mentales a reconocer y expresar sus emociones a través del arteterapia y que sea una vía para que puedan empoderarse y poseer una mejor calidad de vida.

Objetivos específicos para la usuaria:

- Canalizar y expresar sus emociones a través de la creación artística
- Facilitar el sentimiento de seguridad en sí mismo y su autoestima
- Fortalecer sus relaciones sociales
- Intervenir a través del arteterapia en los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Trabajar con la memoria para potencializar la conexión de ideas y otorgarles sentido.

3.5.4. Metodología de la Intervención Arteterapeutica

En este punto se exponen aspectos claves de la intervención en los talleres de arteterapia, desde el espacio, la temporalización y encuadre.

En relación al espacio, el lugar de trabajo en el que se llevaron a cabo las sesiones de los talleres de arteterapia fue la sala de actividades diversas. Es una sala amplia y con luz natural, cuenta con una mesa grande y varias sillas. También hay un ordenador con acceso a internet, un armario con llaves y una estantería que sirve de biblioteca.

Sobre la temporalización, las sesiones tenían la duración de una hora en horario de 11 a 12 horas, impartándose los viernes de octubre de 2011 hasta junio de 2012.

La estructura de la sesión tenía un primer momento para saludarse y prepararse para la sesión (10 min); la fase de la producción creativa (Desde la sesión 1 hasta la 16, con una propuesta de actividad y de la Sesión 17 hasta la 26, sin una propuesta de actividad) y Cierre con la puesta en común (10 min). El taller finaliza con la recorrida de los materiales.

Las técnicas y materiales utilizados fueron varios (pinturas, lápices, ceras, rotuladores, telas, collage, modelado, etc)

3.5.5. Instrumento de Recogida de Datos

Para recoger la información de cada sesión utilizábamos el diario de campo, donde escribíamos nuestras reflexiones posteriores sobre cada intervención, describiendo la sesión y el proceso de cada uno de los usuarios. También describíamos como nos habíamos sentido y analizábamos nuestra propia intervención.

Se utilizaron también registros fotográficos de las creaciones artísticas, durante el proceso y una vez terminadas las mismas.

Los resultados de los talleres se recogieron en una memoria final de prácticas, donde se describieron todas las sesiones con el análisis de la participación de cada usuario.

3.5.6. El Encuadre

Nos parece importante destacar en este punto que a lo largo de las sesiones hemos cambiado el encuadre de las mismas. Al principio llevábamos una actividad, una propuesta de trabajo. Las sesiones con propuestas de actividades fueran desde la sesión 1 hasta la 16. Llevamos propuestas pues en el momentos en que hemos planteado nuestra intervención con este colectivo, nos parecía más adecuado llevar

una propuesta para alcanzar los objetivos planteados. Como ya hemos mencionado, después de cada sesión se hacía una reflexión sobre la misma, donde analizábamos el proceso creativo de cada usuario así como reflexionábamos sobre nuestro hacer como arteterapeutas. Con el pasar del tiempo, nos hemos dado cuenta de que llevar una propuesta también se relacionaba con nuestra inseguridad, ya que esta era nuestra primera experiencia como arteterapeutas. A lo largo de los talleres y después de una supervisión hemos decidido cambiar este encuadre y desde la Sesión 17 hasta la última, no llevábamos una propuesta estructurada, la propuesta era que cada uno se conectara con sus emociones y sentimientos y tentara expresar a través del arte. Ha sido un proceso de aprendizaje muy valioso donde hemos tenido que sostener a los usuarios y a nosotras mismas en este proceso.

3.6. Estudio de Caso

A seguir se presentará el estudio de caso realizado a partir de la participación de una usuaria en los talleres de arteterapia realizados en la UME.

3.6.1. Historia de M.L

Antecedentes Personales:

M.L, sexo femenino, tiene 21 años, es la menor de tres hermanas. Está soltera y tiene un hijo de 3 años. Es natural de Puerto Rico. Vivió con su madre hasta los seis meses de vida, ya que ésta a continuación se traslada a España tras divorciarse. M.L. se queda a cargo de una tía materna en su país natal. A los 9 años se traslada a España para vivir con la madre. Tiene dificultades de adaptación académica pero al parecer mantuvo un rendimiento aceptable. A los 13 años comienza a presentar alteraciones de conducta y probable inicio del consumo de tóxicos. Por esto motivo la madre la envía a Puerto Rico, para vivir con los abuelos. Regresa a España tres años más tarde. Presenta un deterioro cognitivo leve: funcionamiento cognitivo muy limitado con muy mal rendimiento escolar (no ha conseguido aprobar la ESO).

A los 17 años se queda embarazada y empeoran las relaciones con su madre, por lo que se marcha de casa de la madre en avanzado estado de gestación. Desde entonces ha vivido con el apoyo de otras personas que la han recogido.

Antecedentes psiquiátricos:

Los primeros síntomas psicóticos aparecen en 2011. Su primer ingreso psiquiátrico fue en abril de 2011. En aquel momento presentaba consumo de tóxicos (cannabis y en ocasiones alcohol y cocaína). Meses atrás había comenzado con suspicacia y refería sentir que la vigilaban, que le echaban cosas en el zumo, que oía voces que le animan a cumplir frases de la biblia. Dos semanas antes de acudir a urgencias oye una voz que le dice "mata y come", por lo que llega a sacrificar dos tortugas que tiene su madre en la casa. A continuación se traslada con su hijo a otra ciudad donde se queda en la casa de una prima. Seis días antes del ingreso acude con su hijo a la Guardia Civil para entregarlo ya que refiere que se ha dado cuenta que no es su hijo, que le nota que habla raro, piensa que se lo han cambiado o que pueda ser un robot, un topo enano de la policía. La Guardia Civil contacta con servicios

sociales de menores y finalmente se hace cargo del hijo su prima. La paciente regresa a Guadalajara con la madre. Por toda la sintomatología que presenta, M.L es derivada a urgencias y es ingresada. Aparte de los contenidos delirantes persecutorios y megalomaníacos en el ingreso se evidencian alucinaciones, fenómenos de robo/lectura del pensamiento y pensamientos audibles, referencialidad (“hablaban de mí en la tele”). Toda esta sintomatología positiva mejora con la medicación. Al alta se diagnostica trastorno esquizofreniforme, abuso/dependencia de cannabis y abuso de otras sustancias y pasa a consultas de psiquiatría, donde es derivada al Hospital Día, pero por hacer un seguimiento irregular y presentar incapacidad de vivir de forma independiente, se valora su ingreso en la UME. Su hijo pasa a vivir con una familia de acogida con la que sigue, de lo que M.L se arrepiente de haber firmado la autorización. Tiene visitas semanales al niño en las que se ha evidenciado una conducta inadecuada con el niño que parece estar corrigiéndose.

Evolución de la usuaria en la UME

Ingresa de forma voluntaria en la UME, procedente de un albergue y derivada por el psiquiatra. El objetivo de su ingreso en esta Unidad es la realización de un Programa de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

Desde el momento de su ingreso no se ha evidenciado fenómenos psicóticos positivos y M.L no ha dado positivo en ninguno de los controles de tóxicos. No obstante lo más llamativo es su sintomatología negativa que parece que enlaza con su funcionamiento previo y lo potencia hasta el aislamiento y el abandono. No tiene relaciones sociales aparte de su familia y la relación con esta es fría y distante y la madre no aceptaría el regreso de la paciente a su casa. La sintomatología negativa severa impide una buena reinserción sociolaboral. Los síntomas observados principalmente son apatía, desgana, aplanamiento afectivo y aislamiento.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide (CIE-10, F20.0) con sintomatología negativa residual muy importante y deterioro psicosocial.

3.6.2. Descripción y Análisis de las Sesiones

En la Tabla 1, se muestra un resumen de todas las sesiones llevadas a cabo en el taller de arteterapia. En esta Tabla hemos dividido las sesiones en dos fases: Primera Fase, referente a las sesiones donde hemos llevado alguna propuesta y Segunda Fase, sesiones sin una propuesta. Para este estudio de caso hemos seleccionado únicamente las que a nuestro criterio fueron las más significativas.

TABLA 1: CUADRO RESUMEN DE TODAS LAS SESIONES REALIZADAS DURANTE LAS PRÁCTICAS

PRIMERA FASE		
Sesión	Nombre de la sesión	Propuesta y Objetivos
Sesión 1	"La Puerta de Magritte"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> -Acercamiento al colectivo, dando continuidad a talleres anteriores donde estaban trabajando sobre los caminos recorridos por cada uno. -Hablar sobre los caminos, el recorrido realizado -Lectura de una pequeña historia <i>Objetivos</i> - Permitirles la expresión por medio de la representación. - Que puedan "hablar" a través de un lenguaje simbólico A partir de esta sesión ha surgido la idea de hacer una visita a la exposición <i>Locus Solus</i> de Rene Rousseu.
Sesión 2	"Otras Miradas"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Un usuario dibuja algo en la primera parte de la hoja. Algo que no les haya gustado en su momento. - Luego la persona que le sigue, lo observa y lo interpreta desde su mirada, para poder darle una nueva "lectura" - El tercero, coge ambos dibujos e intenta hacer una historia a partir de ambos dibujos. <i>Objetivos:</i> - A partir de 2 artistas seleccionados. Que ellos sean capaces de tener una mirada activa ante la situación vivida del otro y que puedan transformarla. - Observar de qué manera estas resonancias hacen eco en ellos.
Sesión 3	"Quipu"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Crear su Quipu <i>Objetivos:</i> - Reconocer sus sentimientos, conectarse con sus experiencias, memoria - Recordar momentos, situaciones, emociones que han sido positivas y significativas durante las etapas más relevantes de sus vidas (infancia, adolescencia y adultez).
Sesión 4	"Mural de los cuerpos"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Crear un mural con el contorno de los cuerpos. <i>Objetivo:</i> - Relación con el otro - Crear a partir del movimiento, del cuerpo, conocer y respetar los límites, el cuidado y la interacción grupal.

Sesión 5	"Segunda Piel"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Escayolar la mano <i>Objetivo:</i> - Que los usuarios puedan involucrarse en el proceso y con el estado de su compañero. - Permitiendo el contacto físico entre ellos y las diferentes sensaciones que esto provoca
Sesión 6	"Segunda Piel"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Escayolar la mano <i>Objetivo:</i> - Que los usuarios puedan involucrarse en el proceso y con el estado de su compañero. -Permitiendo el contacto físico entre ellos y las diferentes sensacionesque esto provoca
Sesión 7	"Mi Sueño"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Inicio recordar fiestas de fin de año. - imaginarse que pueden cumplir un sueño. - pintar, dibujar, escribir o utilizar el material que ellos deseen, para poder llevarlo a cabo <i>Objetivos:</i> - Jugar con el imaginario, con situaciones hipotéticas. - Que puedan permitirse soñar y desear algo diferente a la realidad más próxima
Sesión 8	"Nuestra Realidad"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Explicación Dadaísmo - Collage <i>Objetivos:</i> - Identifiquen su momento actual, sus sentimientos y emociones
Sesión 9	"Como me siento"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Pensar como se siente en relación a la enfermedad, como se llevan con ella. - Expresar a través de la creación artística <i>Objetivo:</i> - Reconocer la enfermedad - Reconocer sus potencialidades para afrontarla
Sesión 10	"Mandala"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Explicación Mandala - Trabajo <i>Objetivos:</i> - Que rescaten aspectos de sus etapas vividas. - Interactuar y respetarse en el espacio
Sesión 11	"Arcilla"	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Presentación de la arcilla - Modelar dejándose sentir <i>Objetivos</i> - Acercarlos a otro material - Que los usuarios, puedan expresar libremente a través del material
Sesión 12	Preparación para la visita al Museo Reina Sofia: Exposición de	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Presentación de las obras que serán vistas en la exposición Locus Solus, de Rene Rousseu (Sesión preparada por la Dra. Noemí Martínez)

	Rene Rousseu	
Sesión 13	Visita al Museo Reina Sofia: Exposición de Rene Rousseu	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Visita a la exposición Locus Solus, de Rene Rousseu (Visita guiada por la Dra. Noemí Martínez)
Sesión 14	“Mis recuerdos, mis memorias”	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Recordar visita a museo Reina Sofía - Expresar algún recuerdo <i>Objetivos:</i> - Puedan conectar con ellos mismo, con sus recuerdos y su memoria - Rescaten y valoren la individualidad
Sesión 15	“Mis recuerdos, mis memorias”	- <i>Presentación de la Propuesta:</i> - Continuidad de la sesión anterior - Que construyan cajas, donde puedan atesorar sus recuerdos y memorias.
Sesión 16	“La danza de los Pinceles”	<i>Presentación de la Propuesta:</i> - Concentrarse en como se sienten y en la musica; expresarse con pintura. A. Trabajo Individual B. Trabajo en grupo <i>Objetivo:</i> - Conectarse con sus emociones - Relacion interpersonal
SEGUNDO FASE: CAMBIO DE ENCUADRE – SESIONES SIN PROPUESTA		
Sesión 17 hasta las Sesión 27	Sesión sin propuesta	Que cada uno se conectara con sus sentimientos y que los expresaran a través de la pintura o dibujo

En el caso estudiado, el equipo de la UME en su informe sobre la usuaria había destacado que lo más llamativo era su sintomatología negativa (apatía, desgana, aplanamiento afectivo y aislamiento) y que ésta le impedía una adecuada reinserción sociolaboral. A partir del informe psiquiátrico y del marco teórico de esta investigación, hemos decidido en este caso particular observar los síntomas: Aplanamiento Afectivo; Abulia; Apatía; Anhedonía/Aislamiento y Problemas Cognitivos de Atención.

Para realizar una investigación cualitativa, es necesario analizar la información y realizar una contrastación de la realidad junto con las sesiones de manera más detallada, con el objetivo de , verificar si el Arteterapia ha sido una vía de trabajo eficaz para afrontar la sintomatología negativa. Se han creado indicadores, con el objetivo de hacer una observación más detallada y valida. Con estos indicadores el

objetivos no es de crear un patrón, de generalizar, sino intentar describir de forma más objetiva lo que paso en el proceso de esta persona.

En la Tabla 2 se detallan los indicadores creados con el objetivo de observar si hubo un cambio de respuestas hacia la sintomatología negativa.

TABLA 2: SÍNTOMAS NEGATIVOS Y INDICADORES OBSERVABLES DURANTE EL TALLER DE ARTETERAPIA

<i>Aplanamiento afectivo:</i>	<i>Indicador observable</i>
Insensibilidad afectiva	Sonreí
Escaso contacto visual	Mantiene Contacto Visual

<i>Abulia</i>	<i>Indicador observable</i>
Falta de persistencia en las actividades	Empieza y termina la actividad
Falta de energía	Deseo por participar

<i>Apatía</i>	<i>Indicador observable</i>
Falta de interés	Iniciativa

<i>Anhedonía – aislamiento</i>	<i>Indicador observable</i>
Disminución del interés y del placer	Interés por la actividad Manifiesta satisfacción hacia su creación
Dificultad para crear relaciones próximas /no se esfuerza para relacionarse	Habla con los demás Copia elementos de alguien Cede su lugar Crea algo para el otro
Se siente emocionalmente vacío	Refiere sentimientos de amor Refiere sentirse contenta

<i>Problemas cognitivos de atención:</i>	<i>Indicador observable</i>
Dificultad para concentrarse	Mantiene la concentración

A continuación haremos una descripción breve de las sesiones que nos han parecido más significativas para este estudio de caso y donde hemos podido observar los indicadores que señalan la existencia de algún cambio en las respuestas de la usuaria y que se relacionan con sus propias potencialidades de afrontamiento a la sintomatología negativa. Después de esta descripción se hará un análisis de la sesión relacionando con los indicadores observables. El numero de sesiones de todo el taller fueron de 27, esta usuaria ha participado de 19 y para este estudio analizaremos 12 sesiones. Todas las imágenes presentadas son de autoria de Pamela Martínez y Paula Güntzel y se cuenta con la autorización para su publicación.

OBS: M.L., se ha incorporado a los talleres de Arteterapia a partir de la sexta sesión.

Sesión 6

Fecha: 16/12/11

Descripción breve:

Nos presentamos a M.L y explicamos la propuesta de la actividad. La primera cosa que dice es que no tiene ganas de hacerlo. Le preguntamos si quiere intentarlo y si después de haberlo intentado no le gusta, no hará falta que termine. Dice estar de acuerdo y se acerca a la mesa. En esta sesión dábamos continuidad a la sesión anterior, donde los usuarios habían hecho las manos de escayola y en esta sesión las pintarían. Como los participantes estaban pintando las manos de escayola, una de las arteterapeutas en prácticas le ha acompañado en la construcción de su mano de escayola.

FOTOGRAFÍA 1: OBRA SIN TÍTULO



Cierre: Comenta que le ha gustado esta actividad y que ha sentido una sensación de cariño al ser tocada por otra persona.

Análisis: En esta sesión nos ha parecido interesante destacar que ha sido su primera participación en el taller y por lo tanto el primer contacto con las arteterapeutas en prácticas. Además, como tiene muy presente el síntoma negativo “Anhedonía/Aislamiento”, tener que enfrentarse a mantener el contacto físico con alguien, le supone un reto, sin embargo su actitud indica que se ha producido un resultado positivo. La construcción de su mano le ha permitido interactuar con el otro, en este caso la Arteterapeuta en prácticas y puede que en este momento se haya abierto una puerta, una vía para el cambio.

En esta sesión se ha podido observar dos indicadores: MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN (referente al síntoma

ANHEDONÍA/AISLAMIENTO), ya que refiere haber gustado de la actividad y haber sentido una sensación de cariño al ser tocada por otra persona y MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente al síntoma PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN), pues ha permanecido todo el tiempo concentrada en el proceso de creación de su mano de escayola.

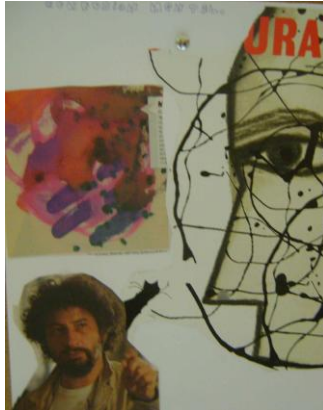
Sesión 9

Fecha: 27/01/12

Descripción breve:

Al llegar al taller comenta que no quiere hacer nada, que no tiene ganas. La invitamos a que escuche la propuesta y después decida si quiere participar o no. Después de escuchar, decide participar. Se puede observar que está más involucrada en su obra. Mira diversas revistas hasta que encuentra las imágenes que quiere utilizar, crea su obra con cuidado eligiendo donde pondrá cada imagen seleccionada. Se mantiene muy concentrada en su trabajo y se queda hasta el final del taller.

FOTOGRAFÍA 2: CONFUSIÓN MENTAL



Cierre: El título de su trabajo es “Confusión Mental”, explica que ha utilizado colores difusos pues es así como se siente a veces y que la red encima de la cara representa la sensación que a veces tiene de no ver las cosas con claridad. Comenta también que el recorte del hombre que aparece en su trabajo, era para advertir que “si no siguen el tratamiento se convertirán en ese hombre loco que aparece ahí!”

Análisis: en esta sesión se observa los siguientes indicadores: EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD (referente a ABULIA) y MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN).

Sesión 11

Fecha: 10/02/12

Descripción breve:

En esta sesión la propuesta era que experimentasen el contacto con un nuevo material, la arcilla. Al principio manipularían el material para después, si sintiesen el deseo, crear algo. En esta sesión no hemos tenido que motivar M.L para que participara de la actividad, apenas ha visto el material y se ha acercado a la mesa y ha empezado a crear. No ha mostrado ningún rechazo hacia el material, sino todo lo contrario, se la veía disfrutar con él. Mientras manipulaba la arcilla, hablaba con el participante que estaba a su lado. Estaba concentrada en la actividad pero también interactuaba con los compañeros, manteniendo el contacto visual, y preguntándoles que hacían. Se la veía reír en varios momentos, principalmente cuando comentaba lo que estaba haciendo. En esta sesión tenía una expresión distinta, se mostraba más tranquila, sonriente y abierta al contacto con los demás, incluso haciendo comentarios positivos sobre las obras de los participantes.

FOTOGRAFÍA 3: OBRA SIN TÍTULO



Cierre: Explica que ha hecho una cama, una silla, un “cagadero, con su tapa” un señor en el “cagadero” y otro mueble. Que era un hombre de la prehistoria. Al presentar su obra pareciera estar contenta, sonreía mientras hablaba.

Análisis: En esta sesión se ha podido observar los siguientes indicadores: SONREÍ y MANTIENE EL CONTACTO VISUAL (referente a la sintomatología APLANAMIENTO AFECTIVO); EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD, DESEO POR PARTICIPAR (referente al síntoma de ABULIA); INICIATIVA (referente al síntoma

APATÍA) y MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU OBRA, HABLA CON LOS DEMÁS (referente al síntoma ANHEDONIA/AISLAMIENTO) y MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN).

Hasta ahora ha sido la sesión que se le ha visto más involucrada. En este caso creemos que el material utilizado ha sido un factor que haya ayudado en este proceso de vinculación.

Sesión 16

Fecha: 16/03/12

Descripción breve:

M.L. llega y dice que no quiere hacer nada, que no le apetece. Le comentamos la actividad, la invitamos a participar y entonces decide participar. Esta actividad constaba de dos partes, en la primera, cada uno haría su obra y en la segunda sería realizada una obra colectiva. En la primera parte se la veía muy concentrada e involucrada con su obra. Parecía estar disfrutando, miraba a los demás participantes, sonreía, hablaba con la participante que estaba a su lado mientras pintaba. Cuando hemos propuesto la segunda parte de la actividad, dijo que no quería intervenir en la obra de los otros y tampoco quería que los demás intervinieran en su obra. Le hemos dicho que no había problema que podría hacer su obra sola. Cuando todos empezaron a pasarse las obras, M.L. ha quedado un momento observando y después ha dicho que también quería participar. Entregó su trabajo a un participante y plasmó su mano de morado para dejar su huella en todas las obras. Se veía que estaba contenta, pues a cada huella que dejaba en las obras, sonreía y miraba a los demás.

FOTOGRAFÍA 4: OBRA SIN TÍTULO



FOTOGRAFÍA 5: OBRA COLECTIVA



Cierre: Ha comentado que le había gustado esta actividad, ha explicado su primer obra y ha explicado que ha hecho un corazón con mucho color.

Análisis: Los indicadores observados en esta sesión fueron: SONREÍ, MANTIENE EL CONTACTO VISUAL (referente al APLANAMIENTO AFECTIVO); EMPIEZA Y TERMINA ACTIVIDAD, DESEO POR PARTICIPAR (referente a ABULIA); MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, HABLA CON LOS DEMÁS

(referente a ANHEDONÍA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN
(referente a PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN)

Nos parece interesante destacar que en esta sesión, a pesar de un primer rechazo a participar de la actividad con el grupo, se ha dispuesto a participar. Creemos que la posibilidad de decisión, sin presión ha permitido que fuera autónoma en su actuar y que sintiera por deseo propio la motivación de participar junto al grupo. Sabemos todo lo que supone para una persona que tiene tan marcada la sintomatología negativa, dejar este lugar de “no estar” de “no ser” y experimentar ponerse en otro lugar, un lugar de protagonismo y autonomía. Nos parece significativo que la manera de intervenir haya sido dejando su huella, que es algo muy particular de una persona, que la diferencia de los demás.

“La creación, el hecho de intervenir en el mundo, es un acto que incluye el dejar la huella, el dejarse en la huella, por ello trazo ligado al tacto y a la caricia –caricia dada o caricia recibida-. Huella de nosotros y huella del mundo en nosotros. Reflejo, reconstrucción, señal, el dibujo es huella, índice de sí y a la vez icono y a la vez símbolo. Encierra múltiples y complejos significados que remiten a complejas tramas de lo psíquico donde se entremezclan las demandas, las pulsiones, los fantasmas.” (López Fernández Cao en Del Río, 2006: 8)

Sesión 17

Fecha: 23/03/12

A partir de esta sesión, después de una supervisión, hemos decidido no llevar más propuestas, ya que pensamos que al no llevar propuestas, estaríamos más pendientes de observar el proceso creativo de los usuarios, la relación con su obra, con los materiales y las relaciones entre los participantes y con las arteterapeutas en prácticas.

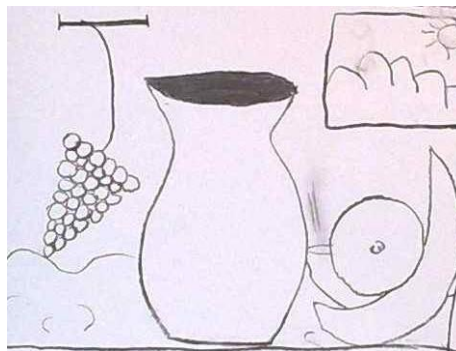
Descripción breve:

Cuando terminamos de mencionar la el cambio de encuadre de la sesión, M.L, se dirige hacia el ordenador para buscar una imagen. Se queda sentada ahí y empieza a trabajar en la mesa donde está el ordenador. Comenta con la Arteterapeuta en prácticas que le gustaría experimentar otro material y coge el carboncillo para dibujar en el folio. Pasa toda la sesión delante del ordenador, trabajando sola. Demuestra entusiasmo al empezar su obra. Ha cogido un folio más pequeño que los demás compañeros. Se concentra y difumina con gran entusiasmo. Se siente orgullosa de su dibujo. Dice que lo ha visto en el ordenador y que inmediatamente ha querido hacer lo mismo. Aunque dice que la suya no es la “Maja Desnuda”, sino que es la “Musa con Ropa”. En este día se observa su iniciativa al ponerse a crear. Su resultado le gusta, y se siente satisfecha, que luego del cierre va a buscar al psiquiatra para enseñarle lo bien que ha dibujado. Incluso se entusiasma y realiza un segundo dibujo, muy rápido, que lo sitúa también en el corcho al lado de su “Musa”. Sus compañeros le han comentado que había hecho una pintura muy bonita. Sonreí al escuchar a los compañeros.

FOTOGRAFÍA 6: MUSA



FOTOGRAFÍA 7: OBRA SIN TÍTULO



Cierre: Comenta que había dibujado la "Musa" porque le gustaba mucho este dibujo. También comenta que le había gustado trabajar con el carboncillo y de la sensación buena que ha sentido al difuminar. También comenta que para la próxima sesión dibujaría un "Cupido".

Análisis: En esta sesión se ha podido observar casi todos los indicadores: SONREÍ, MANTIENE CONTACTO VISUAL (referente a APLANAMIENTO AFECTIVO); DESEO POR PARTICIPAR, EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA); MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, REFIERE SENTIRSE CONTENTA, HABLA CON LOS DEMÁS (referente a ANHEDONÍA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN)

A partir de esta sesión se ha observado un cambio en la forma de participación de M.L en los talleres. El hecho de no tener una propuesta le ha significado utilizar otras herramientas, que podrían significar un camino hacia su transformación. Ha hablado de la sensación de placer y de sentirse contenta y eso se observaba a través de sus comentarios así como a través de su postura corporal. Al ver su trabajo terminado se la veía muy contenta, pareciera que había descubierto algo en sí que hasta hoy estaba escondido, su capacidad de crear, y como bien dice Fiorini, todos los seres humanos son portadores de potenciales creadores. En el caso de M.L haber descubierto este potencial en un primer momento le ha generado sorpresa, pues miraba su trabajo con una cierta "incredulidad".

Otro punto a destacar es que aunque durante el taller haya trabajado sola, al final si interactúa con los participantes y sale del espacio del taller para llamar al psiquiatra y esto es muy significativo, ya que busca al otro, busca la mirada del otro. Aquí se puede hacer una relación con lo que Winnicott habla sobre el mirar y ser mirado, y el permitirse mirar en forma creadora y esta percepción creadora es lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena vivirla. Este impulso creador permite que el sujeto salga de una posición de apatía, anhedonia, aislamiento para estar en el mundo.

Sesión 18

Fecha: 30/03/12

Descripción breve:

M.L llega a la sesión animada. Pregunta que hay que hacer, cuando le decimos que puede expresarse como quiera, se dirige al ordenador pues como se comentó en la sesión pasada, dice que hará un Cupido y que ya había buscado una imagen para copiar. Durante toda la sesión se queda en la mesa del ordenador, trabajando sola. Disfruta del trabajo. Durante la sesión se la ve muy concentrada en su obra. Cuando un participante se acerca y le comenta que está muy bonito, mira al participante y le sonreí.

FOTOGRAFÍA 8: CUPIDO



Cierre: Explica que ha dibujado un cupido pues le gusta mucho esta imagen y la idea del amor para el mundo. Comenta que para la próxima sesión va a dibujar un corazón, pero un corazón de verdad.

Análisis: En esta sesión se observan los indicadores: SONREÍ, MANTIENE CONTACTO VISUAL, (referente a APLANAMIENTO AFECTIVO); DESEO POR PARTICIPAR, EMPIEZA Y TERMINA ACTIVIDAD (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA); INTERÉS POR LA ACTIVIDAD, MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN , HABLA CON LOS DEMÁS (referente a ANHEDONIA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN)

En esta sesión nos parece importante destacar su interés por la actividad, ya que en la sesión anterior había comentado lo que quería hacer y cuando llega a la sesión ya había buscado la imagen que quería dibujar. Este deseo de “prepararse” para la próxima sesión representa que estar en este espacio le interesa, quiere estar, se prepara para estar, hay un vínculo y un reconocimiento de este espacio como un espacio suyo, de creación y de expresión a través del arte. Este “apropiarse” del espacio es fundamental en cualquier proceso terapéutico, pues cuando uno no reconoce el espacio como suyo, no es capaz de crear un vínculo. En este caso la actividad artística, el objeto creado ha permitido la creación de este espacio terciario que nos habla Fiorini, un espacio donde se generan producciones creadoras.

Sesión 19

Fecha: 13/04/12

Descripción breve:

Como ha ocurrido en sesiones anteriores, M.L. llega a la sesión diciendo que dibujará un corazón. Al comenzar la sesión, va hacia el ordenador y busca una imagen de un corazón humano. Una de las participantes le dice que en la sesión de hoy también quería buscar una imagen en internet, entonces M.L. copia la imagen del corazón en un folio con un lápiz y avisa la compañera que ya ha terminado y le deja el ordenador para ella. Se sienta en la mesa con los demás participantes y empieza a pintar el corazón con cera roja. Utiliza bastante fuerza para pintarlo. Mientras pinta, interacciona con los demás participantes. Al recibir elogios mira y sonreí a los participantes.

FOTOGRAFÍA 9: CORAZONES



Cierre: M.L. comenta que había querido hacer este corazón latiendo, que es como su corazón que late y late, por el amor de su hijo. Que le ha gustado mucho el resultado.

Análisis: Se ha observado en esta sesión los siguientes indicadores: SONREÍ, MANTIENE CONTACTO VISUAL, (referente al APLANAMIENTO AFECTIVO); EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD, DESEO POR PARTICIPAR (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA); MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, REFIERE SENTIMIENTO DE AMOR, HABLA CON LOS DEMÁS, CEDE SU LUGAR (referente a ANHEDONIA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN)

Nos parece importante rescatar de esta sesión, su actitud hacia otra participante del taller, en dejar “su espacio”, que ya venía ocupando desde la sesión 17. Cuando hablamos de Anhedonia y Aislamiento, una de las características es que el sujeto no se esfuerza para establecer una relación con el otro, por eso su actitud ha demostrado que ha tenido empatía con la otra participante y ha hecho un movimiento hacia un cambio en la manera de relacionarse con los demás. Otro punto a destacar es la referencia que hace al amor que siente hacia su hijo. Reconoce el sentimiento y lo expresa a través de su obra y de la forma como la ha pintado. Nos ha parecido interesante haber querido dibujar un “corazón de verdad”, un corazón humano. Nos ha llamado la atención el cuidado que ha tenido en rellenar todos los espacios de “su corazón”. Parece que hay ahí una tentativa de reconocer en sí estos sentimientos de amor, de deseo de ser y de estar con el otro.

Sesión 20

Fecha: 20/04/12

Descripción breve:

M.L. llega al taller después de ya haber pasado 30 minutos del inicio. Comenta que se había quedado dormida en el salón comedor. Se sienta a la mesa con los demás participantes, coge un folio azul y ceras y empieza a dibujar. La primera cosa que hace es la cara de una mujer. Comenta que va a dibujar la mujer tormenta y sonreí a los participantes que están a su lado. Comenta que la mujer tormenta está muy contenta por haber provocado una tormenta, pero no es mala, no va a destruir todo. Después de dibujar la cara, coge pintura y empieza a utilizar muchos colores, mezclando algunos para ver el resultado que produce. Se la veía disfrutando mucho con su pintura. Por varias veces se alejaba de su obra, la miraba desde lejos y después se acercaba y seguía pintando. Ha repetido este gesto de alejarse y acercarse varias veces. Miraba el trabajo y sonreía.

Al terminar su obra demostraba estar contenta y cuando otra participante le dice que había hecho un trabajo muy bonito, sonreí a la compañera y comenta: “Es que en ese trabajo he derrochado creatividad”. Todos se ríen con su expresión, pero decían que estaban de acuerdo. Ha dicho que este había sido el trabajo más bonito que ya había hecho.

FOTOGRAFÍA 10: LA MUJER TORMENTA



Cierre: Explica que ha querido representar a la tormenta, que es una especie de mujer de las tormentas. Que está el sol, pero detrás de las nubes.

Análisis: Se observa los siguientes indicadores: SONREÍ, MANTIENE EL CONTACTO VISUAL, (referente al APLANAMIENTO AFECTIVO), DESEO POR

PARTICIPAR, EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA), MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, REFIERE SENTIRSE CONTENTA, HABLA CON LOS DEMÁS (referente a ANHEDONIA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN)

En esta sesión deja de lado el ordenador como fuente de inspiración y empieza a utilizar sus recursos propios. Dibuja la mujer tormenta, que está contenta por haber provocado la tormenta. Hay un atravesamiento de los límites, donde se permite pasar de un trabajo muy estructurado (Sesiones: 17, 18, 19) a un trabajo más libre, sin límites definidos.

Se supone que para llegar a esta fase, haya sido importante haber pasado por el momento de copiar imágenes estructuradas, para que se sintiera más segura y así, se atreviera a dar un paso rumbo al desconocido, al caos creador. Se ha permitido por que sentía seguridad en este espacio arteterapéutico, donde sabía que sería sostenida por lo ya dado y así ha podido transgredir esa barrera (Fiorini, 1995).

Siente libertad y placer, placer en mirar su creación y reconocerse en ella, reconocer su capacidad de crear, de innovar. El soporte, en este caso el papel, se convierte en un campo de acción, de entrenamiento, donde ya se puede desplegar posibilidades. (Sanz-Aranguéz y Del Río, 2010).

Sesión 21

Fecha: 27/04/12

Descripción breve:

M.L. entra en el taller muy tranquila, se pone al lado de una compañera que en este día estaba muy enfadada, la mira, se sienta y coge el material para empezar a trabajar. Observa lo que la compañera hace. M.L. empieza a pintar, pinta un paisaje. Comenta con la arteterapeuta en prácticas, que en las clases de pintura había aprendido a mezclar colores y dar intensidad a los elementos. Utiliza esta técnica aprendida para pintar el sol y el río. Al final pinta las flores. La participante que esta a su lado le dice, muy enfadada, que ella le estaba copiando, y M.L. contesta que sí, que le había copiado pues las flores que había hecho le parecían que estaban muy bonitas y ha querido poner en su obra estas flores. Dice a la compañera que ella le ha servido de inspiración. La participante sonreí y se tranquiliza.

FOTOGRAFÍA 11: EL DESCANSO TIENE SU FIN



Cierre: Explica que es un paisaje de tranquilidad, su título es “El descanso tiene su fin.”

También comenta que está muy satisfecha, de cómo se está expresando a través de la pintura. Que la participante que estaba a su lado le ha servido de inspiración y que le han gustado las flores que ella ha puesto, por eso ella también ha hecho sus flores.

Escribe:

“El significado del cuadro es un descanso en la vida. Que tenemos que estar activos pero descansar, pero el descanso tiene su fin. Al igual que todo. No tenemos que ser perezosos y estar activos física y psíquicamente.”

Observación: a partir de la sesión 17, cuando terminaban su obra, le preguntábamos si querían escribir lo que habían querido expresar. Hasta el día de hoy M.L nunca había querido escribir.

Análisis: Se observan los siguientes indicadores: SONREÍ, MANTIENE CONTACTO VISUAL, (referente al APLANAMIENTO AFECTIVO); EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD, DESEO POR PARTICIPAR (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA); MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, REFIERE SENTIRSE CONTENTA, HABLA CON LOS DEMÁS, COPIA ELEMENTO (referente a ANHEDONÍA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a la PROBLEMAS COGNITIVOS DE LA ATENCIÓN).

En esta sesión se observa un cambio en la manera que se expresa a través de su obra. Pasa de “La mujer tormenta” de la sesión pasada, para una obra que representa la tranquilidad.

Sesión 22

Fecha: 04/05/12

Descripción breve:

M.L, llega un poco después del inicio del taller. Se encuentra muy tranquila y pregunta lo que hay que hacer. Le contestamos que se conectara con sus sentimientos y emociones y que expresara a través del arte. Coge un folio blanco, cera amarilla, azul y blanca. Empieza dibujando un círculo amarillo en el centro y alrededor pinta con el blanco. Poco a poco va mezclando el azul con el blanco. Dibuja, para un rato, mira su trabajo y sigue añadiendo más azul. Refiere que le gusta trabajar con la cera. Se la ve disfrutando de su creación. Al terminar de pintar mira a una de las Arteterapeutas en prácticas que está cerca y le dice: “Mira lo que hago con mi trabajo” y arruga el papel como si fuera una pelota, la Arteterapeuta en práctica la mira y le sonreí y M.L sonreí, abre el papel y pasa la mano por en cima y lo deja plano otra vez. La participante que está cerca dice: “¡Ala, Qué chulo! Parece una tela de tan bonito que ha quedado!”. M.L empieza a sonreír y pone el título y nombre y cuelga en el corcho.

FOTOGRAFÍA 12: EL CIELO



Cierre: Explica que había dibujado un cielo, un poco nebuloso, como el día de hoy, pero con sol.

Escribe: *“El cielo azul y nublado con el sol representa la vivencia de las personas en el mundo. Una mirada al cielo en este dibujo. Fin.”*

Los participantes comentan que su trabajo esta muy bonito, que les parecia interesante la textura que tenía. M.L sonreí mira y sonreí a los comentarios y sigue mirando su trabajo. Se puede observar que está contenta con el resultado

Análisis: Se observan los siguientes indicadores: SONREÍ, MANTIENE CONTACTO VISUAL, (referente al APLANAMIENTO AFECTIVO); EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD, DESEO POR PARTICIPAR (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA); MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, REFIERE SENTIRSE CONTENTA, HABLA CON LOS DEMÁS (referente a ANHEDONÍA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a la PROBLEMAS COGNITIVOS DE LA ATENCIÓN).

En esta sesión parece relevante destacar, además de los indicadores observados, la “destrucción y reconstrucción” de su obra.

Para Winnicott la “supervivencia” del objeto a la destrucción permite ubicarlo fuera de sí, permite que se pueda utilizar el objeto y devolverlo a una sustancia “que-no-es-yo”.

Pichón-Riviere también nos ayuda en esta reflexión al decir que esta posibilidad de “reparar” el objeto destruido puede significar el triunfo de la vida sobre la muerte, de la salud sobre la locura y así, contradicciones que habitan el contexto de la creación se van resolviendo sobre la marcha y el contenido y la forma recrean una nueva estructura. Todo este proceso resultará en la aparición de un objeto externo que será contemplado por los demás.

Ese nos parece muy significativo en el caso de M.L, pues este espacio terapéutico de sostén, le está permitiendo experimentar otras maneras de relacionarse, de estar en el mundo. Para Fiorini, este es un lugar intermedio de realidad donde se puede atreverse, explorar, que se puede abarcar, manejar y controlar, transformar, destruir y desde el cual es posible imaginar y construir nuevas formas vinculares.

Sesión 23

Fecha: 11/05/12

Descripción breve:

Esta sesión se ha empezado un poco más tarde de lo habitual, ya que las arteterapeutas en prácticas habían sido invitadas a presentar un estudio de caso sobre el arteterapia para el equipo de la UME. Los usuarios habían sido avisados en la sesión anterior.

Cuando las arteterapeutas llegan a la sesión, todos, menos ML, ya están sentados alrededor de la mesa esperando el inicio de la sesión.

Al ver las arteterapeutas en prácticas entrar en el taller, M.L, también entra y va directo al ordenador y comenta que ya sabe lo que va hacer. Dice que quiere hacer una Medusa. Comienza a dibujar muy concentrada frente al ordenador. Trabaja solo con lápiz.

FOTOGRAFÍA 13: MEDUSA



Cierre: Comenta que ha dibujado una Medusa pues había sido un pedido de una de las participantes (es con esta participante que empieza a tener una relación más cercana, es con la que más habla durante las sesiones y es la misma de la cual copia las flores en otra sesión). Dijo que como esta compañera estaba preparando una presentación donde iba hablar sobre la Medusa, M.L. ha dicho que quería ayudarla. Los compañeros le dicen que había hecho un trabajo muy bonito, ella

sonreí y dice que sí, que le había quedado muy bien.

No quiere escribir.

Análisis: Se observan los siguientes indicadores: SONREÍ, MANTIENE CONTACTO VISUAL (referente al APLANAMIENTO AFECTIVO); EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD, DESEO POR PARTICIPAR (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA); MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, REFIERE SENTIRSE CONTENTA, HABLA CON LOS DEMÁS, CREA ALGO PARA EL OTRO (referente a ANHEDONÍA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a la PROBLEMAS COGNITIVOS DE LA ATENCIÓN).

En esta sesión nos parece interesante destacar esta iniciativa que ha tenido de hacer una obra para ayudar a otra participante. Se percibe que quiere mantener esta relación más cercana, pues demuestra preocupación y el deseo de ayudar al otro y esta actitud en el caso de M.L es muy significativa. Se puede observar como poco a poco va estableciendo un vínculo con esta participante y también los movimientos que M.L hace para mantener esta relación. Ella hace esta obra y se dedica mucho a ella, ya que esta muy atenta con todos los detalles, incluso en la sesión siguiente después de haber terminado su obra, retoma la “Medusa” para finalizarla, muy atenta a todos los detalles. M.L. ha descubierto en si esta capacidad de crear y reconoce eso como algo positivo y tiene la generosidad de regalar su obra, su creación a alguien. Parece ser un paso importante en su caso, ya que cambia su manera de relacionarse, y encuentra en si capacidades para hacer este cambio.

Sesión 27 – Última sesión

Fecha: 05/06/12

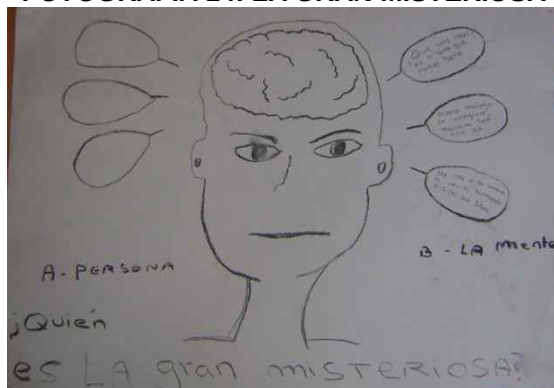
Descripción breve:

Como esta era la última sesión y con el objetivo de hacer un cierre que fuera significativo, hemos retomado la propuesta de la primera sesión “La puerta de Magritte” con el objetivo de que cada uno pudiera hacer un reflexionar sobre su participación en este taller.

M.L no había estado en la primera sesión. Después de escuchar la propuesta, sin muchas ganas, ha cogido un folio y carboncillo y ha dibujado una mujer y los bocadillos y abajo ha escrito “la gran misteriosa: a) persona, b) la mente”. Dice que ha terminado y cuelga la obra en el corcho. Una de las arteterapeutas en prácticas le pregunta si esta listo y ella mira su obra y dice que va a escribir en los bocadillos. Coge su trabajo y escribe en los bocadillos.

Termina y entrega la obra a la arteterapeuta en prácticas para que cuelgue su trabajo. Entonces dice que va hacer algo más. En este momento se la observa con más ganas de hacer la obra. Coge el folio en blanco y pinturas coloridas y pinta los caminos recorridos. Hace líneas y círculos, no tarda mucho en terminar la obra. Mira la obra y expresa satisfacción, le gusta el resultado y las combinaciones de los colores. Dice que ya había terminado y entrega su obra para que se la cuelguen. Queda un tiempo parada, mirando a los demás y llama una de las arteterapeutas en prácticas y dice que se aburre. La arteterapeuta en practicas le pregunta si quiere hacer otra obra y M.L. contesta que sí. Cuando empieza a pintar esta obra, se la nota más tranquila, observa el folio y empieza con el carboncillo, trabaja mas despacio que en la obra anterior. Observa la obra y añade colores. Disfruta más de los materiales, trabaja con acuarela y le gusta el resultado producido. Su actitud en relación ha esta obra ha cambiado. Mientras en las otras dos las realiza de manera rápida (pareciera estar haciendo algo para “cumplir” la tarea) en esta, le pone más atención, observa los colores que utiliza, tiene más cuidado en el momento de pintar.

FOTOGRAFÍA 14: LA GRAN MISTERIOSA



FOTOGRAFÍA 15: LAS IDEAS E INCONVENIENTES



FIGURA 16: LA PUERTA DEL MUNDO Y SUS VENTANAS (NUESTRA CASA)



Cierre: Quiere hablar de sus tres obras: De la primera solo comenta que ha dibujado la Gran Misteriosa y le preguntan quien es la Gran Misteriosa y ella contesta que es la mente. Y dice que no tiene nada más para hablar de esta obra. En la segunda obra dice que ha querido representar las ideas e inconvenientes, los caminos que recorreremos y que a veces tenemos que afrontar dificultades, que representa con las líneas pero comenta que siempre hay esperanza, que representa con los círculos.

Sobre su última obra comenta que ha dibujado los diferentes caminos y puertas que se pueden encontrar. Dijo que ha dibujado una puerta y que esta te lleva al mundo y que de allí se encuentran ventanas que abren nuevos y diferentes caminos en la vida.

Análisis: Se observan los siguientes indicadores: SONREÍ, MANTIENE CONTACTO VISUAL, (referente al APLANAMIENTO AFECTIVO); EMPIEZA Y TERMINA LA ACTIVIDAD, DESEO POR PARTICIPAR (referente a ABULIA); INICIATIVA (referente a APATÍA); MANIFIESTA SATISFACCIÓN HACIA SU CREACIÓN, HABLA CON LOS DEMÁS (referente a ANHEDONÍA/AISLAMIENTO); MANTIENE LA CONCENTRACIÓN (referente a la PROBLEMAS COGNITIVOS DE LA ATENCIÓN).

Nos parece interesante la reacción de M.L ante una propuesta de actividad. Podríamos decir que en esta sesión se ha podido observar dos fases en su proceso. En la primera fase, crea algo a partir de la propuesta de actividad. Realiza un trabajo, en el sentido de cumplir una tarea. En el segundo momento, demuestra iniciativa y se expresa de manera libre, le gusta la sensación de trabajar con acuarela y el resultado de su trabajo. En la tercera obra se la observa muy involucra en su proceso de creación, ya que se la nota más concentrada y atenta a los detalles de su trabajo.

Sobre la ultima obra, “La puerta del mundo y sus ventanas”, nos parece interesante destacar algunos puntos.

M.L. llega a los talleres con una marcada sintomatología negativa y no demuestra interés en participar y menos en interactuar con los demás. Según el informe medico, no hacía ningún esfuerzo para establecer vínculos con otras personas y llegaba a una situación de abandono de sí.

Haber realizado una obra que se llama la “Puerta del mundo y sus ventanas” parece ser un paso importante. Además en su obra relaciona la puerta y las ventanas con la representación de mundo y conecta todos los elementos a través de líneas. Además, refiere que esta puerta te lleva la mundo y desde de ahí, se abren delante de ti varias ventanas. Desde nuestra mirada, se puede observar un deseo de “estar en el mundo” y de establecer una conexión con su realidad y con los demás.

Haciendo un recorrido sobre la participación de M.L en los talleres de Arteterapia se puede observar un cambio de actitud de M.L., ya que abandona su postura inicial de no querer hacer para una postura de participación y colaboración. Pasa del “no deseo” a una iniciativa de “querer ser”, de “querer estar” con los demás.

Presenta momentos de mayor integración con los demás participantes en las sesiones. Aunque algunas veces prefiere trabajar sola en frente al ordenador, también está dispuesta a crear obras para otros, y compartir con los demás sus creaciones. Se observa una preocupación hacia el otro, ya que en una de las sesiones crea un obra para una participante.

También se puede observar que ha establecido vinculo con las arteterapeutas en prácticas y que esta relación triangular entre la obra, la participante y arteterapeuta le ha permitido sentir segura en este espacio, y que esta seguridad le ha permitido atreverse, experimentar nuevas maneras de expresarse y relacionarse.

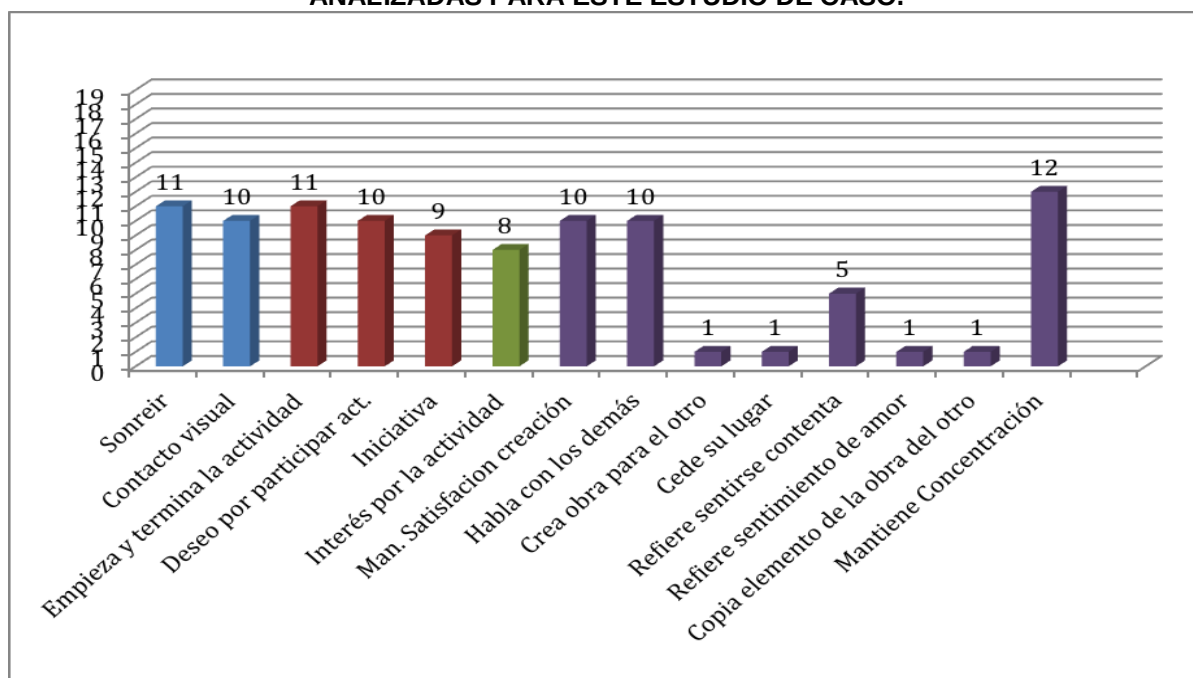
Cuando hablamos de la sintomatología negativa en el caso de M.L, lo más significativo es la apatía y el aislamiento, y, a través de las sesiones de arteterapia se ha podido abrir una pequeña puerta o ventana, una vía por donde empezar el proceso de transformación y cambio, una vía por donde M.L ha podido conectarse consigo misma y con los demás. Aquí no queremos decir que el Arteterapia es la panacea, pero sí, podemos afirmar que en este caso particular se ha podido observar pequeños pasos hacia la mejora y recuperación.

También queremos destacar que M.L participa de un programa de rehabilitación psicosocial, donde también recibe otros tipos de terapia, que le ayudan en este proceso. Y aquí podemos afirmar que el arteterapia es una vía de trabajo importante en la composición de un programa de rehabilitación, destacando que el arteterapia tiene una característica muy especial que es a la de convocar todo el potencial creativo y saludable del sujeto.

3.6.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con el objetivo de visualizar de una manera más objetiva los resultados observados en este trabajo, se presenta a seguir la Grafica 1, donde se presenta los indicadores observados en todas las sesiones analizadas para este trabajo.

GRAFICA 1: GRAFICA CON LOS INDICADORES OBSERVADOS DURANTE LAS SESIONES ANALIZADAS PARA ESTE ESTUDIO DE CASO.



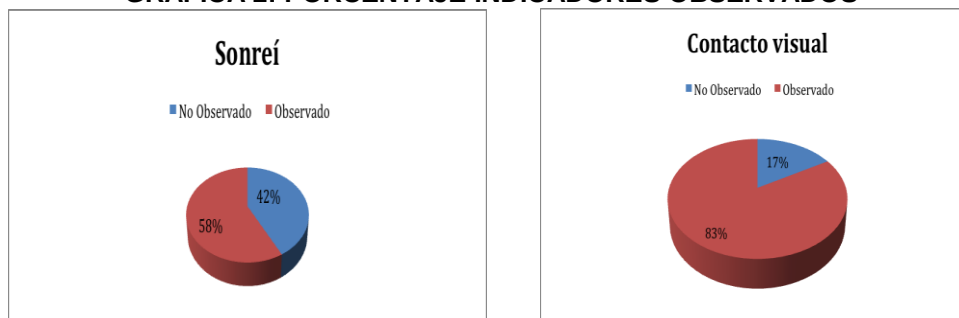
FUENTE PROPIA

Esta gráfica representa, en eje vertical, en numero de sesiones en que la usuaria ha participado (19 en un total de 27) y en el horizontal los indicadores observados en las sesiones analizadas (12 no total). Quisiéramos aclarar que solo se han elegido 12 sesiones, ya que éstas representaron con claridad los indicadores que fueron diseñados. Se ha podido observar que en todas las sesiones que ha participado, por lo menos uno de los indicadores se ha podido observar, sin embargo, para este estudio hemos elegido las que nos han parecido más representativas de sus respuestas de afrontamiento a la sintomatología negativa.

A continuación, presentaremos los resultados obtenidos a partir del análisis de cada sesión. Se presentaran gráficas donde se especifica el porcentaje en que cada indicador observable ha sido identificado en cada sesión. Se presentaran los Síntomas Negativos y a seguir el indicador que responde a este síntoma.

- APLANAMIENTO AFECTIVO

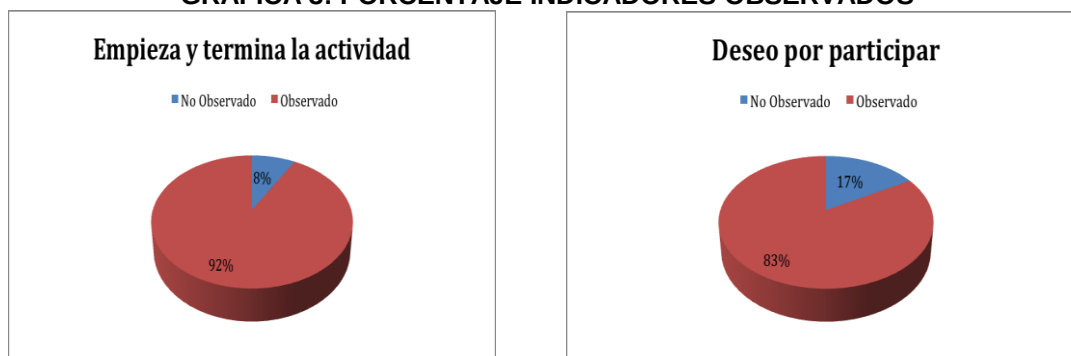
GRÁFICA 2: PORCENTAJE INDICADORES OBSERVADOS



FUENTE PROPIA

- ABULIA

GRÁFICA 3: PORCENTAJE INDICADORES OBSERVADOS



FUENTE PROPIA

- APATÍA

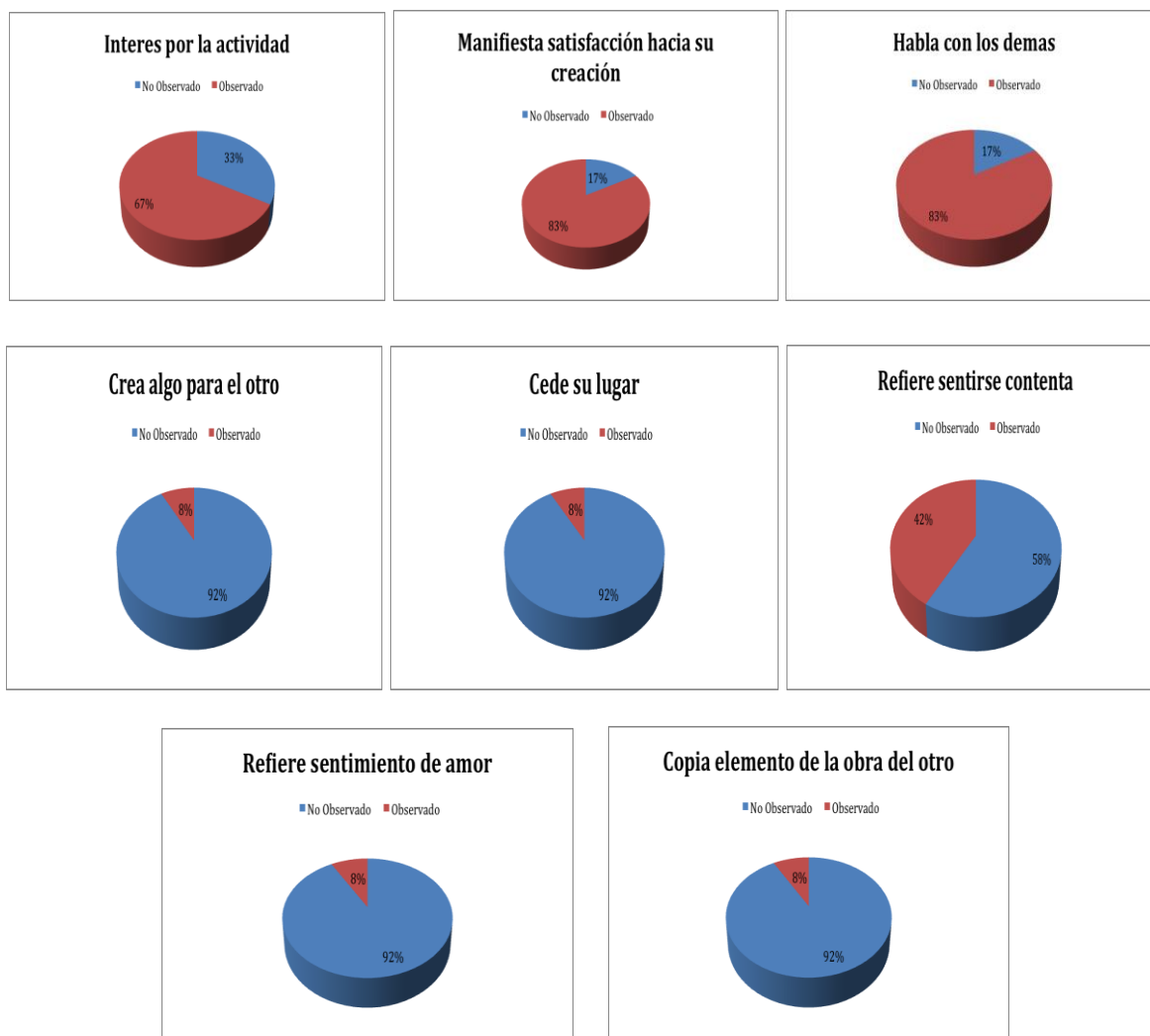
GRÁFICA 4: PORCENTAJE INDICADOR OBSERVADO



FUENTE PROPIA

- ANHEDONIA/AISLAMIENTO

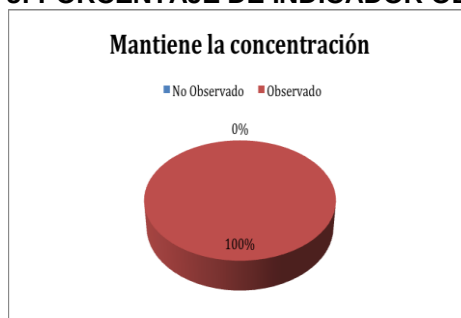
GRÁFICA 5: PORCENTAJE INDICADORES OBSERVADOS



FUENTE PROPIA

- PROBLEMAS COGNITIVOS DE ATENCIÓN

GRÁFICA 5: PORCENTAJE DE INDICADOR OBSERVADO



FUENTE PROPIA

Analizando los resultados presentados en estas gráficas, se puede constatar que los indicadores observados están presentes en la gran mayoría de las sesiones. Aquí no se trata tanto de cuantificar, sino señalar que el hecho de que estos indicadores fueron observados durante las sesiones en las cuales M.L ha participado, nos sirve de base para describir y comprender esta realidad.

De esta manera, los indicadores CREA PARA EL OTRO, CEDE SU LUGAR, MANIFIESTA SENTIMIENTO DE AMOR y COPIA ELEMENTO DE LA OBRA DE OTRO, aunque hayan sido observados en una sola sesión tiene tanta relevancia como los demás indicadores, puesto que cuando la anhedonía/aislamiento son tan marcados, el sujeto no hace ningún esfuerzo para crear o establecer vínculos con los demás, la relación con el otro parece no le importar. Por lo tanto estos la presencia de estos indicadores muestran el inicio de un movimiento hacia la transformación. Es importante destacar que estas fueron las respuestas encontradas por esta usuaria y que para ella fueron significativas y nosotros hemos podido observar como un intento de acercamiento del otro.

Nos parece relevante destacar que el indicador MANTIENE LA CONCENTRACIÓN fue observado en todas las sesiones.

Todos los indicadores creados nos ayudan a comprender como ha sido el proceso terapéutico de M.L durante los talleres de arteterapia, además de entender que el arteterapia ha sido un abordaje significativo para acompañar M.L en este proceso de inicio de cambio.

Se puede decir que el proceso arteterapéutico por lo cual ha pasado M.L. ha permitido una nueva forma de relacionarse con: los demás, consigo misma, con la obra y su realidad. Le ha servido como herramienta para cambiar su manera de actuar, de afrontar la sintomatología negativa. Es importante destacar que estas respuestas fueron dadas a partir de las potencialidades de M.L y que los talleres de arteterapia han ayudado a mover.

Si comparamos con los estudios citados en el marco teórico en los cuales concluyen que el arteterapia puede ser una vía de trabajo para afrontar la sintomatología negativa, observamos que los resultados coinciden. A seguir, de forma breve, retomamos estos estudios.

Los autores Menéndez y Del Olmo (2010), afirman en su trabajo que el arteterapia estimularía la autoimagen positiva de los pacientes, la mejora en las relaciones interpersonales, la disminución de los síntomas de apatía, mejoran la capacidad de concentración y permiten un mayor contacto con la realidad.

En el estudio realizado por Reyes (2012), algunas de sus conclusiones son significativas para esta investigación. Apunta que a través del arteterapia se desarrolla un sentimiento de competencia y mejoría de la autoimagen a través de la experiencia con los materiales artísticos y el logro de ejecutar una actividad positivamente; el trabajo artístico ayuda a contener la ansiedad y es un vehículo que favorece la relación; en el trabajo creativo los trabajos son en sí mismos puentes de interacción interpersonal. La utilización de lenguaje no verbal favorece la autoexpresión y la comunicación; los aspectos irracionales en un contexto creativo se vuelven más tolerables y esto favorece la exploración de sentimientos no tolerados, como por ejemplo, la agresividad o ideas delirantes.

Otro estudio que nos parece importante para relacionar con nuestro trabajo es el realizado por Sanz-Aranguez y Del Río (2010) donde concluyen que cada sujeto tiene una vía para vincularse con el proceso terapeutico y tenemos que estar atentos a lo que ellas denominan Ejes de Trabajo. En el caso estudiado, se puede concluir que la forma de vincularse de esta usuaria con la terapia ha sido desde el Eje: “El proceso creador”, pues refieren que son pacientes que encuentran en los procesos creadores una forma de vincularse con la realidad y su enfermedad. Además, en este Eje se incluye un grupo de personas que pueden encontrar en el medio artístico un nuevo estatus que les ofrece seguridad, incrementa su percepción de capacidad y por ello promueve el desarrollo de una nueva manera, más vital de verse a sí mismos. Además afirman que su relación con la obra se inscribe dentro de un proceso de búsqueda que trasciende la sesión dando lugar a un recorrido por el cual los elementos, las formas, los temas, van siendo incorporados como vías de trabajo con su individuación, produciéndose así, una significativa vinculación con la terapia.

Comparando los resultados obtenidos en nuestra investigación con los estudios presentados, se puede afirmar que en este caso particular, el arteterapia ha sido una vía de trabajo eficaz en el abordaje de la sintomatología negativa.

4. CONCLUSIONES

Hablar de enfermedad mental todavía es algo complejo. La nebulosa que gira en torno a estas enfermedades y particularmente en el caso de la esquizofrenia, esta relacionada con lo poco que se conoce sobre ella, dificultando así que muchas personas se acerquen a este colectivo.

Con la evolución de la farmacología, se ha podido controlar muchos de los síntomas de la esquizofrenia, sin embargo, existe algunos síntomas, particularmente los negativos que no responden a la intervención farmacológica. Por este motivo se hace necesario otras formas de intervención, otras vías de trabajo.

A partir del movimiento de la reforma psiquiátrica, las personas que padecen una enfermedad mental vuelven a ser reconocidas como portadoras del derecho de llevar una vida digna, recibiendo el tratamiento en la comunidad.

En este estudio de caso teníamos como objetivo verificar si el arteterapia sería una vía de trabajo eficaz en el afrontamiento de la sintomatología negativa. Analizando los indicadores observables sobre la respuesta del sujeto de investigación en el afrontamiento de la sintomatología negativa, se ha podido observar que el arteterapia ha sido una vía de trabajo que ha facilitado este proceso. A través de la creación artística la usuaria se ha permitido salir de este lugar de *no ser y no estar* consiguiendo dar los primeros pasos hacia un proceso de transformación.

El espacio del arteterapia ha sido un espacio suficientemente seguro para que ella se *atrevera* a intentar buscar nuevos significados en su vida y nuevas formas de relacionarse con el mundo. Además en este espacio ha reconocido en si una capacidad que todavía no sabía que tenía y esto le ha posibilitado verse a sí mismo desde otra perspectiva.

La usuaria ha podido, como nos dice Fiorini, establecer un cruce de direcciones, yendo simultáneamente de lo cerrado a lo abierto, asumiendo la potencia de la pulsión creadora y su capacidad de ensanchar en su psiquismo espacios de trascendencia y libertad.

Se puede decir que el principal aspecto que justifica el uso del arteterapia es la capacidad que tiene de potencializar la salud, ya que es capaz de movilizar,

desarrollar y potenciar las capacidades del sujeto, generando así, recursos para una evolución personal positiva.

Nos parece significativo retomar lo que Franco Basaglia decía al inicio del proceso de la reforma psiquiátrica: es necesario que pongamos la enfermedad entre paréntesis, para que así podamos ver y escuchar al sujeto.

Al proponer este tema de investigación hemos querido centrar el foco en las potencialidades, habilidades y singularidad del sujeto estudiado, buscando dar importancia a la persona, no solo a la sintomatología.

También es importante destacar que el papel del arteterapeuta es el de acompañar a este sujeto en su proceso creativo y sostenerlo en este espacio. Hemos observado que cuando cambiamos el encuadre, permitimos que la usuaria se preparase para las sesiones, ya que sabía que no llegaríamos a la sesión con una propuesta concreta sino que podría expresarse eligiendo ella misma, el tema, la técnica y los materiales a utilizar en la sesión. Hemos observado que al principio necesitó buscar referencias externas para realizar su obra. Finalmente realizó sus obras de manera intuitiva, sin necesidad de apoyarse en imágenes. El cambio de encuadre le permitió sentirse segura y libre para crear.

Con este estudio de caso podemos afirmar que la mejor forma de acompañar esta usuaria ha sido permitiéndole descubrir sus propios recursos creativos. Recursos que la han llevado a iniciar un proceso de cambio para superar la sintomatología negativa.

En relación a futuras vías de investigación, sería interesante realizar un estudio de casos múltiples, donde se crearían indicadores que fueran significativos para cada uno de los sujetos. Observaríamos que procesos creativos se pueden generar y verificar si el arteterapia sería una vía de trabajo para afrontar la sintomatología negativa en el caso de otros participantes. Para ello sería necesario alargar el proceso arteterapéutico. Para esta investigación sería de gran ayuda contar la presencia de un observador externo que nos ayudara a registrar con más precisión los indicadores. La figura del observador aportaría más datos, mejorando de esta forma el proceso de triangulación.

Con todo lo anteriormente expuesto, y atendiendo al objetivo principal de esta investigación (describir si el arteterapia es una vía de trabajo para afrontar la sintomatología negativa), se puede concluir en este caso particular, que el arteterapia ha sido una vía de trabajo eficaz. Le ha permitido desarrollar sus capacidades para encontrar respuestas para el afrontamiento de la sintomatología negativa.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Española de Neuropsiquiatría – AEN (2002). Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). ISBN13: 978-84-8446-101-2
- Basaglia, F. (1972). La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona: Barral Editores, S.A.
- Chinchilla, A. (2000). Guía terapéutica de las Esquizofrenia. Barcelona: Editorial Masson.
- Cullberg, J. (2007). *Psicosis, Una perspectiva integradora*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Del Río, M. (2006). *Creación Artística y Enfermedad Mental*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. ISBN: 978-84-669-2884-7.
- Del Río, María. (2009). *Reflexiones sobre la praxis en arteterapia*. En, Arteterapia – Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 4/2009 (pp: 17 – 26) ISSN:1886 – 6190.
- Del Río, María y Sanz – Aránguez, Belén. (2010) La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica (Versión Electrónica), *Archivos de Psiquiatría*. 2010, 73-2.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 253-263.
- DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), (1997). Masson S.A. Versión Española de la obra original en lengua inglesa *DSM IV Guidebook*. Washington: American Psychiatric Press.
- Domínguez A. y Iribas A. (2007) Nicosia. Una experiencia de arteterapia en un Centro de Día de Salud Mental (Versión electrónica), *Arteterapia – Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 181 – 198.

- Espinosa C. (2006). Un viaje por arte terapia (Versión electrónica), *Arteterapia – papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 41-44.
- Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). (2007). Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave. Documento de consenso. Madrid: IMSERSO.
- Fiorini, H. (1995). *El psiquismo creador*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica, I*. (2ª ed.) México: Editora FCE.
- Foucault, M. (2008). *Vigiar e punir*. (35ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- García Muñoz, G. (2010). *Procesos creativos en artistas outsider*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. ISBN: 978-84-693-6552-6.
- Gleeson, J. F. M. Y McGorry, P. D. (Coord.). (2005) *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, Coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente [versión resumida]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'avaluació de Tecnologia i recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. No 2006/05-2.
- Hernández Merino, A. M. (2005). Introducción al catálogo de exposición *La imagen que siembra palabras*. Murcia: Mancomunidad Valle de Ricote.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1989). *Tratado de Psiquiatría. Tomo I*. Barcelona: Salvat Editores S.A.
- Klein, J. P. (2006a). *Arteterapia. Una introducción*. Barcelona: Ediciones Octaedro, S. L.
- Klein, J. P. (2006b). La creación como proceso de transformación (Versión electrónica), *Arteterapia-papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 11-18.

- López Fernández Cao, M. y Martínez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor, S.A.
- Menéndez, C. y Del Olmo, F. (2010). Arteterapia o Intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial (Versión electrónica), *Informaciones Psiquiátricas*, 201, 367-380.
- Merhy, E. E. y Amaral, H. (Coord.). (2007). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. Sao Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Morin, E. (2000) *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Brasília: UNESCO.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). (2009). London: National Institute for Clinical Excellence. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG82FullGuideline.pdf>.
- Navratil, L. (1972). *Esquizofrenia y arte*. Barcelona: Editorial Seix Barral, S.A.
- Ojeda, N. (Coord.). (2009). *La predicción del diagnóstico de esquizofrenia: el rol de la neurocognición en el primer episodio de psicosis*. Bilbao: Editorial Duesto.
- Palmier, J.M. (1971). *Jaques Lacan, lo simbólico y lo imaginario*. Buenos Aires: Proteo.
- Pichon-Riviere, E. (1977). *El proceso creador. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Quintanilla, L. y Sarriá, E. (2006). La investigación en intervención psicoterapéutica. Procedimientos experimentales, observacionales y metaanalíticos. UNED.
- Quintero, C.A. y Alzate, M. (2009). Medición de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia por medio de la Escala PANSS. *PSIMONART*, 2, 47-54.
- Reyes, P. (2007). El potencial relacional del arteterapia en la intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Arteterapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 109-118.
- Reyes, P. (2012). Arteterapia en el tratamiento de personas con trastorno mentales

severos: reflexiones, evidencias y retos. Disponible en: www.e-digitales.com (Consultado en 09 de agosto de 2012).

Ruddy R, Milnes D. (2008). Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Pax.

Silva, M. C. C. (2004). História de la Loucura e Reforma Psiquiátrica: um percurso. En C. A. Trevisi do Nascimento (Coord.), *Psicologia e Políticas Públicas. Experiências em Saúde Pública*. Porto Alegre: CRP – 7ª Região.

Winnicott, D. W. (1979). *Realidad y Juego*. Barcelona: Ed. Gedisa.

ANEXOS

ANEXO 1:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar de estudio de caso, tomar y publicar fotografías.

Estimado participante:

Soy alumna del Máster Interuniversitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social de la Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Valladolid. Estoy realizando un trabajo de fin de máster con la supervisión de la Doctora Ana Mampaso, coordinadora del máster de la Universidad Autónoma de Madrid.

El objetivo de este trabajo es verificar si el arteterapia es una vía de trabajo eficaz para el abordaje de la sintomatología negativa (como la falta de motivación, la dificultad de expresar los sentimientos, dificultades de relación, disminución de energía, etc.).

El trabajo se realizará a partir de datos observados durante las sesiones de arteterapia en las cuales usted ha participado y del análisis de sus trabajos realizados.

El objeto es la realización de un trabajo académico donde se expondrá un estudio de caso y se presentarán las fotos de las obras realizadas por usted.

La participación es voluntaria y usted puede decidir retirar su consentimiento en cualquier momento.

En la publicación de los resultados de este trabajo, su identidad no será divulgada. Serán omitidas informaciones que permitan identificarla.

Cualquier duda sobre el trabajo podrá ser aclarado por el teléfono 673090891 o por el correo electrónico: paulaguntzel@yahoo.com.br

Atentamente,

Paula güntzel
Nie Y0856266-J

Consiento en participar de este estudio y autorizo la publicación de las fotos realizadas de mis trabajos y declaro haber recibido una copia de este consentimiento.

Entiendo y comprendo que este trabajo y las fotografías están designadas a promover el conocimiento. El uso de las fotografías será

exclusivo de investigación y docencia, guardando el anonimato (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el real decreto 994/1999, de 11 de junio).

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, y que esto no afectará al tratamiento que reciba ahora o en el futuro.

Firma del participante

DNI:

Fecha:

Firma del informador

NIE

Fecha:

Firma de revocación

Nombre:

DNI:

Fecha:

