



MÁSTERES de la UAM

Facultad de Formación
de Profesorado
y Educación / 16-17

Arteterapia y Educación
Artística para la Inclusión
Social

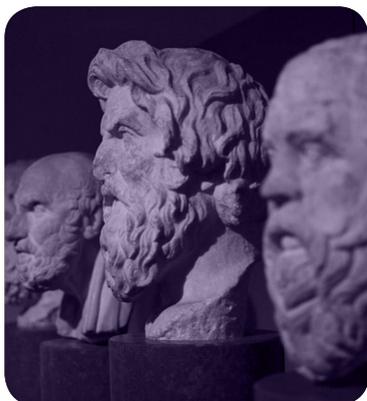
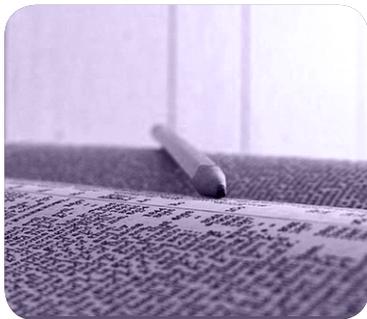


Campus Internacional
excelencia UAM
CSIC+



**Arteterapia: ¿práctica
basada en la evidencia?
(sin observador nada
existe)**

*Francisco Jesús Fuentes
Siminiani*





MÁSTER OFICIAL INTERUNIVERSITARIO EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

**ARTETERAPIA: ¿PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA?
(SIN OBSERVADOR NADA EXISTE)**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO 2016-2017

ESPECIALIDAD: ÁMBITOS PSICOSOCIALES, CLÍNICOS Y EDUCATIVOS

Francisco Jesús Fuentes Siminiani

Junio

53012415-Z

Tutora: Dra. Ana Mampaso Martínez
Departamento de Educación Artística, Plástica y Visual
Facultad de Formación del Profesorado y Educación
Universidad Autónoma de Madrid

Índice:

1. Introducción	Página 5
2. Pregunta de investigación, objetivos del trabajo	Página 6
3. Estado de la cuestión: revisión de la literatura	Página 7
3.1 Historia de la práctica basada en la evidencia	
3.2 Metodologías de investigación	
3.3 Consideraciones éticas sobre el tratamiento de datos (diseños de investigación, técnicas de recogida de datos, métodos de análisis cuantitativos y cualitativos, sistemas de evaluación)	
3.4 El arte en las metodologías de investigación (Arts-Based Research)	
3.5 La evaluación del método en arteterapia	
4. Una práctica de la arteterapia basada en la evidencia	Página 18
4.1 Herramientas de medición y su validez	
4.2 La metáfora de Godzilla y Bambi	
4.3 Afrontar la práctica basada en la evidencia.	
4.3.1 ¿Cómo evidenciar que la arteterapia es un tratamiento efectivo?	
4.3.2 La implantación de guías y directrices	
4.3.3 Problemas de difusión e implementación	
4.3.4 La auditoría	
4.3.5 La ética en la investigación	
5. La investigación colaborativa	Página 29
5.1 Shirky y el excedente cognitivo	
5.2 Siemens: conectividad y redes en el conocimiento	
5.3 Wenger: las comunidades de práctica	
6. Referencias normativas a la práctica basada en evidencia en arteterapia	Página 40
6.1 -A nivel profesional (ECARTE y FEAPA)	
6.2 - A nivel de formación (Reconocimiento y sistemas de garantía de calidad)	
6.3 – Propuesta de mejora desde la práctica basada en la evidencia (a nivel de formación y a nivel profesional)	
7. Encuestas de investigación	Página 52
7.1 Indicadores para medición en los sistemas de evaluación	
7.2 Diseño de cuestionarios	
7.3 Resultados de su aplicación	
8. Conclusiones.	Página 62
9. Recapitulación y nuevas líneas de investigación	Página 64
10. Referencias bibliográficas	Página 67
11. Anexos	Página 74

Resumen:

La arteterapia es una disciplina que goza de un paulatino crecimiento en España. Múltiples estudios atestiguan las ventajas de su práctica, si bien no parece haber indicadores medibles claros que permitan recomendar su aplicación como tratamiento a los profesionales sanitarios. La dificultad para evidenciar los beneficios de su práctica es uno de los factores que dificulta su reconocimiento a nivel institucional.

El presente trabajo invita a reflexionar sobre si es posible (o no) aportar criterios de evidencia que garanticen la efectividad de las intervenciones. ¿Existe una manera de hacer que permita prescribir la arteterapia como terapia mejor y más eficaz? ¿Se pueden crear estándares de actuación que sirvan para unificar la práctica y adecuar ésta en mayor medida a las necesidades del paciente? ¿Es la arteterapia una disciplina susceptible de ser desglosada y objetivada para permitir analizar su grado de efectividad en comparación a otros tipos de terapia? A tenor de las experiencias de la práctica basada en evidencia proveniente de la medicina, se analizan en este trabajo los pros y los contras de considerar en la arteterapia criterios de evidencia sobre su eficacia. A diferencia de lo exitoso de su planteamiento en otros países, se duda aquí de los beneficios que aportaría la implantación de un sistema de control de procesos y de resultados en España. Si bien parece obvio que una mayor planificación de la práctica y la observación de los resultados de investigaciones pudieran contribuir a hacer de la arteterapia una práctica basada en la evidencia, y que ello favorecería el reconocimiento oficial de su práctica, parecen existir dudas sobre su viabilidad por parte de algunos arteterapeutas.

En la parte final se ha realizado un estudio sobre el ejercicio de la profesión y su formación en España, comparándolos con el de otros países donde la arteterapia ha sido ya ampliamente reconocida (Estados Unidos, Inglaterra, Canadá...). Para comprobar la percepción de los profesionales sobre la práctica basada en la evidencia se ha realizado una encuesta, fruto de cuyos resultados se plantea si sería posible la creación de una comunidad de práctica como vía alternativa para debatir posibles criterios de evidencia sobre la práctica de la arteterapia. Las opiniones difieren según la experiencia de los encuestados, si bien una gran mayoría parece estar de acuerdo sobre la necesidad de evidenciar los avances que la arteterapia favorece en sus pacientes para dar visibilidad a la práctica. Queda pendiente la tarea más compleja, que se propone en este trabajo como posible continuación en un futuro estudio de investigación: crear una comunidad de práctica de arteterapeutas que debatan y consensuen los posibles criterios de evidencia.

Palabras clave: arteterapia, investigación, práctica basada en la evidencia, comunidades de práctica, profesionalidad, reconocimiento, asociacionismo.

Abstract:

Art therapy is a growing field in Spain. A lot of studies report the benefits of its practice, although not many measurable indicators seem to be available to recommend its application as a health treatment. This difficulty to address specific reasons for the need of the practice is one of the factors that makes it more difficult to the discipline to be acknowledged at an institutional level.

This research invites us to reflect whether it is possible to define evidence-based criteria that guarantees the effectiveness of the interventions. Is there a way of doing that allows us prescribe art therapy as the best and most effective therapy? Can standards of performance be created in order to unify the practice and adapt it to the needs of the patient? Is art therapy a discipline that can be subject to analysis to compare its effectiveness with other types of therapy?

Referring to the experiences of evidenced-based practice in the field of medicine, the advantages and disadvantages of considering signs of evidence about its efficacy are analysed in this study. Differing from the successful result in other countries, this work hesitates if it would be advisable to propose a system that audits the process and results in Spain.

In the last part of the study a study about the profession and its training in Spain has been undergone, to compare it with other countries where art therapy has been widely spread (United States of America, England, Canada...). To check the arttherapist's feelings about evidence-based practice a survey has been done; from its results, the creation of communities of practice have been suggested as an alternative way to discuss possible criterium of evidence for the practice of art therapy. The opinions differ depending on the experience of the interviewees, although the majority seem to agree on the need to address signs of evidence in the well-being of the patients thanks to the art therapy. This would help to give visibility to the practice.

A more complex task remains for a further and more profound research study: to create a community of practice composed by arttherapists who discuss and come up with common possible criteria of evidence.

Keywords: arttherapy, research, evidence-based practice, communities of practice, professionalism, acknowledgment, associationism.

1. Introducción

El presente Trabajo de Fin de Máster tiene como objeto realizar una reflexión sobre la práctica de la arteterapia (en adelante AT) con el fin de analizar si es posible alcanzar indicadores de evaluación en las intervenciones. A menudo se da por supuesto que los beneficios que reporta la expresión artística justifican su aplicación; sin embargo, conviene plantearse antes de comenzar cualquier tratamiento arteterapéutico si la situación de partida es la óptima para garantizar los objetivos que se desean alcanzar con dicho tratamiento. Evaluar la idoneidad o no de un tipo concreto de intervención, en función de una sintomatología específica, así como medir la eficacia y efectividad en los pacientes mediante parámetros objetivables redundaría en una mayor difusión de la arteterapia dentro del ámbito clínico y asistencial. Por otra parte, estas consideraciones pueden servir, además, para dar a la práctica un mayor reconocimiento a nivel institucional como metodología de intervención psicoterapéutica.

Intentar cuantificar el beneficio de una intervención a priori puede parecer un contrasentido si se entiende como una medida homogeneizadora que descuida la unicidad y particularidad de cada paciente, pero ésta es, sin embargo, una demanda necesaria para poderse incluir como práctica dentro de un sistema social y sanitario con recursos limitados. Si tomamos como modelos los casos de otros países europeos en los que la AT ha sido reconocida dentro del sistema nacional sanitario, podemos ver que el proceso de integración de la AT pasa por su vinculación al de otros tratamientos médicos y terapéuticos.

Veremos a lo largo del trabajo cómo las muchas experiencias en el campo de la AT han ido creando en las últimas décadas un corpus de conocimiento acumulado que hemos de tener en cuenta para el futuro. Estos aprendizajes experienciales, relacionados con trabajos de investigación de índole más teórica, abren la posibilidad de fundar un saber basado en la evidencia, que permita la aceptación de la AT como una rama de la psicoterapia de posible aplicación.

El propósito de aunar teoría y práctica mediante la investigación en las artes abre la puerta a la práctica basada en la evidencia y obliga a repensar las bases de la profesión. Del mismo modo que, cuando pintamos un cuadro, nos detenemos ocasionalmente para tomar distancia y mirar, pretendemos con este trabajo hacer un alto en el camino para tener una visión completa del panorama actual y buscar la manera de afianzar la disciplina en España. Para ello se han analizado estudios de investigación realizados en Gran Bretaña y Estados Unidos (a partir de ahora EEUU) que analizan la posición del AT y su intervención como evaluador de pacientes.

La primera parte del trabajo revisará algunos planteamientos de autores que abogan por la práctica de la arteterapia en base a criterios que garanticen la validez y confiabilidad de los resultados, veremos las ventajas y desventajas de la sistematización del análisis y diagnóstico y estudiaremos dónde podrían quedar recogidos según el código ético de la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia (FEAPA) ciertos criterios que permitan la estandarización de la evaluación de los tratamientos.

En la segunda parte se recogen desde un plano más subjetivo testimonios de arteterapeutas en ejercicio que expresarán sus opiniones sobre la práctica basada en la evidencia. Así mismo, se realiza un análisis de la situación de partida de la disciplina en España tanto a nivel profesional como a nivel formativo. Se contrastará el estado de la cuestión en nuestro país con el de EEUU y Gran Bretaña, por ser éstos lugares en los que la AT ha sido reconocida como intervención psicoterapéutica ampliamente aceptada. Por último se formularán estrategias para favorecer en España la institucionalización de la arteterapia. Las hipótesis de trabajo formuladas podrán ser objeto de posterior estudio, si se desea, por medio de comunidades de práctica o grupos de trabajo.

2. Pregunta de investigación, objetivos del trabajo

Mediante el estudio de planteamientos teóricos en la parte I se pretende dar contestación a las preguntas de investigación primarias:

- ¿Es factible hablar de la arteterapia como una práctica basada en la evidencia?
- ¿Qué ha de contener la práctica para ser considerada en base a criterios de evidencia?

De la experiencia práctica recogida en las entrevistas de la parte II se extraen datos para dar posibles respuestas a las preguntas de investigación secundarias:

- ¿Cuál es la percepción de los profesionales y estudiantes al considerar la PBE?
- ¿Contribuiría la arteterapia como PBE a su reconocimiento y expansión profesional?
- Aparte de la PBE, ¿hay otras vías alternativas de alcanzar la validación de la práctica?

Se busca mediante la revisión bibliográfica de otras investigaciones en el campo y su puesta en común con las reflexiones de arteterapeutas en ejercicio, hallar posibles vías de consolidación de la práctica con el objetivo de incentivar su profesionalización en España, como ocurre ya en otros países tales como EEUU, Australia, Israel, Holanda y Reino Unido, donde se ha introducido la figura del arteterapeuta tanto en el ámbito público como privado dentro de las instituciones educativas y sanitarias.

Si bien la tradición de la práctica arteterapéutica en España es aún corta en comparación con otros países, es necesario divulgar el conocimiento adquirido hasta la fecha por la comunidad científica para establecer criterios sólidos y unificados que sirvan para consensuar bases teóricas que tengan en cuenta la experiencia derivada de la práctica profesional.

Pero no podemos abordar la investigación sin definir antes el objeto de investigación, en nuestro caso la arteterapia como práctica. Para ello, hemos consultado la definición que dos conocidas instituciones en el campo en Gran Bretaña y EEUU incluyen en su página web: la British Association of Art Therapists (BAAT) y la American Art Therapy Association (AATA)¹.

¹ En Español: la Asociación Británica de Arteterapeutas (BAAT) y la Asociación Americana de Arteterapeutas (AATA). Traducción realizada por el autor.

Según la BAAT, la arteterapia es una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como forma de comunicación. Su objetivo es posibilitar en el cliente un cambio y un crecimiento personal a través del uso de los materiales en un ambiente seguro y facilitador².

Según la AATA, la arteterapia es una profesión integrativa dedicada a la salud mental que combina el conocimiento y la comprensión del desarrollo humano, teorías y técnicas psicológicas con las artes visuales y los procesos creativos para favorecer un acercamiento único para ayudar a sus clientes a mejorar su salud psicológica, sus habilidades cognitivas y sus funciones sensoriales-motoras³.

La BAAT cita como aspecto de vital importancia la relación entre el terapeuta y el cliente y alude como aspecto diferencial de la arteterapia respecto a otras terapias psicológicas la participación en los procesos de la tríada cliente-terapeuta-imagen u objeto artístico. Esto requiere una habilidad y sensibilidad particular por parte del arteterapeuta.

En la AATA se menciona el uso de medios artísticos combinados a menudo con verbalizaciones sobre las imágenes producidas para ayudar a resolver conflictos y problemas internos, mejorando así la introspección y contribuyendo a una mayor autoestima y conciencia. Como elemento diferenciador de la arteterapia respecto a otros tipos de terapia, se menciona que se basa en una práctica basada en la experiencia y orientada a la acción, lo cual la hace especialmente efectiva para una gran variedad de colectivos en la población (hospitales, escuelas, centros psiquiátricos, de rehabilitación, clínicas de salud y bienestar mental, instituciones carcelarias, centros de adultos, de jóvenes, correccionales, centros comunitarios, etc.).

Veamos a continuación los avances que se han hecho en cuanto a estudios e investigaciones en la disciplina con el fin de orientar los resultados de su práctica a ser reconocidos como evidencia por la comunidad científica. Para ello, en primer lugar, definiremos el término *práctica basada en la evidencia*⁴ dentro del ámbito de la investigación científica.

3. Estado de la cuestión: revisión de la literatura

3.1 Historia de la práctica basada en la evidencia

La práctica basada en la evidencia comienza como tendencia a comienzos del S. XX fruto de un mayor interés en la investigación en Norteamérica, Reino Unido y Canadá en las metodologías científicas llevadas a cabo en el campo de la medicina.

² Traducción realizada por el autor extraída de la definición en la web de BAAT <http://www.baat.org/About-Art-Therapy>

³ Traducción realizada por el autor extraída de la definición en la web de AATA <https://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf>

⁴ El término "práctica basada en la evidencia" proviene de la traducción realizada por el autor del inglés "evidence-based practice" (EBP)

Según el profesor y terapeuta Bauer el primer indicio de Práctica Basada en Evidencia (en adelante PBE) se encuentra en 1910 cuando en EEUU se comienzan a buscar estándares de atención sanitaria; en 1952 se aplica también la PBE en la psicoterapia para evaluar la efectividad de las diferentes formas de terapia, siendo en 1972 llevadas al sistema sanitario de Inglaterra para unificar las diferentes maneras de abordar la práctica médica. En 1990 se implanta en las políticas gubernamentales e instituciones formativas como medida para dar más calidad sanitaria y reducir costes innecesarios. En el campo de la psicología, la APA (American Psychological Association⁵) la implementa en 1995 dentro del nuevo paradigma basado en la evidencia en intervenciones de enfermedad mental, emitiendo unos criterios de estándares que permiten identificar problemas e incrementar la eficacia en los tratamientos. Con la creación por parte de la APA de la Society of Clinical Psychology Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures⁶ se aplica de manera efectiva la PBE en el campo de la enfermedad mental. Se comienza así a estudiar en las prácticas clínicas para dar mayor validez a los diagnósticos y resultados, con el ánimo de desarrollar herramientas para medir y cuantificar las intervenciones. En 2014 la Canadian Psychological Association⁷ crea un protocolo similar al de la APA para incluir en su código ético evidencias empíricas en su práctica y formación acreditada en sus programas de práctica universitarios, con objeto de comprometer a los estudiantes con la práctica basada en evidencia (Bauer, 2015).

Su implantación no está libre de controversia: los defensores alegan que ayuda a integrar la práctica dentro de un mercado sanitario competitivo, permitiendo que los profesionales den cuenta de su ejercicio gracias a una toma de decisiones efectiva y a un compromiso de los pacientes con su propio tratamiento; los detractores que se oponen a la PBE señalan la vaguedad de su definición en cuanto a lo que constituye en realidad la evidencia en investigación y critican la disminución de las prerrogativas de los profesionales en favor de los investigadores, consideran que no contempla la relación terapéutica, ni la personalidad del cliente o su situación vital, por lo que la ven como una moda pasajera que pretende equilibrar la dualidad en psicoterapia entre ciencia y arte, haciendo primar la primera. A pesar de la discusión parece claro que la cuestión de la evaluación de los procedimientos en arteterapia sí refleja una falta de estandarización por su complejidad (Kapitan, 2012); el examen de los procesos de evaluación y la PBE ayudaría a reducir la brecha abierta entre ciencia y arte en el campo de la arteterapia (Bauer, 2015).

⁵ En español: Asociación de psicología americana. Traducción realizada por el propio autor.

⁶ En español: Sociedad de Psicología Clínica para el Refuerzo, Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos. Traducción realizada por el propio autor.

⁷ En español: Asociación de Psicólogos de Canadá. Traducción realizada por el propio autor.

Si bien la literatura sobre PBE en relación a la arteterapia es reducida, sí parece ser un tema de actualidad debido a factores tales como el planteamiento de la función del arteterapeuta en la práctica clínica o a la inquietud de los profesionales por la necesidad de validar sus prácticas en base a criterios de evidencia con el fin de mantener su trabajo (Gilroy, 2006).

Según cita Bauer, para ser reconocido como evidencia una investigación debe utilizar un acercamiento a la práctica que incluya procesos experimentales, de observación, enumeración y análisis que permitan catalogar la evidencia para su recuperación sistemática (Bauer, 2015, p 58).

La profesora e investigadora Andrea Gilroy menciona la elaboración de una hipótesis explícita como punto de partida, que sea llevada a cabo por experimentos ciegos, utilizando medidas específicas de confianza sobre sujetos seleccionados aleatoriamente de una muestra suficientemente amplia como para evaluar estadísticamente la información recogida (Gilroy, 2006, p 79).

Los ensayos aleatorios⁸ (RCT, del inglés randomized-control trial) son considerados como el más alto nivel de evidencia en investigación, dado que determinan un apoyo empírico para un tratamiento concreto capaz de indicar si una intervención es favorable o no. No obstante, existen otras formas de investigación que permiten la obtención de evidencias (observación clínica, investigaciones cualitativas, etnográficas, estudios de caso, estudios de proceso y resultados, etc.). El uso de tratamientos que han demostrado ser efectivos a través de una investigación controlada en un espectro de la población determinada facilita herramientas y directrices de intervención. Los ensayos aleatorios se basan en poder replicar de forma independiente sus resultados por haber comparado el método con el de otro tipo de intervención, la aplicación de un placebo o la ausencia de intervención. Este proceso garantiza la unicidad del paciente dando la posibilidad de publicar guías de intervención para casos similares.

Frente a este planteamiento de evidencia que prima la agrupación de la práctica en casos semejantes en base a condiciones concretas de discriminación (por ejemplo, por criterios establecidos como puede ser el DSM⁹) nos decantamos para este trabajo por otros sistemas de investigación basada en la evidencia como el uso de organizaciones colaborativas que comparten, revisan y difunden información actualizada de la práctica, según trataremos más adelante.

Entendemos la necesidad de integrar en la práctica clínica los resultados de la investigación para aprovechar la sabiduría acumulada a través de la experiencia y satisfacer así las demandas de los pacientes, pero creemos que las habilidades interpersonales del terapeuta, su capacidad de captar el lenguaje verbal y no verbal, de responder con empatía a los intereses del paciente así como la predisposición, características y circunstancias del paciente influyen también en la intervención y deben ser tenidas en cuenta. La misma intervención puede tener, incluso, resultados diferentes, según el contexto cultural en el que nos situemos.

⁸ Traducción realizada por el propio autor

⁹ DSM (acrónimo de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA)

A lo largo de este trabajo se aboga como forma de determinación de criterios de evidencia por la consideración de una perspectiva más horizontal del conocimiento en lugar de la visión totalizadora de expertos en la práctica clínica que imponen una manera “correcta” de hacer, si bien hemos de reconocer que los orígenes de la PBE tienen su raíz en las experiencias clínicas para incorporar a la práctica cierta sistematización (ej: Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg and Haynes, 2000). Por su importancia mencionamos el “método de las 5 As” para la PBE en la clínica, basado en 5 pasos:

1. Preguntar (ask): formular aquello sobre lo que se precisa información.
2. Buscar (acquire): detectar posibles respuestas que aporten evidencia empírica.
3. Evaluar (appraise): sopesar el nivel de validez, impacto y aplicabilidad de las respuestas al caso concreto.
4. Aplicar (apply): se combina el conocimiento adquirido a través de la investigación con la práctica específica, teniendo en cuenta la unicidad del paciente.
5. Evaluar (assess): tras la implementación se evalúa la eficacia y efectividad del tratamiento.

(Spring, B., 2007, pp. 611-631)

Conviene distinguir dos tipos de definición de la PBE: una como producto y otra como proceso:

- Como producto se entiende como PBE el uso de guías específicas para un problema dado, refiriéndose a los materiales o herramientas que tienen validez científica, proporcionadas bien por las organizaciones profesionales o por agencias nacionales para dar mayor calidad a la intervención. Esta definición propone una concepción más estática o finalista.
- Como proceso la PBE conjuga tres componentes: la investigación basada en evidencias, la aplicación clínica y las preferencias de los pacientes; esta otra concepción insta al profesional de la clínica a utilizar datos procedentes de la investigación para resolver cuestiones clínicas. (Patterson et al., 2004)

La primera acepción focaliza la PBE en la obtención de resultados y es por ello que suele confundirse con la aplicación de test empíricos estandarizados¹⁰.

Otro error común estriba en pensar que la PBE reduce las prerrogativas del profesional en favor del investigador, ya que, tal como hemos visto, la experiencia también puede ser una forma de evidencia, habiendo múltiples formas de lograr criterios de evidencia, más allá de los ensayos aleatorizados, que también permiten un mayor seguimiento y evaluación longitudinal a lo largo del tiempo. Es importante señalar que, a veces, incluso investigaciones que no arrojen resultados concluyentes que puedan considerarse evidentes, pueden ser objeto de consideración científica; que no haya evidencias claras de los beneficios de una intervención no indica necesariamente la ausencia de resultados de mejora en el paciente. Por esto la necesidad de incluir formas adicionales de evidencia que den más valor a la experiencia, a la relación terapéutica o a las artes como medio de intervención.

¹⁰ Traducción realizada por el propio autor del término “empirically-supported treatments”.

Una aplicación realista de criterios de evidencia en arteterapia pasa por identificar factores personales de la alianza terapéutica que sirvan para motivar mecanismos de cambio que ayuden a progresar. Si tomamos únicamente los ensayos aleatorios (RCT) para evaluar si una intervención funciona, caeremos en un tedioso patrón de verificación de proceso que puede llevar a la desafectación del terapeuta de la relación con su paciente.

Debemos, por tanto, considerar que el conocimiento científico es importante para validar la práctica pero no suficiente para generar la relación terapéutica, en la cual existen necesariamente aspectos que no son fácilmente medibles.

Para ahondar más en los métodos de investigación a nuestro alcance como arteterapeutas, haremos a continuación un breve repaso por las distintas metodologías de investigación, a fin de contrastar diferentes tipos y herramientas de investigación.

3.2 Metodologías de investigación

Mediante la investigación se busca la producción de conocimientos sobre cuestiones consideradas relevantes que estén validadas por determinadas pruebas que ayuden a confirmar la legitimación de los resultados. "Investigar consiste en obtener un producto validado". (Acaso, 2005)

El profesor Eisner define como investigación a toda indagación sistemática, cuidadosamente diseñada cuyo objetivo es entender cómo funciona el mundo. Para ello, se buscan respuestas a preguntas formuladas y se desarrollan conceptos o modelos (paradigmas) que expliquen el funcionamiento del mundo. Se han de tener en cuenta tres factores:

- El objeto de la investigación.
- El método empleado
- El contexto de la investigación

Sin embargo, las prácticas profesionales no están sometidas al doble imperativo de la universalización y la validación de sus conclusiones cognoscitivas: les basta con alcanzar una adecuada eficacia local particular (...) en el problema práctico que intenta resolver y un respeto a las normas y técnicas que rigen en el campo de incumbencia profesional.

(Acaso, 2005, p 11)

La producción del conocimiento derivado de la investigación se articula mediante teorías que se utilizan para dar explicación razonada a un hecho, distinguiéndose entre ellas las teorías científicas (de índole más descriptiva) y las teorías prácticas, que no son validadas científicamente pero cuyas conclusiones indican recomendaciones que merecen ser llevadas a cabo (ej. Teorías de la educación). Es en este segundo grupo donde se podrían incluir los resultados de la investigación en el campo de la arteterapia.

Cuando investiga, el investigador accede a la realidad descubriendo algo que llama su atención o curiosidad. El método de investigación se refiere a la forma en que se realizan esas suposiciones sobre la realidad. Con objeto de profundizar en la metodología consideraremos tres aspectos fundamentales a considerar en el método:

- El diseño general de la investigación.
- Las técnicas en que se recogen los datos recabados.
- Los métodos de análisis de los datos recogidos.

3.2.1 Diseño general de investigación.

Se pueden distinguir según Hernández Belver (2005) diseños *descriptivos* que describen procesos o comportamientos, *correlacionales* que hacen una clasificación o correlacionan variables y *experimentales* que explican fenómenos de la realidad buscando la génesis de los procesos.

Los primeros se emplean en fases exploratorias para formular hipótesis de investigación; intentan comprender los precedentes que condicionan la situación de partida.

Los segundos permiten establecer tipologías o taxonomías aunque no posibilitan efectuar deducciones causales. Su nivel de profundidad es mayor que el de los métodos descriptivos pero no sirven para hallar relaciones causa-efecto.

Los terceros sí permiten alcanzar inferencias causales, dando explicación a los fenómenos, ya que en ellos pueden manipularse las variables independientes para observar qué cambios se producen en las variables dependientes.

El uso de un método u otro no es excluyente, pudiéndose complementar mutuamente a través de un enfoque denominado *multimetodológico*. La adecuación del método dependerá, en todo caso, de los objetivos de investigación y del contexto teórico.

3.2.2 Técnicas de recogida de datos.

El método sirve al investigador para diseñar y planificar la recogida de información pero requiere de unas técnicas que permitan la recogida y ayuden a determinar qué información es pertinente recoger.

Existen muy diversas técnicas de recogida de información (cuestionarios, entrevistas, escalas de medida, grupos de discusión...). Merece especial mención en el campo de la arteterapia la técnica de la observación, por tratarse de más fácil aplicación y ser además menos invasiva. Para que la observación se convierta en técnica científica, Brickman (1980) nombra cuatro condiciones:

- Que sirva a un objetivo de investigación concreto.
- Que se haya planeado sistemáticamente.

- Que se registre y se relacione con cuestiones más generales.
- Que sea sometida a comprobaciones sobre su validez y fiabilidad.

Los tres diseños mencionados utilizan la observación para la obtención de información, basándose en dos focos de atención, de carácter complementario:

- Los procesos psicosociales (mediante indicadores verbales y no verbales).
- Los productos terminados (resultados de los procesos).

Para el análisis de procesos, las técnicas de observación más empleadas son la observación participante y el registro de anécdotas.

Para el análisis de los productos se recomienda utilizar el análisis de contenido.

3.2.3 Métodos de análisis de datos: cuantitativos y cualitativos

Recogidos los datos, éstos han de ser analizados. Tanto en investigaciones en la Educación Artística como en el campo de la Arteterapia surge la polémica sobre qué enfoque plantear: cuantitativo o cualitativo.

El análisis cuantitativo se basa en analizar las causas (porqués) de los fenómenos.

El análisis cualitativo se interesa más por cómo se producen esos fenómenos.

La elección de uno u otro tipo de análisis llevará asociada la utilización de metodologías de índole más cuantitativa (mediciones, variables y correlaciones) o cualitativas (etnografías, grupos de discusión, estudio de casos, historias de vida, análisis de contenido, del discurso...).

En Ciencias Sociales y Humanidades el debate sobre la metodología más apropiada a emplear ha estado vigente muchos años, si bien hoy día se asume que es posible un pluralismo metodológico que pueda integrar y aprovechar las ventajas de cada método, según responda a los objetivos y objetos de análisis de la investigación.

3.2.4 Sistemas de evaluación en los trabajos artísticos

El investigador en su acto de indagación se esfuerza por dar respuesta a sus preguntas de un modo sistemático; esta ansia de descubrimiento de la realidad circundante está ligada a la inquietud existente en cualquier quehacer artístico y la puede desarrollar cualquier persona por medio del acto creativo.

En lo tocante a aspectos estéticos de la producción artística resulta difícil juzgar con equidad el aprendizaje artístico, medir con exactitud si se han desarrollado ciertas destrezas, por no hablar de la complejidad de determinar la capacidad creativa de una persona. A menudo los profesionales suelen guiarse por su criterio personal, basándose en su experiencia.

No obstante, según afirma Maeso Rubio (1996), al igual que aludimos en investigación artística a métodos de análisis cuantitativos y cualitativos, también podemos distinguir en educación artística un modelo de evaluación cuantitativo de otro cualitativo. No podemos obviar la dificultad inherente al trabajo artístico a ser evaluada de un modo objetivo y fiable, dado que se presta a valoraciones subjetivas o personales. La arteterapia como actividad abierta presenta también este carácter divergente, compartiendo con el arte la complejidad de su evaluación, como veremos más adelante.

La evaluación cualitativa atiende más a los procesos, se basa en una evaluación continua, sin importar la calidad de los resultados. En cambio, la evaluación cuantitativa, apoyada en instrumentos de medida, test, pruebas objetivas sí pretende medir los resultados alcanzados.

En educación artística el modelo cuantitativo de evaluación cobró auge a principios del S. XX y se desarrolla con las corrientes científicas y experimentalistas mediante la aplicación de test en el ámbito de las artes visuales (Marín Viadel, 2005). No es hasta los años 70 cuando se comienza a pensar en un método de evaluación más de acuerdo con el carácter divergente y complejo de las artes, al defender Víctor Lowenfeld la importancia de los procesos creativos. La ventaja que presenta el modelo cuantitativo es que ofrece datos de carácter numérico que pueden ser objeto de tratamiento estadístico, lo cual permite comprobar la efectividad de un programa o un método.

En el modelo cualitativo, en cambio, se intentan comprender las conductas observables y por ello se critica la objetividad de los test, debido a su despersonalización, ya que estandarizan a los sujetos de investigación, sin discriminar su especificidad. El modelo cualitativo intenta analizar la particularidad de cada situación personal en lugar de atender a aspectos generalizables. De ahí, que los resultados o productos artísticos obtenidos no sean su único foco de interés.

En el campo de la investigación basada en el arte existen también propuestas de aplicación de técnicas que buscan indicadores que permitan ser extrapolados a leyes más generales. Ejemplos de este punto de vista globalizador de formas de expresión individual son los test proyectivos (ej. Rorschach, Técnicas Proyectivas Gráficas o Test de Goodenough) cuyo uso se extendió a principios del S. XX y que aún se usan en el ámbito clínico para ver indicios de trauma. Se han omitido deliberadamente para este trabajo, por entender que este tipo de análisis cuantitativo no es lo que busca la Arteterapia como tal. Si bien reconocemos la importante función que su uso tuvo para reivindicar el uso de las artes como método de validación científica, consideramos que es necesario estudiar el vínculo terapéutico desde una perspectiva más sistémica que ponga en valor la interacción entre el arteterapeuta, el sujeto y la obra de creación.

3.3 El arte en las metodologías de investigación (Arts-Based Research)

La investigación científica supone “la aplicación de una serie de mecanismos de control y fiabilidad (...) con resultados que puedan ser reproducibles, verificables, extrapolables, generalizables y aplicables”. (Hernández, 2008)

Según Hernández aplicar el método científico basado en corrientes empiristas y positivistas conlleva la separación entre el sujeto que observa e investiga y el objeto observado o investigado. Sin embargo – indica – “la noción de investigación se ha ido ampliando (...) más allá de la noción de investigación científica, que no permite el estudio de fenómenos complejos y cambiantes”.

La investigación artística o *Investigación Educativa basada en las Artes Visuales* se presenta en este punto como alternativa novedosa capaz de “dotar de significados a las actuaciones y experiencias de los seres humanos”. (Hernández, 2008)

Permite investigar en profundidad los comportamientos humanos y los fenómenos relacionados con representaciones simbólicas o relaciones sociales. Su rasgo distintivo no es el enfoque metodológico sino su objeto de estudio, los temas y asuntos de su problemática. Su objetivo es comprender el conjunto de interrelaciones de aprendizaje entre las personas, a nivel individual y colectivo, las imágenes, los objetos y construcciones de todo tipo. (Marín Viadel, 2005)

En la investigación basada en las artes se aplican métodos y técnicas como la etnografía, narraciones, etc. procedentes de diferentes ámbitos como la psicología, sociología, o la antropología. En ella, de manera similar a como ocurre en el arte, el origen del conocimiento es la experiencia. Existen, según Marín (2005), pocas guías publicadas sobre los métodos, enfoques y criterios de calidad en investigaciones artísticas: la primera fue desarrollada en 1997 en Norteamérica por Enid Zimmerman y Sharon La Pierre en la NAEA (National Art Education Association¹¹). En España cabe mencionar el esfuerzo de recopilación de textos realizado por Ricardo Marín Viadel por aunar las distintas líneas de investigación en la Educación Artística en 2005. Este tipo de *investigación basada en las Artes* ha sido encuadrada habitualmente dentro de los enfoques cualitativos, si bien consideramos oportuno diferenciarla como método siguiendo el modelo de Marín para darle independencia, por su singularidad, novedad y radicalismo, además de por su alto nivel de aplicación en un campo como el de la arteterapia, fuertemente vinculado a la actividad artística.

A modo de resumen, para concluir esta visión general sobre las metodologías, podemos decir:

- Que los enfoques cuantitativos se basan en demostraciones empíricas y buscan la explicación causal de los fenómenos. Suelen darse con más frecuencia en investigaciones en las ciencias naturales y biomédicas. También pueden encontrarse en la psicología o en educación artística, donde se estudian las conductas humanas. El procedimiento típico constaría de 5 pasos básicos:

¹¹ En español: Asociación de educación artística nacional. Traducción realizada por el propio autor.

1. Deducción de variables que pueden explicar el fenómeno o conducta investigada.
 2. Discriminación de cada variable y medición objetiva de su influencia en el experimento.
 3. Comprobación del grado de interrelación o interdependencia de las variables.
 4. Corroboración o refutación de la hipótesis de partida en función de los datos empíricos obtenidos.
 5. Enunciación de la ley o teoría que establezca de modo exacto cómo se relacionan las variables investigadas (formulación de ecuación).
- Que las metodologías cualitativas se recomiendan para estudiar las ciencias humanas y sociales, por centrarse en mayor medida en cómo se producen las interrelaciones entre los seres objetos de estudio (ej. cómo hablamos, porqué lloramos, cómo vivimos, pensamos, aprendemos...) tanto a nivel individual como colectivo. Se fijan más en los seres humanos, incluidos ellos mismos, por lo que poseen un carácter más auto-reflexivo: tratan de comprenderse y explicarse a sí mismos (Marín, 2005).
 - Que la investigación basada en las Artes propugna que las imágenes sean un medio o sistema de representación del conocimiento tan aceptable como el lenguaje matemático (metodologías cuantitativas) o el lenguaje verbal (metodologías cualitativas) pudiendo llegar a ser éstas incluso más reveladoras e interesantes en determinados estudios. Utiliza tanto las imágenes gráficas o fotográficas, como cinematográficas, digitales, películas o vídeos. Esta metodología ha sido reconocida por la Asociación Americana de Antropología en 2001, asimilando el esfuerzo que requieren en cuanto a dedicación intelectual y de tiempo al trabajo de campo de las etnografías impresas.

	Cuantitativo	Cualitativo	Artístico
Núcleo básico de interés metodológico	Ciencias Naturales y Biomédicas	Ciencias Humanas y Sociales	Novela, teatro, poesía, cine, fotografía, música, danza, diseño, etc.
Principal estrategia demostrativa	Experimento empírico	Interpretación convincente	Símbolo Persuasivo
Disciplina modelo	Psicología	Etnografía	Literatura
Principal sistema de representación de datos y conclusiones	Matemáticas, Estadística	Lenguaje verbal Narración	Cualidades estéticas de cualquier tipo de lenguaje: verbal, visual, musical, corporal, audiovisual, etc.
Períodos de vigencia	Desde mediados del S. XIX hasta la actualidad	Desde finales de la década de 1960 hasta la actualidad	Desde comienzos de la década de 1990 hasta la actualidad

Figura 1: Ricardo Marín Viadel, 2005, p. 228.

Síntesis de los enfoques cuantitativo, cualitativo y artístico en la investigación.

En el campo de la Arteterapia es preciso tener en cuenta que el objeto de estudio está sujeto a unas características muy particulares de gran complejidad. Cuando consideramos los procesos creativos, intentamos observar las conductas de los participantes en un taller o las relaciones que establecen ya sea con la obra, con el resto de participantes o con el arteterapeuta existen una serie de mecanismos que conllevan información implícita de difícil análisis. Esto se debe a la utilización de conceptos de orden simbólico que no son meramente descriptivos. ¿Cómo tener en cuenta en la investigación o en los sistemas de evaluación de un tratamiento la componente simbólica? La investigación basada en las artes se presenta aquí como posible medio para legitimar científicamente las actuaciones en intervenciones de arteterapia, utilizando “tanto formas de conocimiento emocionales como cognitivas” (Hernández, 2008). Gracias a ella, se disuelve el dualismo entre el yo personal y el yo investigador.

3.3 La evaluación del método en arteterapia

La mayoría de estudios de investigación en arteterapia tienden a ser estudios de caso de tipo cualitativo con muestras reducidas de la población. Si bien es cierto que las investigaciones realizadas apuntan hacia los beneficios de la arteterapia, Kapitan (2012) menciona la peligrosa tendencia a publicar solamente aquellas investigaciones que obtienen resultados positivos y no cuestionan las experiencias anteriores. Por ello es conveniente revisar de manera crítica la literatura existente y buscar diferentes formas de evidencia ante la ausencia de estudios que repliquen otros ya realizados.

Una cuestión que pone de relieve la búsqueda de criterios de evidencia es la propia evaluación de la intervención; la evaluación sirve para determinar si el cliente ha mejorado, analizar sus fortalezas y debilidades, ver si el diagnóstico era apropiado o si los objetivos y el plan de intervención se ajustaban a las necesidades del paciente.

Establecer un mayor intervalo de confianza en la evaluación requiere recabar más datos en una muestra de población más amplia para incrementar la objetividad de los criterios adoptados. Analizar el procedimiento requiere del arteterapeuta integrar un enfoque que tiene en cuenta el diagnóstico inicial y la evaluación final sin perder una actitud empática hacia el individuo con el que se interviene.

Un ejemplo de combinación de las consideraciones científicas y artísticas-psicológicas podemos encontrarlo en la musicoterapia mediante la aplicación de la neurociencia para determinar la respuesta humana de pacientes con algún trauma, que ha servido para validar muchas investigaciones. Esta visión más unitaria y menos dicotómica puede contribuir, según Kaplan (2012), a consolidar dentro del campo de la arteterapia unas bases más sólidas basadas en el conocimiento dentro del campo de la arteterapia.

4. Una práctica de la arteterapia basada en la evidencia.

El hecho de haberse implantado la práctica basada en la evidencia a final de los 90 como herencia de la tradición científica médica ha provocado el escepticismo de muchos profesionales.

Los arteterapeutas saben que la arteterapia funciona y esa convicción puede hacerles considerar innecesario justificarla si no es porque precisan financiación o apoyo institucional.

Gilroy (2006) plantea, sin embargo, que es preciso una clara definición de la profesión para concretar qué áreas son susceptibles de requerir investigación y evidencia.

Una evidencia es, de acuerdo con el diccionario de la lengua, una prueba determinante de un proceso que expresa certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar. Esta certeza se puede alcanzar bien por un conocimiento convincente o a través de la propia experiencia personal.

Según la arteterapeuta y editora Tessa Dalley (1980, p 11) basar la arteterapia en la evidencia puede ayudar a desarrollar la teoría y la práctica en vías al reconocimiento de la práctica como un tratamiento innovador y efectivo para un amplio espectro de clientes.

El desafío de hallar la efectividad de la arteterapia a través de medios cuantitativos y cualitativos pasa por cuestionarse, en primer lugar, si son los propios arteterapeutas los indicados para probar la evidencia de su propia práctica. Gilroy argumenta que la especificidad y lo alternativo de la arteterapia frente a otros tipos de tratamientos bien merece probar su efectividad como tratamiento. Si bien la dificultad principal estriba en comprender la naturaleza de los procesos no verbales a un nivel preconscious e inconsciente que se ponen de manifiesto en las imágenes que surgen en un proceso terapéutico. Imágenes que pueden dar lugar a cambios significativos a nivel intrapersonal e interpersonal. (Gilroy, 2006)

Dalley (1980) sugiere la pregunta de si ha de medirse la propia relación terapéutica, el proceso artístico o ambos. La investigación empírica se antoja aquí complicada por la propia naturaleza de la relación con el terapeuta, por lo que parecería que un acercamiento desde una óptica cualitativa se presta más al análisis.

Hemos comentado previamente el origen de la PBE en las políticas de salud, social y educacional del Reino Unido, que en los años 70 busca garantizar que todas las intervenciones en estos campos eran efectivas y se basaban en una investigación rigurosa para asegurar que ciertos servicios eran ofrecidos a la ciudadanía de un modo más eficiente y económico. La arteterapia como práctica sufre la misma presión, al menos en el ámbito clínico, de justificar su efectividad, si bien su marco de intervención no es tan ortodoxo como el de otras prácticas basadas en la evidencia.

El hecho de que en las últimas décadas se hayan incrementado la cantidad de organizaciones, recursos y funciones en el sistema social y sanitario británico ha provocado la necesidad de dar evidencia empírica a muchos tratamientos ofrecidos por el NHS (National Health Service, sistema sanitario nacional). De ahí que el origen de las PBE provenga, en realidad, de la evidencia previa exigida tanto a los sistemas sanitarios como a los sistemas sociales.

Podríamos decir que el objetivo de la PBE es proveer a los servicios públicos de profesionales seguros, efectivos y económicamente eficaces ante un contexto de proliferación de prácticas y resultados sin base científica, sujeto al incremento de la población y a la escasez de recursos.

La PBE busca la actualización constante de la práctica, ajustándola a los más recientes hallazgos en investigación con el fin de hallar evidencias que avalen la práctica. Según Schmiedebach (2002) pueden identificarse tres tipos de evidencia en el ámbito de la salud mental:

- El primero explora el contexto social, político y cultural.
- El segundo se basa en métodos científicos y se interesa por la comprensión y el tratamiento de problemas de salud mental.
- El tercero se basa únicamente en el tratamiento, sin interesarse por la naturaleza del problema ni por su contexto.

El enfoque más pragmático de búsqueda de evidencia se referiría a este tercer tipo y estaría orientado a los resultados del tratamiento, sin buscar factores socioculturales. La medicina basada en la evidencia¹² (MBE) aplicó en su origen este modelo para garantizar la calidad de la práctica clínica y proveer un servicio de cuidados sanitarios que ha sido aceptado socialmente, extendiéndose posteriormente su aplicación a otras prácticas.

Para Gilroy (2006) hay tres componentes que fundamentan la evidencia:

- La investigación (que contribuye a obtener mejores resultados posibles en la práctica)
- Las guías o directrices de aplicación que favorecen la estandarización del proceso (que aseguran la implementación de la práctica).
- La auditoría o supervisión (que examina la calidad de los resultados).

Señala Gilroy que, en realidad, son el gobierno, las compañías farmacológicas o las fundaciones sin ánimo de lucro quienes generan los recursos para el origen de la evidencia a través de la investigación, originándose una dependencia importante de las políticas gubernamentales y los intereses comerciales. Los arteterapeutas - dice - deben tener conciencia de las políticas que sitúan la PBE en el mercado si quieren dar mayor repercusión social a su práctica. Ello supone afrontar la práctica con una nueva mentalidad menos individualista y personalista y más orientada al bien social. Un reto que obliga, sin duda, a cambiar de paradigma.

4.1 Herramientas de medición y su validez

Ante la urgencia de tener en cuenta no solo la autoridad clínica y la experiencia profesional previa, sino también los costes del tratamiento, Gilroy (2006) propone 4 principios para este nuevo paradigma de práctica basada en la evidencia:

¹² Traducción realizada por el propio autor del término "evidence based-medicine".

1. Observaciones sistemáticas reproducibles.

Este principio desafía el saber previo de los expertos que son avalados por la autoridad e intenta reemplazar la autoridad clásica por el conocimiento más igualitario proveniente de equipos de profesionales con más experiencia. Las opiniones consensuadas por un “panel de expertos” se incluirían en el nivel de “evidencia” para una apropiada aplicación e interpretación de las investigaciones recientes. Para que esta “evidencia” sea respetada, los arteterapeutas de todos los sectores han de cuestionar la rigidez y la autoridad de la práctica ortodoxa, siendo críticos con los sistemas implantados.

2. Necesario estudio y comprensión de las enfermedades como condición necesaria pero no suficiente para guiar la práctica clínica.

Mientras que el paradigma tradicional se basa en conocer la causa de una enfermedad, para prevenirla y curarla, los tratamientos actuales en medicina se basan en la relación causa-efecto. El planteamiento positivista requiere tener certeza sobre *lo que funciona* y confía en que puede observar y medir los resultados de una intervención. La cuestión es si los resultados psicológicos y disfunciones de experiencias complejas con pacientes con problemas de salud mental pueden ser evaluados.

3. Comprensión de ciertas “reglas de evidencia”

La demanda científica de discriminar investigaciones dignas de confianza es comprensible. En términos de MBE y PBE el criterio de selección aleatorio es el único método de investigación con suficiente rigor para poder determinar de modo creíble si un tratamiento es o no efectivo.

La arteterapia, según Gilroy, ni presenta soporte empírico suficiente ni tiene una base inductiva de investigación amplia a pesar de los estudios de investigación de corte cualitativo realizados en América e Inglaterra. Sin embargo, se reconoce que la ausencia de resultados no implica ausencia de conocimiento. No puede por tanto inferirse la ineffectividad de una intervención, a pesar de no poderse aplicar en la disciplina “reglas de evidencia” como el uso de evaluaciones estadísticas, la designación aleatoria de sujetos de investigación o de criterios de medida específicos para muestras grandes.

4. Aquellos que basen su práctica en la evidencia tendrán un mejor cuidado de sus pacientes.

Este principio tiene por objetivo mejorar la práctica manteniendo actualizada la práctica conforme a los últimos hallazgos en investigaciones regidas por criterios de evidencia.

Orientar la práctica a estos principios supone desde 1999 para el sistema nacional de salud mental en Inglaterra priorizar las investigaciones que palien las necesidades de los servicios de tratamiento sobre las que se basen en satisfacer la curiosidad científica. Ello conllevaría la inversión en conocimiento destinado a implementar un marco de intervenciones psicológicas y psicosociales basado en la evaluación de la efectividad y su coste. Esto ha provocado el cambio de la atención a

los problemas de salud mental para adoptar un modelo positivista en las investigaciones que explora las repercusiones sociales, culturales y políticas. Allard (2002) sugiere que esta visión convierte a los trabajadores en el sector de la salud mental en “agentes de control social” a merced de las fuerzas políticas y del mercado.

Sturdee (2001) menciona esta necesidad de contextualizar el desarrollo del conocimiento dentro de lo que él denomina “investigaciones de mercado” para que éstas sean susceptibles de beneficiar los intereses sociales, alejándose de la idea de ciencia como algo imparcial y desinteresado.

El problema que conlleva contextualizar las intervenciones dependiendo de la especificidad del mercado es que redundando en una práctica de “ganadores y perdedores” donde habrá una mayor atención a ciertas “enfermedades” más comúnmente diagnosticadas siguiendo los criterios del DSM en Inglaterra o el ICD¹³ en América en lugar de ser ésta resultado del trabajo científico que mejor cumpla los criterios de una práctica basada en la evidencia.

4.2 La metáfora de Godzilla y Bambi

“La sabiduría no ejerce ninguna autoridad y aquellos que ejercen la autoridad no son sabios”

Jiddu Krishnamurti

La práctica arteterapéutica se lleva a cabo de formas muy diversas, pudiendo atribuírsele incluso el adjetivo “polimórfica”, en virtud a sus variadas formas de intervención. Esto dificulta el logro de una PBE ya que se requiere de cierta uniformidad en la práctica, precisión de los objetivos y especificidad en los resultados para sectores y pacientes diferentes. La investigación basada en resultados precisa de cierta estandarización, a fin de establecer qué se puede o no hacer, de modo que los resultados puedan ser generalizables y la práctica efectiva pueda desarrollarse y difundirse. Según Rustin (2001) esta manera de afrontar la práctica puede generar miedo a ser juzgados. Sin embargo, fue gracias a la superación de esos miedos que en Reino Unido se pudieron establecer unas bases del saber de la arteterapia, reconociendo su evidencia el Consejo de las profesiones complementarias a la medicina (HCPC¹⁴), dando como resultado el reconocimiento y regulación de la profesión a nivel estatal en el año 1997. Este paso contribuyó a la creación de la Asociación Británica de Arteterapeutas (BAAT) que aglutinó el corpus de conocimiento y aconseja desde entonces a los departamentos gubernamentales, mediando en las relaciones con otras disciplinas como la médica; la BAAT ha fomentado un mayor número de publicaciones en el campo y contribuye a que la disciplina se involucre en trabajos de investigación que ayuden a dar base de evidencia a la arteterapia. Para ello se crearon en 2003 los *estándares de conducta, actuación y ética* y los *estándares de competencia*.

¹³ DSM e ICD son manuales de diagnóstico utilizados por consenso publicados por la American Society of Psychiatry (Asociación Americana de Psiquiatría) y la Organización Mundial de la Salud respectivamente.

¹⁴ Traducción propia realizada por el autor del término “Health and Care Professions Council”.

El Ministerio de Salud británico lanzó en 2003 una encuesta para estudiar el acceso a servicios psicológicos de los ciudadanos que dio como resultado entre los más elegidos 5 alternativas diferentes a la medicación, entre ellas, el arte, la música y la dramaterapia. De las cinco, el 75% de los encuestados escogieron la arteterapia.

Alcanzar una PBE en terapias psicológicas no es tarea fácil, pero los beneficios para la práctica son patentes, a tenor de la evolución de la arteterapia en Reino Unido.

Gilroy (2006) menciona como obstáculos para implementar los hallazgos de investigación en la práctica los siguientes:

- El distanciamiento entre la práctica y la investigación.
- Los terapeutas tienden al atrincheramiento en lo que hacen.
- La elección de casos de forma aleatoria tiene limitaciones y no siempre es apropiada.

La metáfora de Godzilla y Bambi, expuesta por Parloff (1982) ilustra bien la necesidad de exponer la disciplina de la arteterapia a los hallazgos de las investigaciones; en ella un temible Godzilla vendría a simbolizar la inevitable política de control y contención de gastos de los gobiernos, mientras que Bambi representaría la vulnerabilidad de la disciplina arteterapéutica. El encuentro entre el inofensivo Bambi y el destructivo Godzilla supondría, según esto, ver qué ocurriría si las temerosas investigaciones regidas por la curiosidad y orientadas a los procesos se encontraran con los planteamientos políticos de efectividad clínica y costes.

Parry (1995) propone a los psicoterapeutas investigadores reagruparse para evitar el escepticismo de quienes consideran un lujo económico la financiación de estas terapias por parte del estado. Así, todas las disciplinas vinculadas a la psicoterapia deberían disolver sus diferencias para adquirir un compromiso de integridad y unificación del saber.

También en EEUU se manifiesta este imperativo económico en el sector de salud mental, recomendando a los terapeutas una práctica más pragmática orientada hacia la obtención de resultados. Muchos arteterapeutas consideran que evaluar en base a criterios de evidencia la práctica significaría hacer la disciplina peligrosamente visible y vulnerable; por otra parte evolucionar hacia la madurez requiere también aprender a sobrevivir a las doctrinas de la PBE. “Disociar la práctica de la PBE podría llevar a la arteterapia a alejarse peligrosamente de la práctica contemporánea y desarrollar su discurso independientemente del sistema sanitario”. (Gilroy, 2006)

Varias son las preguntas que surgen ante la disyuntiva de si someter o no la arteterapia a los principios de la PBE: ¿Tenemos miedo de ser vistos? ¿Derivaría la supervisión externa de la práctica arteterapéutica en su caída? ¿Es nuestra actitud como terapeutas hostil a entrar en la PBE? ¿Garantiza la PBE que nuestra actividad, sujeta a la investigación, mejorará la calidad de las intervenciones y será a la vez más productiva para los arteterapeutas? ¿Sentimos la PBE como un poderoso aliado que viene para protegernos o como un monstruo que solo quiere destruirnos?

Definir nuestra actitud hacia la PBE será el primer paso para definir nuestra práctica:

Bambi	Godzilla
<ul style="list-style-type: none"> • práctica libre diferenciada • idealista • vulnerable • orientado al proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • práctica basada en evidencia (PBE) • pragmático • incontrolable • orientado a la efectividad

Figura 2: Explicación de la PBE como metáfora de Bambi y Godzilla (Cuadro de elaboración propia)

Según Parloff (1982) creer que la arteterapia florecerá en la situación actual sin aceptar un compromiso con las cuestiones que plantea la PBE indica un alto grado de optimismo deliberado. Según Gilroy (2006) es fundamental que la arteterapia produzca sus propios criterios de evidencia. Para lograr participar en la PBE, debemos ajustar el marco de la disciplina igual que han hecho otros sectores no médicos. No hay porqué tener miedo a orientar la práctica hacia la efectividad; al contrario, podría servir para proteger la práctica desarrollando un cuerpo de conocimiento a partir de investigaciones colectivas.

La actitud que con este trabajo queremos impulsar se distancia de las polaridades de los que están a favor o en contra. Reconociendo la importancia de la fusión de la arteterapia con la práctica basada en la evidencia, proponemos buscar opciones alternativas que intenten aproximar la arteterapia lo más posible a la PBE para procurar una conciliación de ambas.

Relacionarnos con la PBE requiere de los arteterapeutas una preocupación por la eficiencia y la efectividad que supone, sin duda, un cambio, un aprendizaje y un desafío al *statu quo* de la arteterapia. En los tiempos actuales, donde los recursos y la financiación escasean, consideramos necesario tener que compatibilizar arteterapia y la PBE si queremos tener cabida en las instituciones. Esto exige a los profesionales la aceptación de una realidad a veces ajena, obligándonos a salir de un estado de autocomplacencia y pretendida independencia, en un ejercicio de confrontación con la propia sombra (la PBE), tal como afirmaba Jung:

“Cuando nuestra admiración o nuestro rechazo ante una determinada cualidad (...) es desproporcionada, es muy probable que nos hallemos bajo los efectos de la sombra. De este modo, pretendemos expulsar a la sombra de nuestro interior proyectando y atribuyendo determinadas cualidades a los demás en un esfuerzo inconsciente por desterrarlas de nosotros mismos”.

(Jung et. al., 1991, p. 8)

4.3. Afrontar la práctica basada en la evidencia

Priorizar actividades en la arteterapia generadoras de evidencia precisa estar orientados a los resultados; se requieren investigaciones que describan las particularidades de la práctica con diferentes tipos de pacientes, estudios de caso que detallen avances e incluyan seguimientos de cada intervención.

Para establecer una base de efectividad se pueden elaborar descripciones narrativas, imágenes, opiniones de pacientes que documenten la interioridad de los procesos y sus resultados, combinando tanto métodos cualitativos como cuantitativos.

De acuerdo con Dubowski (2001) no es razonable que los propios arteterapeutas investiguen sobre su efectividad. Según él debiera diferenciarse a quien practica la arteterapia de quien investiga su efectividad.

Iniciativas como las llevadas a cabo en Reino Unido mediante la evaluación de rutinas de resultados clínicos (CORE¹⁵) o la Red de investigación sobre la práctica arteterapéutica (ATPRN¹⁶) permiten a los profesionales recabar datos y formar parte de investigaciones grupales más allá de las investigaciones de investigadores solitarios.

Compartimos ese mismo interés por recopilar resultados de una manera interdisciplinar, dado que la propia práctica de la arteterapia se desarrolla desde el diálogo con otros profesionales.

En opinión de Gilroy (2006) esta tradición de compromiso con los resultados de estudios de investigación se ha desarrollado en un alto grado en EEUU, favoreciendo un acercamiento inclusivo que tiene en cuenta los avances de estudios publicados. En Reino Unido, en cambio, no se ha mantenido tal interés por el campo experimental o las investigaciones orientadas a los resultados, centrándose más la práctica en aspectos cualitativos, orientados a la investigación de procesos que ayudan a desarrollar la teoría y la práctica.

4.3.1 ¿Cómo evidenciar que la arteterapia es un tratamiento efectivo?

¿Cómo demostrar que la arteterapia sirve para ver el mundo desde una perspectiva diferente? ¿Qué ayuda a provocar un cambio en el sistema de creencias? La base de toda terapia es alcanzar ese instante de *corte*¹⁷ en el que cambia la percepción de las cosas, originándose un *antes* y un *después*. ¿Puede la arteterapia encontrar un punto de encuentro con el paradigma de práctica basada en la evidencia proveniente de la medicina?

Mullhall (1998) sugiere que antes de identificar las preguntas de investigación sobre la evidencia en la práctica profesional es necesario definir exactamente qué es aquello que hace única a la disciplina. Por tanto, “¿Qué diferencia al arteterapia de otras terapias psicológicas?” (Gilroy, 2006). Gilroy pregunta a colegas profesionales. Destacamos aquí aspectos clave de algunas contestaciones obtenidas como la delimitación de un mundo interno y externo por medio de la imagen y la palabra, el acceso a la memoria inconsciente gracias a la naturaleza sensorial y material de los objetos de arte, el arte como forma de materializar el diálogo interior entre uno mismo y los otros o la visibilización de relaciones psicológicas inconscientes.

¹⁵ CORE: Acrónimo del término inglés “Clinical Outcome Routine Evaluation”

¹⁶ ATPRN: Acrónimo del término inglés “Art Therapy Practice Research Network”

¹⁷ Corte se utiliza aquí en el sentido lacaniano como forma de responder al vacío o a la falta; el corte de la sesión propuesto por Lacan se refiere, también a la interrupción que apunta al no-sentido y suscita el deseo como pregunta.

Nosotros hemos querido también en la encuesta realizada a algunos profesionales en el campo conocer su opinión sobre los rasgos que diferencian la arteterapia de otras formas de tratamiento. (Ver apartado 7 o las contestaciones a la pregunta 15 en el [Anexo 14](#))

Invitar también a los participantes en las terapias a formar parte del proceso de investigación permitiría transmitir la particular sensibilidad de la práctica, diferenciándola de otras terapias psicológicas. (Gilroy, 2006).

Según Gilroy, revisar la evidencia de la práctica arteterapéutica requeriría tres estrategias:

- A corto plazo, desarrollar procesos, localmente y a nivel nacional, que sintetizen y articulen la investigación en arteterapia, el conocimiento acumulado y la experiencia, partiendo de directrices que puedan ser publicables, implementadas y auditadas.
- A medio plazo, implantar investigaciones de estudios de caso experimentales como parte de la rutina del trabajo clínico, para medir resultados en un sector específico.
- A largo plazo colaborar con colegas para desarrollar resultados desde investigaciones cuantitativas y cualitativas que involucren a los usuarios. (Gilroy, 2006, p. 43)

4.3.2 La implantación de guías o directrices

Una guía sirve para informar sobre el trabajo realizado. Gilroy (2006) las menciona como herramienta en las primeras etapas hacia una práctica basada en la evidencia. Su objetivo es identificar cuál es el mejor proceso para llegar a la optimización de resultados.

En ellas cobra importancia la sistematicidad, especificar la problemática de un tratamiento y su posible acceso tanto por parte del paciente como del terapeuta. Su uso es siempre optativo, ya que obligar a su utilización podría ser perjudicial, por los efectos prescriptivos y homogeneizantes que conllevaría.

Parry (1995) indica que no han de reemplazar el juicio clínico del terapeuta, sino que son tan solo un medio para tomar una decisión informada. No deben considerarse, pues, como órdenes ni instrucciones que autorizan un tratamiento específico o proscriben otros. Se trata más de una vía para acercar las técnicas a nuevas y mejores prácticas.

Pero, ¿qué convierte a una guía en una “buena” guía? El Departamento de Salud Pública (NHS) publica en 1994 en Reino Unido un boletín indicando que una buena guía debería:

- Referirse a un tema relevante sobre el que tomar decisiones y causar un impacto en el cuidado del paciente y en los resultados, ya sea porque se trata de intervenciones frecuentes o porque hay una gran variación de prácticas posibles.
- Manejar situaciones concretas, habiendo definido claramente a la población, a los practicantes y sus clientes, a fin de dilucidar cuando y con quien emplear la guía en cuestión.
- Ser sistemática y representativa de un proceso de desarrollo estructurado. Es preferible si el diseño de la guía ha sido llevado a cabo por un equipo multidisciplinar.
- Ser de fácil empleo, tener un lenguaje claro, no ambiguo, sencillo tanto para los practicantes como para los usuarios. (Gilroy, 2006, p. 45)

Las guías en psicoterapia pueden servir para asesorar en la toma de decisiones inicial (indicando la idoneidad del paciente para según qué tipo de terapias) o para decidir sobre el tratamiento mismo una vez que el trabajo ha comenzado.

Fundamentalmente se pueden diferenciar entre guías prospectivas o retrospectivas:

Las guías prospectivas pueden ser:

- Basadas en condicionantes: tienen que ver con asuntos específicos, por ejemplo, relacionan estilos de tratamientos psicológicos aplicables, o casos en los que no deben ser tenidas en cuenta, en función de la especificidad del cliente.
- Basadas en problemáticas: indican cómo manejar casos particulares.

Las guías retrospectivas sirven para desarrollar criterios de evaluación, aportando un feedback a la práctica. Cape y Parry (2000) indican que el desarrollo local de una guía hace que su implementación sea más probable y su impacto más positivo que en el caso de las guías nacionales, si bien las guías elaboradas a nivel nacional tienen un mayor grado de validez.

La consideración de las guías en la práctica arteterapéutica puede, además, minimizar las diferencias significativas entre la teoría y la práctica, dependiendo de la formación o disciplina de procedencia del terapeuta. El desarrollo de guías favorecería, pues, una estandarización de la práctica, paliando las divergencias en función de las diferentes escuelas arteterapéuticas de origen. Se lograría así dar más consistencia a la práctica arteterapéutica.

En el [Anexo 1](#) se reflejan esquemáticamente los pasos que describe Gilroy para diseñar una guía para la práctica. Los mencionamos a continuación de modo abreviado:

- Decisión del tema y formación de un Grupo de Desarrollo de la Guía.
- Definición de los parámetros exactos de la guía.
- Búsqueda de literatura que haga alusión al tema.
- Evaluación crítica de la literatura.
- Revisión sistemática de la literatura (asignación de niveles de evidencia).
- Consulta de resultados con expertos a la luz del consenso en la práctica clínica (ver la opinión de usuarios si es necesario) > recomendaciones.
- Unión de evidencias procedentes de la revisión con las recomendaciones tras dicha consulta.
- Redacción de la guía.

Como puede verse en el esquema, existe un importante filtrado de información, aceptándose solo aquella que es rigurosa desde un punto de vista científico para priorizar el análisis de aquellos estudios de investigación plausibles que pueden ser aplicables en la práctica.

4.3.3 Problemas de difusión e implementación

Según Parry (1995) existe, sin embargo, y a pesar de los esfuerzos dedicados a la creación de guías en la práctica arteterapéutica, una falta considerable de impacto. Él atribuye esta reticencia a aplicar guías al miedo de que puedan convertirse en protocolos de intervención, como si de un “libro de recetas” se tratase. Conviene decir, a este respecto, que las guías deben adecuarse a la situación y contexto de los pacientes. Aun entendiendo las reservas sobre su uso, es importante comprender que su desarrollo requiere una dedicación de tiempo y energía, por lo que es necesario asegurar una implementación real dentro del ámbito profesional antes de ser confeccionadas.

Para garantizar que los contenidos de la guía lleguen a sus usuarios, la información ha de comunicarse mediante iniciativas activas claras tales como talleres locales, redes profesionales o grupos de investigación. Se puede hacer a nivel local, regional o nacional, mediante las asociaciones profesionales o los representantes miembros de un panel de expertos. Los medios de difusión indirectos, como el correo electrónico, en cambio, resultan menos efectivos.

En general es más fácil promover el cambio cuando éste se inicia desde un nivel local. Al ser previsible que afloran resistencias, conviene anticipar los obstáculos en la implementación y transmitir los beneficios de usar las guías como herramienta para un aprendizaje en la práctica.

Las guías transfieren en forma de recomendaciones la interpretación que se ha hecho de la evidencia contrastando la literatura revisada y tienen en cuenta, además, el punto de vista de los usuarios, de expertos y la experiencia clínica de los trabajadores profesionales. No deben contemplarse como algo restrictivo ni son procedimientos de delimitación de estrategias. Una guía da pautas para un mejor desempeño profesional, no instrucciones de obligado cumplimiento.

Posteriormente a la implementación de una guía la auditoría o supervisión indicará si ésta se ha puesto o no en práctica y, de haberlo hecho, si se ha hecho de manera correcta. De ahí que la auditoría tenga más un carácter retrospectivo, que sirve para dar un feedback y evaluar si el proceso de estandarización que se busca implementar con el uso de la guía se ha logrado.

4.3.4 La auditoría o supervisión.

La supervisión final es el último paso de la PBE y se realiza con objeto de monitorizar si se han alcanzado los estándares de mejora perseguidos. Es posible que al hablar de auditoría los profesionales sientan un método regulatorio que invite a pensar en un control centralizado del gobierno. No en vano, en Reino Unido figura ésta incluida desde 2003 en la denominada “Agenda para el cambio” del Departamento de Sanidad. Este miedo es lógico que aparezca si la obligación de ser supervisados proviene de agencias externas que se ven justificadas por las necesidades gubernamentales de control financiero del gasto.

Para que la auditoría se entienda como un motor de cambio y mejora real, ésta ha de percibirse como merecedora de ser puesta en práctica como parte de un proceso de reflexión sobre la práctica más que como un mal necesario impuesto para gestionar la disciplina. Ha de comprender

una serie de actividades orientadas a buscar la calidad de la práctica para garantizar un ciclo de mejora continuada.

En definitiva, la auditoría supone un proceso de auto-reflexión crítica tanto para los profesionales como para los gestores de las instituciones.

Su objetivo final es verificar que la práctica real se basa en los mejores criterios de evidencia posibles a tenor de los aspectos consensuados fruto de la investigación de la literatura, de las guías elaboradas, del conocimiento de expertos y de las preferencias y experiencias tanto de los usuarios como de los profesionales.

Podemos mencionar algunas experiencias de aplicación de auditorías en AT como la de Whitaker y Middleton (2003) cuando implementaron el sistema CORE, donde describen problemas prácticos con la administración al encontrar resistencias a la hora de analizar los datos. A pesar de las dificultades, informan de que un tercio de sus clientes lograron alcanzar un cambio significativo. En el caso de Dubowski (2001), se intentó desarrollar una herramienta para recopilar datos cotidianos que pudieran incorporarse a las notas de los casos de clientes con discapacidad en el lenguaje, a fin de posibilitar el análisis estadístico de datos, de manera similar a como se hizo en el CORE.

También existen casos de auditorías cualitativas como la de Turnbull y O'May (2002) en AT en contextos de atención primaria mediante cuestionarios y entrevistas, o el de Huet (1997), que mediante entrevistas semiestructuradas a clientes y miembros del equipo analizaba de qué manera influía en el servicio de los arteterapeutas el choque cultural causando problemas de comunicación.

4.3.5 La ética en la investigación

Hemos considerado oportuno hacer una mención a la ética en la investigación, dado el necesario tratamiento de datos de los participantes involucrados en la investigación, especialmente en cuestiones clínicas, donde las informaciones que se manejan y lo que se haga con ellas puede afectar a la naturaleza de las relaciones entre clientes y practicantes.

La investigación en cualquier ámbito requiere de la aprobación de la organización que promueve dicho estudio.

Los códigos de conducta y responsabilidad de todos los involucrados en algún aspecto de la investigación deben velar por la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de los participantes. Ello exige la revisión individualizada de cada proyecto, la obtención del consentimiento informado de los participantes y que se mantenga la confidencialidad y sean respetadas las diferencias.

Es importante aludir en la investigación si se trata de un trabajo orientado (o no) al usuario e involucrarlos en el desarrollo de los resultados que se quieren medir, reflejando cuáles son los valores, las prioridades, la percepción y las preocupaciones que se incluyen en la investigación en relación a éstos. (Gilroy, 2006).

5. La investigación colaborativa

Todo diseño de investigación requiere de colaboración con otras personas, ya sea dentro del ámbito profesional o de los propios usuarios involucrados. Esto ha sido denominado como democratización del proceso de investigación (Denscombe, 1998) debido a la estructura no jerárquica en que se obtiene el conocimiento, partiendo de la participación y la cooperación tanto de los investigadores como de los pacientes.

Esta necesidad asociativa redundante en un empoderamiento de todos los agentes en el proceso, provocando lo que podríamos mencionar como el co-protagonismo de todos los involucrados en el proyecto.

Pensar en términos de grupo conlleva eliminar la consideración dual de investigador-sujeto de investigación y nos sitúa en un contexto de igualdad en el que todos los participantes son tenidos en cuenta como co-investigadores.

Esta naturaleza subjetiva en la elaboración del conocimiento acerca a los usuarios a sentirse partícipes de los resultados de investigación, motivándolos a intervenir en el acopio de información mediante entrevistas, grupos de trabajo, diarios de (auto-) observación desde la voluntariedad.

Este ánimo cooperativo también beneficia a la difusión de resultados, distinguiéndose las investigaciones colaborativas por llevarse a la práctica mediante exposiciones públicas y acciones de marcado carácter social en las que a menudo toman parte los co-investigadores.

El papel de los usuarios deja de supeditarse al rol de *entrevistado* o *sujeto de investigación*, participando éstos tanto en el diseño como en la implementación de los resultados. Se permite así la inclusión de los propios usuarios en el proceso, pudiendo incluso llegar a sentir la investigación como suya propia, a medida que se avanza.

La investigación colaborativa desafiará en no pocas veces las creencias y los valores personales y puede resultar problemática para los investigadores que gustan de tomar el protagonismo, pero garantiza un mejor ritmo de los hallazgos; habrá que saber evaluar cuándo sacrificar opiniones propias en pos de las decisiones de grupo.

Queremos en este punto comentar las reflexiones de tres autores que abogan por el asociacionismo como forma de acceder al conocimiento: Shirky, Siemens y Wenger.

5.1. Shirky y el excedente cognitivo.

Según el profesor experto en redes sociales Shirky (2004) el excedente cognitivo representa la habilidad de la población mundial de contribuir voluntariamente en proyectos a nivel global aportando su talento y tiempo libre para crear, compartir y construir un proyecto colectivo.

La ventaja de utilizar el potencial de un grupo de gente para diseñar, por ejemplo, una investigación, estriba en que toda la comunidad interviene en el proyecto, haciéndolo suyo.

Normalmente organizar un grupo de individuos para obtener un resultado coherente requiere lo que se denomina *coste de coordinación*. Los esfuerzos de una institución tradicional se suelen centrar en gestionar dificultades financieras, físicas y de recursos. Así, por ejemplo, formar un equipo de trabajo requiere contratar empleados, personas que coordinen a dichos empleados y crear una estructura legal y física que confiera un marco donde desarrollar el proyecto. Este principio organizativo es eminentemente segregacional, dado que selecciona a un número de trabajadores específico para participar en el proyecto, creando una *clase profesional* considerada apropiada para la labor a desempeñar.

Cuando se suprime esta estructura institucional y se pone el problema en manos de los usuarios finales para que busquen soluciones se sustituyen los procesos de planificación por los de coordinación. En estructuras de organización horizontal en las que no existe jerarquía se evita la anticipación del problema y se opta por crear redes de trabajo que ayuden a mejorar o solucionar las cuestiones que van surgiendo en el proyecto. Ejemplos de este tipo de organización son Wikipedia, Flickr y en general iniciativas en red que cuentan con el apoyo de los usuarios para implementar mejoras en sus diseños.

La ventaja de este modelo es que no hay necesidad de realizar selección de los contribuyentes al proyecto, como puede ocurrir en el modelo institucional que trata a los trabajadores como empleados, excluyendo a aquellos no cualificados. Muy al contrario, se acepta que todos los miembros, sin necesidad de desplazarse al lugar de la institución, pueden aportar valor al trabajo de manera libre y altruista. Basta con tener en cuenta que en este tipo de organización los trabajadores colaboran voluntariamente por un objetivo común y las aportaciones no son iguales por parte de todos los participantes. El grado de involucramiento varía ostensiblemente de unos miembros a otros de la comunidad.

Las nuevas tecnologías en auge en el S. XXI han contribuido a que los principios del excedente cognitivo estén hoy más vigentes que nunca. Las redes de comunicación sirven hoy no solo como medio de almacenar el saber acumulado sino también como medio para gestionarlo y producirlo, gracias a las herramientas para la interacción interpersonal que pone a nuestro alcance internet.

5.2. Siemens: conectividad en el conocimiento.

“Todo conocimiento es información, pero no toda la información es conocimiento”

George Siemens

El conocimiento hoy ya no se almacena en los libros, ha cambiado; ha dejado de haber una minoría capaz de producirlo y difundirlo, para pasar a manos de la colectividad, que lo gestiona y extiende de manera global. Este paso hacia la democratización del conocimiento obliga a las organizaciones a crear nuevos espacios y estructuras de comunicación para compartir la información y lograr objetivos de un modo grupal

El significado generado por un solo individuo ya no es suficiente para reflejar el conocimiento en su totalidad. En este momento es preciso que el conocimiento no solo sirva para explicar una parte del mundo, sino que también ha de usarse para producir algún tipo de cambio, para actuar sobre la realidad. Los conceptos ya no son meras definiciones de términos, sino que se relacionan entre sí de forma no lineal para dar lugar al entramado de la realidad, siempre cambiante.

Entender el aprendizaje como un fenómeno en red modifica la forma de experimentar el conocimiento, ya que las redes que se configuran son adaptativas, fluyen reflejando la estructura del conocimiento, no imponiéndola. En una jerarquía la estructura es creada por unos pocos e impuesta a muchos; en una red, en cambio, se permite una rápida adaptación que altera la estructura establecida. (Siemens, 2006)

Para el experto en sociedades digitales Siemens la aparición de los blogs, wikis, podcasts y el etiquetado de fotos nos permiten nuevas maneras de conectar el conocimiento gracias a sencillas herramientas de índole social que otorgan mayor control a los usuarios.

La propuesta sobre la conectividad del conocimiento es innovadora porque:

- Concibe el aprendizaje y el conocimiento como procesos basados en la conexión.
- Explora la naturaleza del cambio en contextos ligados al conocimiento.
- Presenta un modelo para satisfacer las necesidades organizativas del futuro (por ejemplo, para empresas, escuelas, universidades...).

La investigación en cualquier campo se basa en ampliar el conocimiento; un conocimiento que es considerado como proceso dinámico ligado a su adquisición. Así, la concepción previa de conocimiento como algo estático ligado a organizaciones y expertos debe ser hoy día sustituida por procesos de aprendizaje en constante cambio. Aprendizaje y conocimiento deben ir unidos, dado que la vida no es una experiencia aislada sino relacionada con quienes somos, con lo que vivimos, con lo que nos rodea... Nuestro deseo de dar sentido, compartir y comunicar nos hace crear estructuras que albergan el conocimiento (libros, librerías, internet...) pero también creamos espacios de diálogo y herramientas para difundir lo que sabemos. En las últimas décadas nuestra manera de validar el conocimiento ha cambiado gradualmente descentralizando el modelo de saber piramidal para crear otro modelo más democrático.

De manera similar a como planteábamos previamente con las etapas de la PBE, también en la adquisición de conocimiento, Siemens nombra varios estadios de aprendizaje:

- Co-creación: trabajar partiendo del conocimiento de otros abre la puerta a la innovación y a un desarrollo rápido de ideas.
- Difusión: necesidad de un análisis, evaluación y filtrado de la información en red.
- Comunicación de ideas clave: la información aceptada se distribuye en la red.
- Personalización: el diálogo y la reflexión permiten internalizar el nuevo conocimiento en nuestra experiencia.
- Implementación: a medida que “hacemos” cambia nuestra comprensión, a diferencia de modelos previos de aprendizaje a partir de teorías predefinidas.

En el conocimiento en red la discusión entre los miembros de una disciplina es esencial; las ideas ganan impulso cuando son analizadas, criticadas y co-creadas dentro de un proceso continuo de revisión.

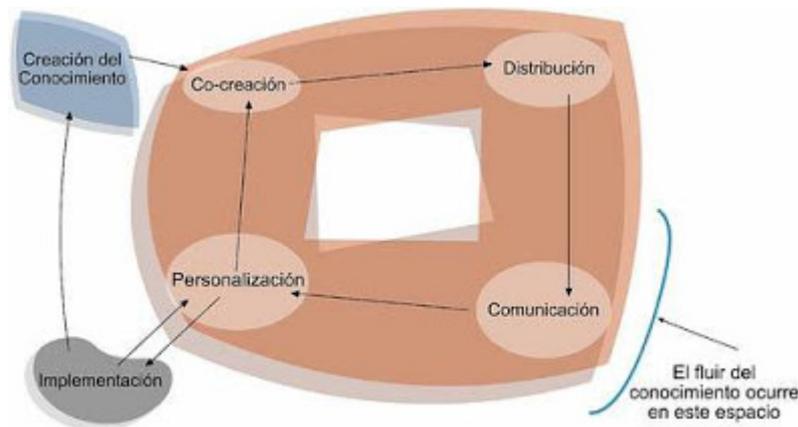


Figura 3: Siemens, 2006, p. 7. *Procesos que intervienen en la fabricación del conocimiento.*

Los procesos de transmisión del conocimiento en departamentos estancos que caracterizan a escuelas y facultades – dice Siemens – no responden a las habilidades propias de los profesionales del mañana. La coexistencia del ser humano en diferentes espacios (físico, cognitivo, social y espiritual) requiere de más vías de comunicación del conocimiento que respondan simultáneamente a un nivel individual, organizacional, colectivo y socio-cultural.

Planteémonos de qué manera contribuimos en la arteterapia a fomentar conocimiento. ¿Podemos considerar que adquirimos/aportamos el conocimiento o más bien lo aprendemos/creamos por medio de una participación activa?

El conocimiento – manifiesta Siemens – puede explicarse como entidad o como proceso, con elementos objetivos o subjetivos. A menudo observamos que lo que es apropiado en un contexto no lo es para otro. No es lo mismo buscar un conocimiento finalista, que busca un resultado (verídico) que uno procesual, que se orienta más hacia el progreso. Considerando que nuestra comprensión es solo transitoria y que está condicionada por nuestra manera de entender física,

cognitiva y emocionalmente, podemos decir que el aprendizaje es, en realidad, un proceso de formación en perpetuo cambio.

Los rasgos que definen el conocimiento en redes son la diversidad de opiniones, la autonomía de las aportaciones de cada individuo, la interacción de los miembros de la comunidad y la apertura a nuevas perspectivas y formas de pensar. (Siemens, 2006)

Si desde el campo de la arteterapia deseamos alcanzar un consenso en relación a las posibles vías para alcanzar criterios de evidencia en la práctica, los mecanismos de diálogo que se establezcan entre los profesionales deben poseer rasgos similares a los aludidos por Siemens. Esto requiere dejar de pensar en patrones de pensamiento establecidos y observar la realidad de la práctica en su complejidad, sin ideas ni patrones preconcebidos. Este modelo participativo resulta, a nuestro parecer, mucho más flexible que el propuesto por Gilroy, si bien presenta una indefinición y ambigüedad notables.

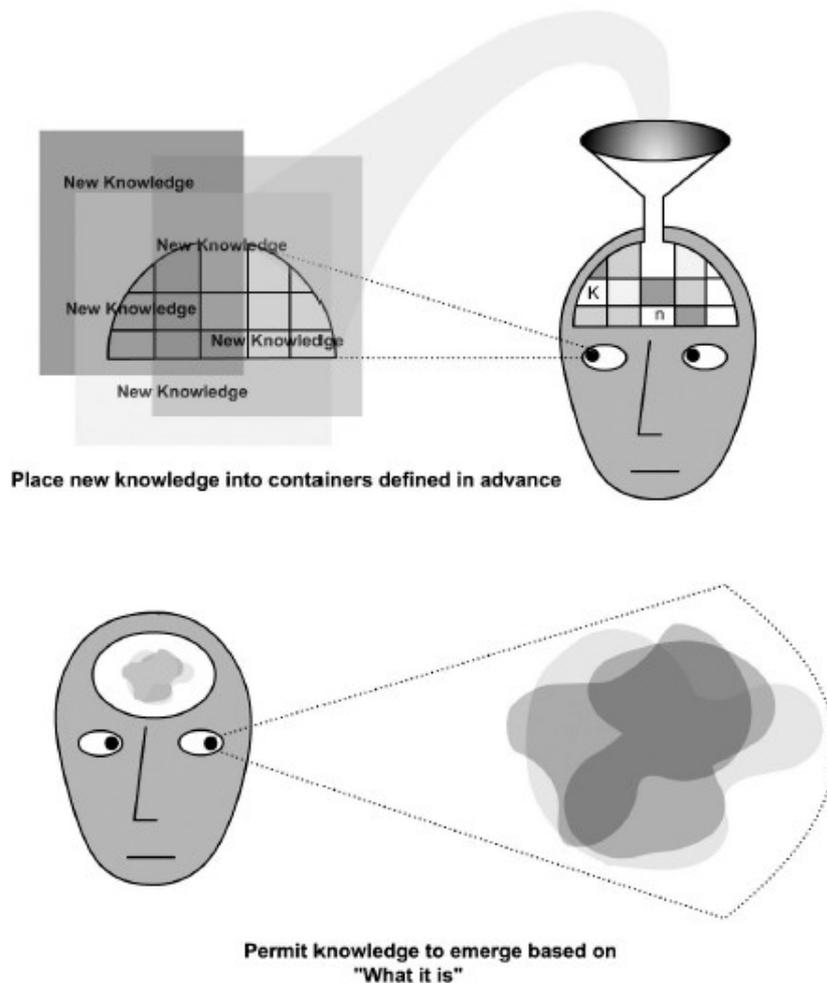


Figura 4: Siemens, 2006, p. 20. *El conocimiento visto no como estructura, sino como organización.*

Pero también es cierto que para alcanzar el conocimiento es preciso no renunciar a la ambigüedad y la incertidumbre, pues las certezas del conocimiento son solo temporales y no duran toda la vida. El conocimiento de la realidad es siempre parcial, debido al cambio constante al que hacíamos alusión anteriormente.

5.2.1. Redes de conocimiento

El acto de aprendizaje se basa en ir creando una red de nudos a base de información y fuentes de información (libros, personas, experiencias...). Alguien que está en contacto con el exterior encontrará siempre motivos para actualizar y reescribir su red de conocimiento interna de un modo dinámico.

El *conectivismo* es una teoría de aprendizaje basada en la era digital que rompe los patrones de creencias preestablecidos e integra los principios modernos del caos y la complejidad integrando procesos de reorganización de base autocrítica.

La creación de esta red es lo que permite estar al día en un modelo de conocimiento que se desarrolla a medida que se conforma. El conocimiento que importa ya no es resultado del contenido sino que es la propia estructura del conocimiento la que se va originando según se incorporan los rápidos cambios en el contexto. No existe ya una definición única de conocimiento que se adapte a todas las situaciones, sino que es preciso aprender en diferentes dimensiones, dando mayor importancia al contexto. Socializar el conocimiento nos permite, además, personalizar la experiencia de aprendizaje y reflexionar sobre los contenidos.

En el pasado se consideraba el conocimiento más como un producto o un objeto, cuando en realidad es más un proceso o una tendencia, un estado transicional.

Es preciso una confluencia de voces individuales para crear conocimiento. Si solo existe una perspectiva única ante un problema estaremos cerrando las puertas a la creatividad; el conocimiento surge de una colectividad de personas con opiniones abiertas, que dialogan, interaccionan y reflexionan. No se trata, por tanto, de un conocimiento "congelado" en un tiempo como producto, sino de una conexión que permite una acción social orientada al contenido del conocimiento.

Cuando se descubre algo, alguien construirá o aplicará a partir de ese descubrimiento y extenderá el conocimiento para hallar nuevas vías de investigación. De ahí que las nuevas formas de conocimiento desafíen la certidumbre que hasta ahora anhelábamos alcanzar. Estos estados de incertidumbre son saludables porque incentivan la investigación y nuestra habilidad de aprender aquello que necesitamos para el mañana. Es así como evitamos contentarnos con lo que sabemos hoy.

Entre los inhibidores del conocimiento, que reducen la posibilidad de alcanzarlo, menciona Siemens las ideas preconcebidas, nuestra propia cognición y emociones.

La cultura de cooperación, abierta al cambio contribuye, sin embargo, a formar más rápidamente redes de conocimiento. Existen diversas formas de acceder al conocimiento: a través de los sentidos, la observación, la experiencia, el pensamiento lógico, a través de la intuición, de la revelación (experiencias Ahá), de la autoridad, etc. Pero para que exista una red de conocimiento debe primar una estructura no centralizada con un alto nivel de innovación y crecimiento: fomentar procesos de experimentación, sin miedo al fracaso genera mecanismos flexibles que invitan al diálogo y conexión entre los participantes. Ello genera confianza y favorece las actividades

orientadas al conocimiento dentro de un entorno seguro. Una estructura informal que permita entornos de discusión abiertos como pueden ser las comunidades de práctica que se presentan aquí como alternativa a los tradicionales sistemas organizativos, mucho más rígidos y estructurados. Hablaremos de ellas en el próximo apartado.

La ventaja que tienen, en este sentido, las comunidades de práctica es que están orientadas a *hacer*. Bajo esta óptica el problema no es la falta de conocimiento, sino la falta de acción.

Igual que en las comunidades en red, el feedback será el elemento clave para llegar al conocimiento; en una red se origina un progresivo avance hacia la creación compartida (co-creación). Mientras que en las instituciones profesionales se confía en los expertos para difundir el conocimiento, en las comunidades de práctica son todos los integrantes los que contribuyen, evalúan y ponen en práctica la validez del conocimiento.

Nos decantamos para el estudio de posibles criterios de evidencia en arteterapia por esta otra fórmula, más abierta que la llevada a cabo en Gran Bretaña mediante la implantación de guías de buenas prácticas capaces de supervisar la efectividad de una intervención.

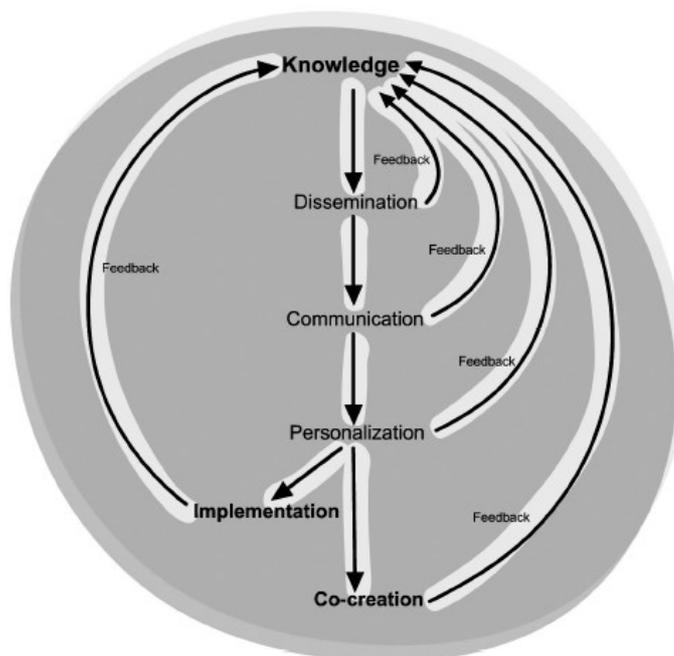


Figura 5: Siemens, 2006, p. 126. *El feedback en el conocimiento.*

El feedback generado por la propia evaluación de los participantes es utilizado para revisar y ajustar el conocimiento a los aprendizajes dentro de la organización, viniendo a sustituir a la auditoría en el esquema propuesto por Gilroy representado en el [Anexo 2](#).

El resultado es una intervención holística, adaptativa, realista, innovadora y orientada a resultados (Siemens, 2006)

5.3. Etienne Wenger: las comunidades de práctica.

“Si todos piensan igual, es porque ninguno está pensando”

Walter Lippmann

Las comunidades de práctica son grupos de gente que comparten un interés, una serie de problemas o una pasión por un tema y que desean profundizar en su conocimiento mediante la interacción de una base de desarrollo común (Wenger, 2002).

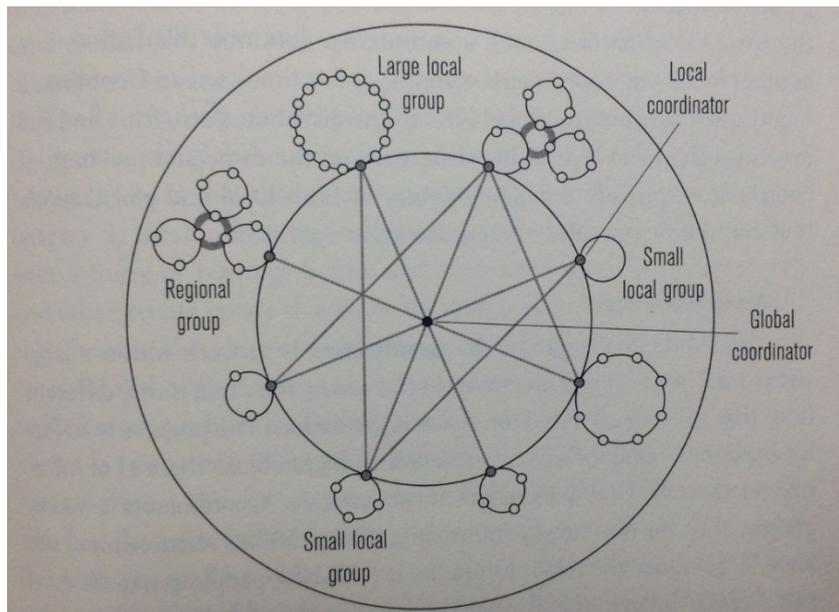


Figura 6: citado por Wenger, 2002, p. 127. Estructura de una comunidad global.

Los integrantes de una comunidad de práctica se reúnen porque encuentran valor en la información y consejos que intercambian. Se ayudan mutuamente a solucionar problemas y discuten situaciones, sus aspiraciones y necesidades. Pueden darse desavenencias y desacuerdos pero es precisamente mediante esa confrontación que se desarrolla un corpus de conocimiento.

Nuestra propuesta es que la participación en este tipo de comunidades por parte de los arteterapeutas puede también ser fuente de generación de conocimiento científico.

El tipo de conocimiento que se genera en este tipo de comunidades es dinámico, en continuo cambio, adaptado a los rápidos cambios de nuestro tiempo.

El valor principal que se crea en las comunidades de práctica es la conexión y desarrollo personal y profesional de identidades dentro de una organización. La forma de comunicación no es la característica principal de este tipo de comunidades (científicos de diverso origen ya se comunicaban hace tiempo por carta, o lo hacen ahora por email o videoconferencia). Es la práctica lo que lleva a los participantes a compartir el interés en ser miembros de la comunidad; el auge de las nuevas tecnologías y el desarrollo de la globalización han favorecido en muchas disciplinas su expansión.

Según el teórico suizo en temas educativos Etienne Wenger (2002) existen tres elementos fundamentales de una comunidad de práctica:

- El dominio (o razón de ser): que crea un ámbito común y un sentimiento de identidad unitario. Legitima el propósito y valor de la comunidad para sus participantes e inspira la temática y la manera de contribuir y dar significado a las acciones.
- La comunidad: que crea el ente social para el aprendizaje. Una comunidad fuerte promueve las interacciones y relaciones basadas en el respeto, anima a compartir ideas y exponer dudas o cuestiones en un ambiente de apertura y confianza en el que las preguntas ayudan a resolver la falta de conocimiento.
- La práctica: conjunto de recursos, herramientas, informaciones, documentos e ideas que dan lugar al conocimiento específico que se desarrolla y conserva en la comunidad. Este conocimiento compartido capacita para evolucionar hacia una forma de proceder más eficiente en relación al dominio. La práctica determina la *forma de hacer* común a todos los miembros y crea los estándares compartidos que serán la base de toda acción o comunicación. Incluyen todo tipo de casos, normas, marcos, modelos, principios... tanto implícitos como explícitos del conocimiento. Algunos ejemplos podrían ser manuales, artículos, páginas web, códigos de conducta, estilos de pensamiento, principios éticos. Conforman, de algún modo, la cultura comunicativa que une a la comunidad de práctica.

La ventaja que presenta una comunidad de práctica es que su conformación y diseño requiere de menos elementos que una organización institucional para su existencia. Basta con un coordinador y un núcleo de participantes con una idea común. Pueden comenzar con una sencilla estructura de trabajo cuyo único objetivo inicial sea afianzar un grupo de miembros potenciales que se comprometan con el dominio. Una vez comprometido el núcleo principal con la temática se pueden introducir otros elementos como artículos recopilatorios, proyectos de buenas prácticas, etc.

Dado el diferente nivel de interés de los participantes, las comunidades suelen estar sujetas a cambios, por lo que conviene que un coordinador organice los eventos y asegure las comunicaciones entre los miembros. Suelen existir diferentes niveles de participación: el *núcleo de la comunidad* formado por unos pocos participantes muy activos en las discusiones que identifican los temas y promueven los aprendizajes, *el grupo activo*, algo más grande, que también participa ocasionalmente en los debates pero no con tanta intensidad y, por último, un gran porcentaje de miembros que rara vez participan conformarían la denominada *periferia de la comunidad*, que a menudo se limita a observar bien por falta de tiempo o porque consideran que no tienen tanta autoridad. (Wenger, 2002)

El elemento clave para un buen diseño de una comunidad de práctica radica en que todos los niveles se sientan participantes, independientemente del subgrupo al que pertenezcan. Para ello no es necesario forzar la participación sino involucrar a todos los miembros, tanto a nivel público como a nivel privado.

El valor de una comunidad, así como los miembros de la misma pueden variar a lo largo de su vida; el ciclo natural de una comunidad comienza con su nacimiento, pasa por su crecimiento hasta alcanzar la muerte. Por eso se considera que son entes vivos, al igual que sus miembros. Wenger (2002) menciona hasta cinco estadios de desarrollo:

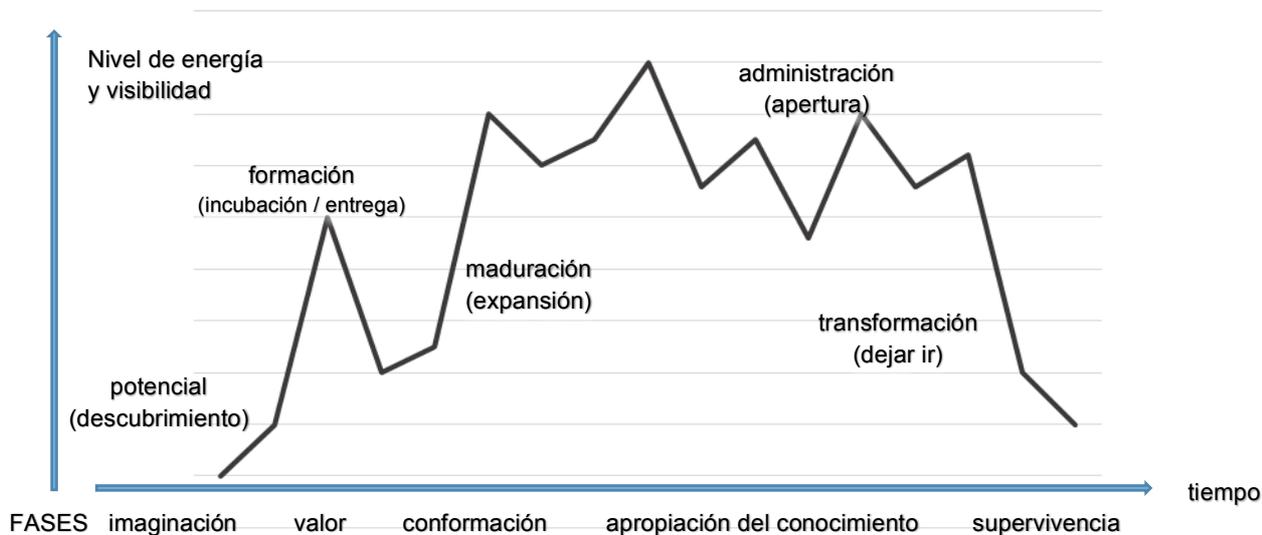


Figura 7: Wenger, 2004, p. 69. *Estadios de desarrollo de una comunidad.* (Traducción propia)

Comienzan por un estado inicial en el que la red aloja todo el potencial de conexiones entre sus miembros; a medida que se establecen conexiones, se conforma la comunidad (estado de conformación); una vez formada, crece en número de participantes y profundiza en el conocimiento compartido, hasta que madura y desarrolla todo su potencial, aglutinando las interacciones.

En estas fases, la comunidad pasa por ciclos de mayor o menor actividad. Rara vez el desarrollo es suave, se pasa por experiencias gratas y dolorosas, transiciones difíciles, confrontaciones entre miembros, desafíos, tensiones. Algunos participantes pueden considerar estos conflictos con otros miembros como un problema; otros los verán como una oportunidad de crecimiento para consolidar la comunidad.

A diferencia de las organizaciones institucionales, una comunidad de práctica se diferencia por la no-planificación de sus procesos. Dada la imposibilidad de predecir el estado final de una comunidad, clarificar su objetivo primario y su dominio es el primer paso para comprometer a los participantes.

A nuestros efectos, proponemos la creación de un grupo de trabajo que englobe al mayor número de profesionales de la arteterapia, que reconozcan la importancia de la práctica y asuman unos criterios de calidad en sus intervenciones que sirvan para debatir indicadores de evidencia en sus

tratamientos con objeto de mejorar la efectividad de los mismos. Dado que no queremos restringir la participación a un grupo exclusivo de profesionales, la participación estaría abierta a toda aquella persona ligada a la práctica de la arteterapia que reconociera la necesidad de estandarizar los procesos, para un mayor reconocimiento de la disciplina.

El objetivo de la comunidad sería debatir ideas innovadoras, animando a los arteterapeutas que integren el grupo a contribuir con comentarios sobre sus prácticas desde una postura reflexiva, abierta y dialogante.

Para que la comunidad funcione es importante alcanzar un consenso sobre la situación actual y que haya una visión de hacia donde se quiere ir. Las actividades que se propongan en las fases iniciales deben tener por objeto construir la relación entre los miembros, afianzar la confianza y la conciencia de un interés y necesidad común.

En la fase de conformación se descubren no solo las necesidades comunes, sino también las formas de pensamiento colectivo para afrontar un problema y desarrollar una solución. Posteriormente, cuando la comunidad esté madura, se podrá profundizar en la práctica individual de cada miembro, exponer reacciones y formas de comprender la práctica de cada uno y a nivel global, como grupo.

La etapa de maduración es el momento de mayor necesidad de sistematización en cuanto a la definición del núcleo de la práctica, debido a la fase de expansión por la que atravesará la comunidad. Pueden surgir tensiones con los nuevos miembros; fruto de estas confrontaciones se descubrirá quien contribuye más o menos a la comunidad, qué ideas resultan valiosas y cuáles deben ser verificadas. Una parte esencial en esta etapa será la habilidad para desarrollar herramientas y guías de contenido del conocimiento en relación al dominio de la práctica. Frente a la etapa inicial, en la que se aglutinan los materiales y las aportaciones, ahora se precisará organizar el conocimiento recopilado de una manera sistemática, de modo que pueda ser útil para los participantes. Será necesario evaluar el valor de los contenidos, manteniéndolo actualizado. Ampliar los límites puede en ocasiones diluir el foco de interés del grupo; a la inversa, un excesivo centramiento en los intereses propios puede originar el "ensimismamiento" y su reclusión. En cualquier caso el cambio es inevitable: las estructuras organizacionales evolucionarán y puede ser que los intereses iniciales se vuelvan ya irrelevantes, bien porque han sido resueltos los problemas que se planteaban o porque éstos han ido migrando hacia otro tipo de intereses. Cuando no hay suficientes intereses comunes para mantener la ligazón del grupo, la comunidad muere.

Disolver una comunidad de forma que se transmita un sentimiento de finalización requiere a la vez *dejar ir* y hacer pervivir el conocimiento obtenido en forma de *legado*. Decidir qué partes se dejan ir y cuáles deben sobrevivir exige poner en juego cierta componente emocional. La gran mayoría de comunidades sufren un final suave, se van desvaneciendo junto con sus participantes o se convierten gradualmente en grupos sociales que mantienen su amistad pero no un interés en la práctica común.

La posibilidad del cese de la comunidad acecha en todo momento; por eso es importante diferenciar cuándo se trata de un momento de baja energía y cuándo en realidad el interés grupal se ha perdido. La amenaza de la extinción provoca a la vez miedo y ganas de sobrevivir. Esta fragilidad, igual que la de Bambi frente a Godzilla, se plantea como elemento catalizador del cambio, ayuda a fortalecer la disciplina de la arteterapia, y a superar el sentimiento de vulnerabilidad.

La idea de conformar una comunidad de práctica en torno a la arteterapia que incluya la práctica basada en la evidencia como núcleo de sus intereses es una manera alternativa de lograr la unificación del conocimiento e instaurar protocolos de actuación que contribuyan al reconocimiento de la profesión por la comunidad científica.

Hemos relatado las posibles etapas por las que una comunidad de tales características puede pasar. Queda pendiente la parte principal: actuar y ponerla en práctica.

Como veremos en próximos apartados, existen en España numerosas asociaciones y agrupaciones de arteterapeutas. La filosofía de trabajo no es, en sí, nada novedosa; pero creemos que es necesario unificar fuerzas para detectar un interés común que a todos nos debe preocupar: lograr la institucionalización de la disciplina.

Los pasos iniciales ya se han dado: son múltiples los grupos que se han formado espontáneamente partiendo de relaciones personales entre profesionales con un sentido de identidad común. En el [anexo 3](#) se presentan ejemplos de redes ya creadas con un sentimiento colectivo de responsabilidad que pretenden compartir su conocimiento. Sin embargo, quedan todavía muchos arteterapeutas que ejercen de modo independiente, con una dirección propia. Sería urgente recopilar el conocimiento adquirido y establecer un foro de discusión sobre a dónde queremos llegar, qué objetivos nos proponemos, cuál es nuestra función social y la relación con las instituciones. Tratar estas cuestiones, imaginar nuevos caminos y dar posibles soluciones es, en definitiva, lo que se pretende al querer crear un espacio de puesta en común de la práctica arteterapéutica.

6. Referencias normativas a la PBE en arteterapia.

Partiendo de la base de la heterogeneidad de la práctica de la arteterapia en España, nos proponemos en este apartado analizar la consolidación de la arteterapia como disciplina en otros países. Si bien es cierto que su aplicación en nuestro país parece estar extendiéndose, debemos ser conscientes de que el reconocimiento de la práctica ha requerido en otros países un proceso largo. Comentaremos en este primer apartado el desarrollo a nivel profesional y posteriormente analizaremos su evolución a nivel de formación y preparación.

Como práctica la arteterapia comenzó su andadura en el S. XX durante los años 30 en EEUU y Reino Unido, de la mano de Edith Kramer y Margaret Naumburg, teniendo su auge a final de los

años 60 y 70, con la expansión de nuevas corrientes psicoanalíticas, el desarrollo de las vanguardias artísticas y el estallido de la 2ª Guerra Mundial; es entonces cuando surgen las primeras asociaciones de arteterapia: BAAT (1964) en Inglaterra y AATA (1969) en EEUU que darán paso con el tiempo al reconocimiento de la profesión en EEUU en 1979 y posteriormente en Inglaterra. En ambos países se exige para el ejercicio como arteterapeuta un nivel académico superior, acreditable mediante la titulación de Máster en Arteterapia.

En España no será hasta final de los 90 que se implanten cursos universitarios de postgrado para regularizar la incipiente práctica profesional, si bien todavía no se ha institucionalizado como profesión oficialmente y su popularidad es hasta cierto punto limitada; prueba de ello es que ni siquiera el término *arteterapia* como tal figura a día de hoy aceptado por la RAE¹⁸.

“La reciente implantación de la arteterapia en el sector académico y la falta de regulación de la profesión muestra una falta de consenso entre los profesionales del AT y un intrusismo por parte de otros profesionales que la están ejerciendo sin una formación adecuada.” (López Martínez, 2009)

Las metodologías utilizadas en los procedimientos son, además, diversas, fruto de las múltiples influencias de escuelas. Si bien la variedad puede enriquecer la puesta en práctica, el resultado de este eclecticismo de metodologías es un ejercicio de la disciplina sujeto a múltiples estilos de actuación en los que no se percibe un protocolo diferenciado, tal y como sucede en países con más trayectoria histórica. Así se desprende de la tesis doctoral de M^a Dolores López Martínez sobre “*la intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*” (2009), a cuya lectura animamos para más datos. En ella se ahonda en las diferentes corrientes metodológicas a partir de un diseño de investigación empírico mediante encuestas y entrevistas a profesionales, que bien puede entenderse como uno de los primeros esfuerzos realizados a nivel nacional por recopilar los procesos de intervención y ordenar la dispersión en las diferentes formas de entender la práctica en el colectivo profesional. Con ese mismo propósito de sistematizar la práctica y establecer pautas procedimentales que ayuden a mejorar la eficacia de las intervenciones, se sugiere a continuación un análisis del estado de la cuestión de la arteterapia en España en lo que a su regulación normativa se refiere.

6.1 A nivel profesional

La vigencia sobre la importancia de lograr reconocimiento de la profesión es, sin duda, un tema de actualidad; no en vano la convocatoria del Congreso del Consorcio Europeo para la Educación en Arte Terapia (ECARTE¹⁹) de este año 2017 cuenta entre sus ponencias con temas tales como:

- Novedades de la arteterapia basada en evidencia en la prevención de cuidados paliativos²⁰: donde se revisa literatura basada en evidencia sobre arteterapia, para observar los efectos

¹⁸ Con fecha de 21 de Mayo de 2017 se consultó a la Real Academia la Lengua Española (RAE) la existencia del término arteterapia, obteniéndose una respuesta negativa.

¹⁹ Traducción propia del término inglés “European Consortium for Arts Therapies in Education”

²⁰ Traducción propia del inglés “News from evidence-based arts therapies in prevention and palliative care”

sobre el cuerpo, la mente y la psique, buscando en particular los factores específicos que contribuyen de forma más efectiva a la curación.

- Confluencias y divergencias: desarrollando una unidad de investigación de terapias artísticas creativas²¹: donde se narra la experiencia de la Dra. Lucy Bolger participando en la unidad CATRU de Australia, con el afán de promocionar la cultura de investigación y hacer crecer la base de evidencia de la arteterapia, a partir de una red de trabajo interdisciplinar.

También en uno de los paneles de discusión programados bajo el título “Podemos `bailar` una transición entre la práctica y la investigación en arteterapia” se alude a la compleja separación entre el conocimiento fruto de la investigación y de la práctica y a la necesidad de desarrollar teorías y estudios que fortalezcan e informen la práctica, y en ponencias como la de Theresa Van Lith o la de Suzanne Haeyen se alude a la PBE y los ensayos RCT²².

Dar preponderancia a la arteterapia pasa, sin duda, por un trabajo común de todos los profesionales, que han de aliar sus fuerzas para dar por medio de los estudios teóricos más impulso a la práctica. Se entiende de esta forma que todos los países que han consolidado la arteterapia comenzaran sus esfuerzos creando asociaciones para coordinar objetivos comunes. “Las estructuras y el reconocimiento de una nueva profesión llevan tiempo. Somos los arteterapeutas, trabajando ajustadamente y demostrando los beneficios de la arteterapia, la solidez de las formaciones universitarias de Máster y la consolidación de la colaboración con administraciones públicas y entidades privadas, las que harán que nuestra profesión arraiga y sea reconocida”. (Alicia Expósito en entrevista realizada por Greffart²³)

Efectivamente, sucede que no es sino tras fundarse una federación que aglutina a todas las asociaciones de arteterapia, que la práctica arteterapéutica obtiene en Inglaterra el reconocimiento por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social como profesión.

En el [anexo 4](#) se muestra un compendio de las principales asociaciones de Arteterapia a nivel mundial, con las fechas de constitución.

²¹ Traducción propia del inglés “Confluences and Convergences: Developing the Creative Arts Therapy Research Unit (CATRU)”

²² “Commencing a Bridge Between What Art Therapists Know and What They Do: A Review of Evidence-Based Art Therapy Practice in Mental Health” y “Efficacy of Art Therapy in individuals with Personality Disorders cluster B/C: a randomised controlled trial”

²³ Cita extraída de la web de la Asociación Profesional de Arteterapeutas Greffart recuperado el 21/05/2017 de <http://www.greffart.org/cat/es/la-profesion-hoy-dia/>



Figura 8: Países del mundo donde existen asociaciones de arteterapia. (Elaboración propia)

En España la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (A.T.E.) creada en 2002 aúna la tendencia más psicoterapéutica proveniente del Reino Unido a través de la BAAT con las corrientes más artístico-creativas sujetas a la experimentación de la AATA.

Sin embargo, nos centraremos para nuestro trabajo en el código ético de la Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia (FEAPA), por aglutinar ésta a las asociaciones de mayor peso que se han ido creando hasta la fecha y afectar sus estatutos al resto de asociaciones miembro:

MIEMBRO	NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN
	Andart. Asociación Profesional Andaluza de Arteterapia www.andart-andaluciaarteterapia.com
	ATE. Asociación profesional española de Arteterapeutas www.arteterapia.org.es
	ATH. Asociación de arteterapeutas transdisciplinarios y desarrollo humano www.ath-asociacion.org
	AFIA Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia www.arteterapiaforo.org
	GREFART. Asociación profesional de arteterapeutas www.grefart.es
 MURARTT	Asociación de Arteterapia de la Región de Murcia www.murartt.com

Figura 9: Asociaciones Profesionales que forman parte de la FEAPA (extraído de <http://feapa.es/>)

Dentro del código ético, nos interesan especialmente para nuestro estudio de investigación, los puntos de mención expresa en el **anexo 5**, por su estrecha relación con el mantenimiento de una práctica unificada y orientada a los resultados tanto de la investigación como de la intervención. Vemos que también en las directrices que se proponen se hace mención expresa a la importancia de comunicar información actualizada con la comunidad científica, así como de informar e involucrar al paciente en el proceso. Estas medidas, puestas en relación con la literatura de investigación, dotan a la práctica de una base de evidencia empírica

Existen también instituciones privadas orientadas a difundir la arteterapia que también tienen como objetivo común lograr el reconocimiento de la profesión; si bien son de interés a la hora de poner en común la práctica profesional, no las hemos incluido en este estudio, por falta de espacio y profundidad.

6.2 A nivel de formación

Para poder incluir en la práctica arteterapéutica la PBE es necesario incluirla antes en la formación. Es preciso retrotraerse a la formación recibida si queremos analizar el grado de consenso de la comunidad de profesionales de la Arteterapia. ¿Existe un planteamiento unificado sobre la PBE en los estudios que capacitan para el ejercicio de la disciplina?

Bauer (2015) hace alusión en sus estudios a la influencia de la formación en la actitud profesional hacia la PBE. Cita varios autores que exponen la escasa orientación científica en la formación estadounidense con modelos que abogan por tendencias que eluden metodologías cuantitativas y un análisis más sistemático. Entre las recomendaciones de su estudio menciona la necesidad de estandarización de resultados para poder comparar estudios de investigación, máxime cuando se trata de trabajos que en su mayoría se desarrollan en un ámbito interdisciplinar, donde es aún más difícil cuantificar el grado de beneficio atribuible a la arteterapia.

Kaplan (2001) recomienda la inclusión de nociones básicas de investigación en niveles inferiores de formación y un mayor énfasis sobre metodologías en estudios de doctorado para ampliar el abanico de estrategias de evaluación, buscando una mayor correspondencia entre las disciplinas biomédicas y artísticas.

El uso simultáneo de técnicas cuantitativas, cualitativas y basadas en las artes puede dar una mejor comprensión de los fenómenos, permitiendo una mayor profundización en los problemas de la práctica y de la investigación.

Para estudiar la repercusión de la PBE en la formación en España realizaremos un repaso de las distintas formaciones de arteterapia y sus tendencias a lo largo de la historia:

Los primeros estudios universitarios sobre arteterapia aparecieron en el año 1999 con el Máster de Arteterapia, ofertado por la Universidad de Bellas Artes de Barcelona, en colaboración con

el Centro de Estudios Metáfora, con una duración de tres años. Parece existir en estos primeros años de la profesión en nuestro país un ejercicio poco controlado de la profesión, al no estar los practicantes titulados ni encontrarse en muchas ocasiones avalados por una asociación.

Surgen entonces líneas de estudios que intentan definir las competencias necesarias para el ejercicio profesional, siguiendo el modelo británico o americano, con el fin de regular de algún modo la disciplina. De esta manera, se crea en 1999 la Formación en Arteterapia de la Associació per a l'Expressió i la Comunicació (AEC), que establece un primer proyecto curricular con criterios similares a cursos de posgrado de otros países con más tradición.

Le siguen los pasos las Universidades de Madrid, Murcia y Gerona donde se crean respectivamente el Máster Universitario en Arteterapia de la Universidad Complutense de Madrid (2000), el Màster en Art-Teràpia Transdisciplinària i Desenvolupament Humà ISPA, de carácter privado (2001) y el Máster Universitario en Arteterapia y mediación Plástica de la Universidad de Murcia (2004). En 2005 la Fundació UdG: Innovació i Formació, Associació GREFFART i Fundació Lethe inicia el Màster Integratiu en Artteràpia.

Muchas instituciones privadas ofertaron además a partir del año 2000 talleres monográficos. Son conocidos los cursos de la escuela Inter-Art, dirigida por Chus Torrens, los de “*el Caminante*” de la escuela de Arteterapia Humanista de Andalucía en Málaga y los del Centro de Arteterapia Humanista en Madrid dirigido por Elvira Gutiérrez, recientemente fallecida.

Básica en toda formación preparatoria para el ejercicio de la Arteterapia resulta el período de prácticas, en el que los estudiantes tienen su primer contacto real con alguno de los ámbitos de especialización (educativo, clínico o asistencial). ECARTE recomienda desarrollar dentro del ámbito académico un mínimo de 600 horas de prácticas en centros con los que cada Facultad haya suscrito un convenio de colaboración.

Cabe señalar que, a pesar de existir una oferta de formación diversa, a diferencia de otros países, en España solo existe a día de hoy una única titulación reconocida oficialmente por la Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) para formar a arteterapeutas: el Máster Interuniversitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social, impartido conjuntamente por las Universidades UVA, UCM y UAM²⁴.

El hecho de que muchos arteterapeutas procedan de otras disciplinas y hayan entrado en la arteterapia como segunda carrera profesional puede ser uno de los motivos por los que se vea disminuida su motivación y compromiso hacia la investigación. Esto, unido al poco énfasis de la arteterapia como PBE durante la formación, hace que no sean temas relevantes para el ejercicio profesional.

²⁴ UVA, UCM y UAM son acrónimos de las Universidades de Valladolid, Complutense y Autónoma de Madrid

Hemos querido para este estudio profundizar en los criterios que se relacionan en el protocolo de evaluación del plan de estudios del Máster de Arteterapia para la Educación Artística e Inclusión Social de Madrid, recogidos en el artículo 25 del R.D. 1393/2007, de 29 de octubre, de la Agencia Nacional, en el cual se establecen diez aspectos de evaluación:

Dichos criterios fueron los parámetros contemplados para la verificación de la Titulación tras la acreditación oficial, en cuyo informe final emitido por la Fundación para el Conocimiento madridmasd, con fecha 20/11/2009, se apuntan algunas recomendaciones para la renovación del título oficial de Máster. En el [anexo 6](#) se enumera un resumen de las mismas, destacándose aquellas que guardan referencia con la práctica basada en la evidencia.

6.3 Propuestas de mejora desde la PBE (criterios de evidencia)

6.3.1 A nivel de formación

Si bien no es objeto de este trabajo estudiar el proceso de implantación de estudios en España que capaciten para ejercer la profesión de arteterapia, ni tampoco sus contenidos sí podemos sugerir, a tenor de los datos publicados en los indicadores de resultados de la Memoria Anual de seguimiento del Máster de Arteterapia e Inclusión Social del curso 2015/16, que la aplicación de algunas medidas siguiendo el criterio de la PBE contribuirían con toda seguridad a incrementar la eficacia y efectividad de los estudios.

Con el objetivo de estudiar posibles vías de mejora se proponen en el [anexo 7](#) una serie de medidas tanto retrospectivas (en relación al análisis de lo acontecido en el pasado) como prospectivas (en relación a la previsión de futuro) basándose en el informe final de la Fundación madridmasd y los comentarios de la memoria anual de seguimiento del curso 2015-16 de la Oficina para la Calidad de la UCM. Destacamos de entre ellas, las siguientes:

a. Propuestas retrospectivas (mirando hacia el pasado)

- Garantizar el uso de sistemas de evaluación del Programa de Evaluación Docente.
- Establecer mecanismos para conocer la satisfacción del profesorado.
- Establecer vías de diálogo y foros de discusión entre iguales sobre las prácticas y difundir los resultados de la evaluación aportados por los tutores de los centros.
- Favorecer la colaboración de arteterapeutas en los centros de prácticas.
- Unificar la gestión de las webs para homogeneizar la información.

b. Propuestas prospectivas (mirando hacia el futuro).

- Establecer vías de comunicación fluidas con el alumnado egresado.
- Gestionar becas y convenios para programas de investigación con Facultades extranjeras.

- Potenciar las movilidades de alumnos a través del Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (SEPIE), que es el Organismo Autónomo, dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para la gestión, difusión, promoción del programa Erasmus+. Este programa oferta movilidades tanto para estudiantes en formación como para realizar prácticas profesionales en el extranjero. Países como Suiza, Inglaterra, Italia, Alemania, Australia, Irlanda... con una mayor tradición docente en el campo de la arteterapia podrían ser destinos posibles. Erasmus cuenta con un amplio recorrido en el campo de la educación; comenzó en el año 1987 y actualmente se lleva a cabo Erasmus+ con un crecimiento sobresaliente. Creemos que el programa brinda una oportunidad magnífica para establecer lazos formativos con otras instituciones y globalizar el conocimiento: abarca intercambios en educación escolar y de adultos, formación y prácticas profesionales, períodos de observación y estancias en organizaciones extranjeras para fomentar el aprendizaje tanto formal como no formal de jóvenes que quieren incorporarse al mercado laboral.

Para más información consúltense el [anexo 8](#) (información sobre el programa Erasmus+), el [anexo 9](#) (países participantes) o el [anexo 10](#) (listado de Universidades en los que se imparte la titulación de Arteterapia con las que podrían establecerse conversaciones para gestionar este tipo de programas). También recomendamos la consulta del informe de resultados anual del 2015 en su página web <http://sepie.es/>

6.3.2 A nivel profesional

La profesión en EEUU e Inglaterra.

Profesionalmente tanto la BAAT como la AATA tienen en cuenta la PBE regulando la profesión y el código de conducta de los arteterapeutas:

La BAAT presenta la arteterapia como una profesión en auge, desde que se iniciara en la década de los 40 y 50 con Adrian Hill y Edward Adamson. En Inglaterra ha evolucionado desde una perspectiva más psicoanalítica hacia un modelo más psicodinámico. La definición que da la asociación del término arteterapia se basa en una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos para expresar y comunicar, si bien no contempla el arte como herramienta de diagnóstico sino como medio para analizar cuestiones emocionales confusas o estresantes. Se señala la conexión entre neurociencia y arteterapia como uno de los temas de investigación recientes.

En Gran Bretaña los arteterapeutas deben estar por ley incluidos en un registro de profesionales de la salud y el cuidado (HCPC – Health and Care Professions Council), que a su vez valida la formación y da reconocimiento a los estudios. La pertenencia a la BAAT no es obligatoria pero es indicativo de la profesionalidad del arteterapeuta, ya que uno de los

objetivos que propugnan es “proveer intervenciones psicoterapéuticas efectivas y económicas”. (recuperado el 23/05/2017 de <http://www.baat.org/>)

La BAAT publica cada año encuestas de los miembros cualificados sobre su experiencia en la búsqueda de empleo. El último estudio publicado es de 2015.

En cuanto a la AATA, sus planteamientos son similares. En EEUU se exige igualmente una titulación de Máster reconocida por la asociación, además de una experiencia clínica de post-grado bajo la supervisión de arteterapeutas acreditados (proceso que dura en torno a 4 años). La oferta de estudios es más amplia, ya que se han aprobado en el panel de programas educativos validados (EPAB-Educational Program Approval Board) 39 estudios de Máster en 20 estados diferentes (véase [anexo 11](#) para más información). Los estudios validados contemplan 60 semestres entre formación y prácticas, que incluyen 100 horas de práctica supervisada y 600 horas de trabajo clínico arteterapéutico supervisado.

Como ocurre en Europa, existen convenios con múltiples instituciones artísticas y sanitarias. También adopta una misión regularizadora y expansiva de la profesión. No en vano, adopta como su objetivo principal el siguiente:

La misión de la Asociación de Arteterapia Americana es abogar por la expansión del acceso a los profesionales de la arteterapia y llevar a la nación hacia el avance de la arteterapia como servicio profesional humanitario para regular la salud mental.

(AATA, recuperado el 23/05/2017 de <https://arttherapy.org/>)

Estos criterios de profesionalidad se llevan a la práctica mediante un análisis riguroso de los programas académicos y de la práctica clínica, siendo preciso para la entrada como profesional el registro en el Panel de acreditaciones en Arteterapia (ATCB)²⁵ que administra a su vez los exámenes nacionales de arteterapia conforme al código de práctica profesional²⁶. Para ser elegidos para el ATCB y obtener la credencial del registro de arteterapeutas²⁷ es preciso finalizar el máster y completar 1000 horas de prácticas con clientes directos y 100 horas de supervisión. De esa forma se adquiere la certificación como arteterapeuta registrado²⁸. Para más información consúltese el [anexo 15](#).

Cabe destacar que el panel de arteterapeutas acreditados en la ATCB es independiente de la AATA y del Panel de Programas de Estudios aprobados (EPAB)²⁹. A nivel profesional la ATCB tiene como misión “proteger al público promocionando la práctica ética y competente de la arteterapia mediante la otorgación de la credencial de arteterapeuta profesional”. Entre tanto, la formación está regulada por el Consejo de Educación en Arteterapia (ACATE).³⁰

²⁵ Traducción propia del inglés “Art Therapy Credentials Board (ATCB)”

²⁶ Traducción propia del inglés “ATCB - Code of Professional Practice”

²⁷ Traducción propia del inglés “Art Therapist Registered (ATR)”

²⁸ Traducción propia del inglés “Art Therapist Registered Board Certified (ATR-BC)”.

²⁹ Traducción propia del inglés “Educational Programs Approval Board (EPAB)”

³⁰ Traducción propia del inglés “The Accreditation Council for Art Therapy Education (ACATE)”

La profesión en la Unión Europea.

Dado que los convenios con las Universidades de Inglaterra y EEUU quedan fuera del marco de asociaciones estratégicas previsto en el programa Erasmus+, hemos querido conocer también el funcionamiento de la práctica en países de la Unión Europea con los que sí sería posible establecer conversaciones por parte de las Universidades españolas para realizar movildades del alumnado:

De ellos, nos decantamos preferiblemente por Suiza, Austria y Alemania, ya que son países donde es habitual la colaboración de arteterapeutas en ámbitos clínicos y socio-educativos.

En Suiza la *Fachverband für Gestaltende Psychotherapie und Kunsttherapie* (GPK)³¹ es la asociación que tiene por objeto el reconocimiento y la promoción de la profesión de arteterapia tanto a nivel privado como institucional. Apoya a todos los miembros de la *OdA ARTECURA* (Organización de asociaciones profesionales suizas para las terapias de mediación artística) mediante la puesta en práctica y seguimiento del examen final VBK³² para arteterapeutas (HFP-KST) que fue reconocido estatalmente en Marzo de 2011 por el Ministerio de Trabajo y Tecnología (BBT) y al que puede optarse en más de 17 centros de formación en todo el país³³.

La GPK garantiza la unión del reconocimiento profesional de la disciplina con una profundización de la calidad profesional, asumiendo la implantación eficaz de la profesión. Tiene un marcado perfil político y profesional, mostrándose abierta hacia la cooperación y el hermanamiento con Institutos de formación profesional, asociaciones profesionales, cargos y autoridades públicas. Cuenta, además, igual que la FEAPA con varios grupos de trabajo:

- Grupo de trabajo sobre la esfera pública (AG Öffentlichkeit): busca dar a conocer dentro de Suiza en qué consiste la arteterapia, así como la oferta de puestos de trabajo para arteterapeutas o los talleres propios de profesionales autónomos para los que hay cada vez más demanda.
- Grupo de trabajo de formación continua (AG Weiterbildung): oferta formación teórica-práctica para los miembros de la asociación de reconocimiento oficial.
- Grupo de trabajo para catalogación de indicadores (AG Indikationskatalog): formado por profesionales de diferentes clínicas de rehabilitación que buscan consensuar un catálogo de indicadores para arteterapia en el campo de la rehabilitación neurológica con criterios de intervención con información consentida. Existen 4 subgrupos de trabajo: para personas con enfermedades psíquicas, con discapacidad mental, para jóvenes y niños y para personas con demencia.

³¹ Más información sobre la asociación disponible en su web <http://bit.ly/2qIQsny>

³² Más información sobre el examen VBK en: <http://bit.ly/2qpDW4K>

³³ Los centros de formación reconocida que dan acceso al VBK se pueden consultar en <http://bit.ly/2qIMuvl>

- Grupo de trabajo de redacción (FORUM Redaktion): dedicado a la publicación de artículos de arteterapeutas que desean compartir sus experiencias en la práctica.

Conviene destacar que el concepto de arteterapia en Suiza acoge a todas las formas de terapia, incluyendo distintas orientaciones: desde la danzaterapia o terapia del movimiento, hasta la terapia hablada (dramaterapia), la terapia artística (gestaltungstherapie), la terapia intermedial y la musicoterapia.

La finalidad de todas ellas es la activación de recursos y promoción de la autoregulación de las personas a un nivel mental, espiritual, corporal y social. Para ello se estimula la sensibilización de los sentidos, de la creatividad individual y de los procesos internos y externos que fortalecen la autonomía y activan las fuerzas de autosanación y de desarrollo personal. (GPK, recuperado el 23/05/2017 de <http://bit.ly/2pZS87n>)

En Austria es la Österreichischer Fachverband für Kunst (ÖFKG) la Asociación que desde su fundación en 1992 congrega a los profesionales de la Arteterapia.

Si bien la disciplina no ha sido aún reconocida en el país³⁴, la organización establece entre sus objetivos principales la defensa del reconocimiento de la profesión como disciplina independiente.

En cuanto a las líneas de trabajo se plantean 4 planteamientos diferentes:

- Arteterapia pronética³⁵
- Arteterapia multimedial³⁶
- Arteterapia antroposófica (BVAKT)³⁷
- Arteterapia integral³⁸

En Austria, la organización que aglutina a todas las entidades orientadas a la arteterapia (como la FEAPA en España o la OdA Artecurea en Suiza) es la A.BOAT³⁹. Curiosamente, teniendo ésta como objetivos el reconocimiento de la palabra “arteterapia”, la designación profesional de “arteterapeuta” así como los planteamientos y la práctica de la disciplina arteterapéutica, la organización se disolvió en 2010, al considerar que era demasiado pronto para un reconocimiento legal de sus planteamientos.

³⁴ Aunque parece ser que la profesión de arteterapia no ha sido todavía reconocida, la Escuela de Arteterapia de Viena indica en su folleto informativo de 2018 que sus estudios han sido reconocidos por el Ministerio Nacional como orientación profesional según la ley *BGBL II Nr.409/2002 § 1, Abs. 2* y que desde el 8 de Junio de 2009, además, se ha certificado como Instituto Académico Oficial para Adultos, reconociendo además la garantía de calidad de su formación la Universidad Johannes Kepler en Linz (IBE).

³⁵ Más información sobre la arteterapia pronética en <http://bit.ly/2pPiBk5>

³⁶ Más información sobre la arteterapia multimodal en <http://bit.ly/2ramEeG>

³⁷ Más información sobre la arteterapia antroposófica en <http://bit.ly/2pQVDIA>

³⁸ Más información sobre la arteterapia integral en <http://bit.ly/2qL7Qn4>

³⁹ Su página web puede consultarse en <http://bit.ly/2ras7Ct>

Queda claramente especificado por el Ministerio de Salud y de la Mujer que la arteterapia no representa ningún método basado en conocimientos científico-médicos, por lo que no puede considerarse como actividad médica cualificada de acuerdo con la Ley Médica § 2 Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169. Tampoco se entiende como actividad psicoterapéutica según la ley § 1 Psychotherapiegesetz, BGBl. Nr. 361/1990.

En Alemania aun no existiendo una visión unitaria de la profesión de arteterapia, existen numerosas formaciones que reconocen su titulación como *arteterapeuta diplomado* que son también válidas para ejercer la profesión en Suiza.

La asociación de arteterapeutas en Alemania se llama DFKGT (Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V.). Sus objetivos principales son:

- Formación de una representación profesional fuerte mediante una fusión de los muchos terapeutas y artistas (tanto en prácticas como institucionalizados) y colaboración con asociaciones artístico-terapéuticas.
- Consenso de estándares de formación obligados mediante la aceptación de las condiciones de una realidad profesional heterogénea. Esto se lleva a cabo mediante el registro y comparación de distintos caminos de formación que lleven a la publicación de una visión general comparada. La base es el consenso de estándares mínimos comunes a las asociaciones. La observancia de estos estándares es requisito para la aceptación en la DFKGT.
- Apoyo en tareas educativas mediante la formación condensada en las Titulaciones Oficiales que oferta, examina y supervisa. Con ello se garantiza la calidad y actualización de la práctica arteterapéutica.
- Tratamiento profesional con los representantes de Sanidad, Educación y Asuntos Sociales.

(DFKGT. Extraído el 23/05/2017 de <http://bit.ly/2pPtmmx>)

Por último, quisiéramos llamar la atención sobre la asociación suiza LOM (Terapia con Pintura Orientada a Personas y Soluciones⁴⁰), perteneciente a la OdA ARTECURA, que pone el énfasis en los procesos de documentación de las intervenciones, como recurso para dar valor y profundizar en los resultados obtenidos con las personas participantes. Se hace alusión a la determinación de objetivos de la terapia de forma conjunta por el cliente y el arteterapeuta. Al terapeuta queda la decisión de elegir el medio artístico, el concepto de terapia que desea trabajar y desarrollar. Su titulación se ofrece a través de estudios basados en un triple enfoque (metodologías de la imagen, trabajo sobre el vínculo y trabajo sobre el proceso de creación) y presenta una triple orientación mediante tres certificaciones

⁴⁰ Traducción propia del término alemán "Lösungs Orientiertes Malen", extraído de <http://bit.ly/2rGnugz>

reconocidas por el examen oficial HFP-KST⁴¹ (Zertifikat IHK, que capacita para realizar talleres individuales con niños y adultos; LOM Diplom IHK, para terapias estructuradas basadas en tratamientos arteterapéuticos; Diplom IHK, para trabajar en instituciones clínicas). Más información puede consultarse en la web <http://bit.ly/2qKYasw>

7. Encuestas de investigación

Hemos abordado la visión de la práctica arteterapeuta desde el nivel formativo y profesional. Para conocer la percepción que se tiene en el territorio español de la disciplina, se ha procedido a diseñar una encuesta para estudiantes del Máster Interuniversitario de Arteterapia (única titulación oficial a día de hoy) y otra para los profesionales afiliados a la FEAPA y algunos profesores y profesionales con dilatada experiencia.

El objetivo de realizar estas encuestas es fomentar el intercambio de opiniones sobre la existencia (o no) de criterios de evidencia en la práctica de la arteterapia y establecer “un debate y un consenso de la comunidad de investigadores para materializar un proceso que debería producir no solo una nueva visión del problema de investigación, sino una nueva concepción de nosotros mismos” (Hernández, 2008).

7.1 Indicadores para medición en los sistemas de evaluación

Para este estudio se han realizado a modo de muestra 13 encuestas a profesionales relacionados con la arteterapia y 30 a estudiantes recién graduados o en formación; la intención es conocer qué actitud predomina ante la posibilidad de estandarizar los métodos de intervención para una mayor garantía y eficacia en la profesión.

Las preguntas formuladas a cada perfil de población varían en sus contenidos:

Al nivel de estudiantes de formación se han realizado dos únicas preguntas:

1. Si les era familiar el concepto de práctica basada en la evidencia.
2. Si creían que la arteterapia podía considerarse una PBE

Entre los estudiantes, se ha enviado la encuesta a los estudiantes de 2º curso de la promoción del Máster de la promoción 2016-2017 y a los graduados en la última promoción 2015-2016.

Para los profesionales, la encuesta era más contenía 20 ítems: 6 para conocer el perfil del profesional, su lugar de trabajo, experiencia, etc., 10 para relatar los mecanismos de intervención, herramientas de registro y manera de reflexión/supervisión durante el proceso y 4 para conocer la actitud de los profesionales respecto a la práctica como evidencia.

⁴¹ Traducción propia del término alemán “höhere Fachprüfung” extraído de <http://bit.ly/2qIWrdI>

Se ha realizado la encuesta a personas directamente ligadas con la arteterapia⁴²:

- En España se envió a los 74 miembros inscritos en la FEAPA y 15 miembros que ejercen de forma liberal, obteniéndose un total de 11 contestaciones.
- Fuera de España se envió a los coordinadores de las principales universidades donde existen titulaciones oficiales reconocidas dentro de Inglaterra (9) y en EEUU (61), obteniéndose un total de 2 contestaciones.

7.2 Diseño de cuestionarios

Los detalles de las encuestas pueden encontrarse en el [anexo 14](#), si bien se centran, como se ha comentado anteriormente, en conocer el grado de conciliación de los profesionales entre los conocimientos teóricos y prácticos, así como el nivel de importancia que otorgan al reconocimiento de la profesión y a la confianza que tienen en establecer indicadores de evidencia que acrediten la eficacia de los tratamientos. Aquí se presentan los links a los cuestionarios, para su consulta:

- Encuesta a profesionales en inglés: <http://bit.ly/2qfM7T9>
- Encuesta a profesionales en español: <http://bit.ly/2pLgSw4>
- Encuesta a estudiantes 2016-2017: <http://bit.ly/2pyKmkN>
- Encuesta a estudiantes 2015-2016: <http://bit.ly/2pLKybu>

7.3 Resultados de su aplicación

7.3.1 Visión de la práctica basada en la evidencia.

a) Estudiantes

A continuación se muestran gráficas del grado de familiaridad de los estudiantes en las últimas promociones del Máster. Estas gráficas han sido elaboradas a partir de las contestaciones de los 30 alumnos que dieron respuesta al cuestionario, recogidas en el [anexo 13](#), al cual remitimos para un análisis más pormenorizado.

Pregunta 1: ¿Te es familiar el término práctica basada en la evidencia?

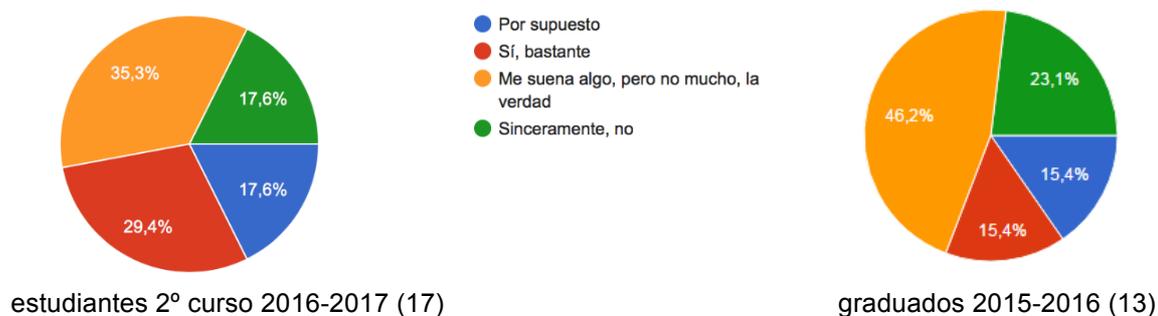


Figura 10: Gráfico de porcentajes a contestaciones a la pregunta 1 de la encuesta a estudiantes. (Elaboración propia)

⁴² El listado completo de las personas a las que se ha enviado la encuesta puede consultarse en el [Anexo 12](#)

Pregunta 2: ¿Crees que la arteterapia puede considerarse una práctica basada en la evidencia?

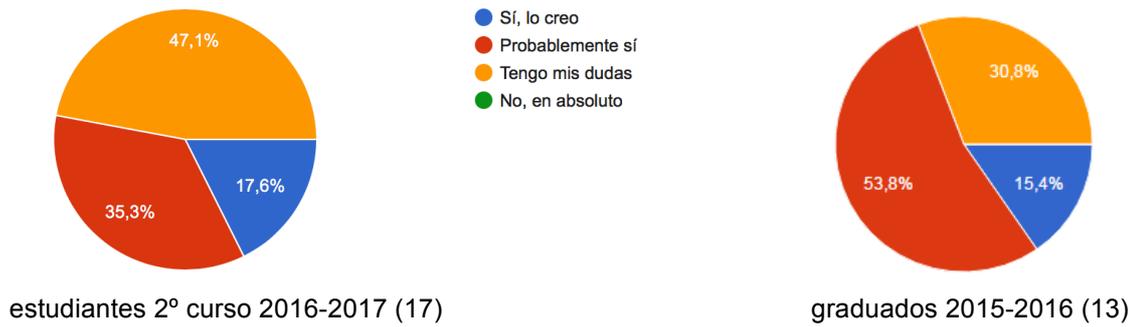


Figura 11: Gráfico de porcentajes a contestaciones a la pregunta 2 de la encuesta a estudiantes. (Elaboración propia)

b) Profesionales

En cuanto a la confianza de los profesionales en la capacidad de los tratamientos de arteterapia para otorgar criterios de evidencia, se desprende de las preguntas 17 y 18 del cuestionario una mayoría de contestaciones afirmativa (en torno al 80%):

17. La Arteterapia _____ ser validada mediante evidencias científicas.



Figura 12: Gráfico de porcentajes a contestaciones a la pregunta 17 de la encuesta a profesionales. (Elaboración propia)

18. La Arteterapia y la PBE _____ en los diferentes tipos de intervención.

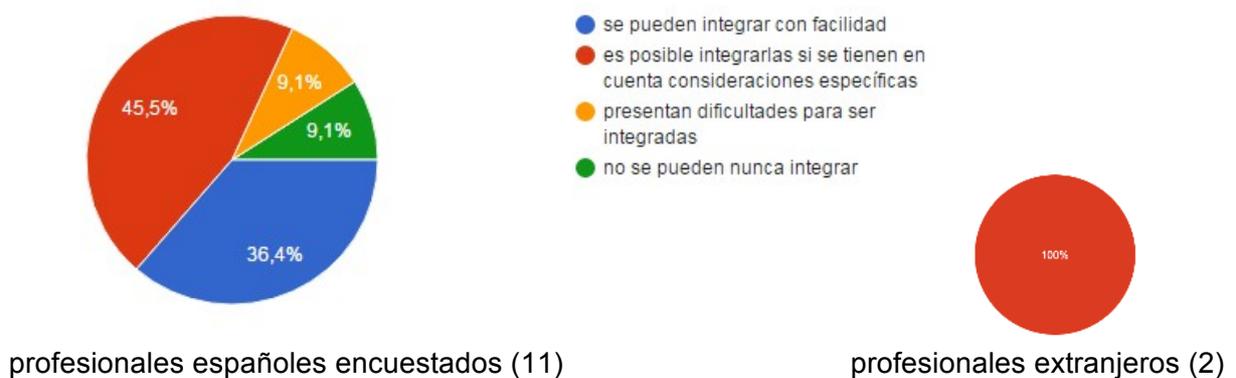


Figura 13: Gráfico de porcentajes a contestaciones a la pregunta 18 de la encuesta a profesionales. (Elaboración propia)

Se aporta, también, en forma de nube de datos, las palabras que más mencionaron los profesionales en relación a los sentimientos que experimentaban al hablar de la arteterapia como PBE.



Figura 14: Nube de datos con resultados sobre las palabras más mencionadas por los profesionales en relación a los sentimientos que experimentaban sobre la PBE. (Elaboración propia)

Casi todos expresan de su interés en el reconocimiento de la disciplina, habiendo un 90% de contestaciones afirmativas en España y un 100% en el extranjero a la pregunta 5:

5. ¿Considera importante que la arteterapia como profesión sea reconocida oficialmente?

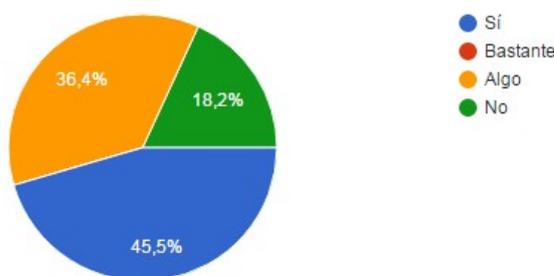


profesionales españoles encuestados (11)

profesionales extranjeros (2)

Figura 15: Gráficos de contestaciones a pregunta 5 realizada en la encuesta a profesionales: ¿Considera importante que la arteterapia como profesión sea reconocida oficialmente? (Elaboración propia)

Sin embargo, apenas la mitad de los encuestados españoles afirma tener pleno conocimiento de cómo ha sido el reconocimiento de la profesión en otros países, según las respuestas a la **pregunta 20: ¿Conoce cómo ha sido en otros países que han reconocido la Arteterapia el proceso de reconocimiento de la disciplina?**



profesionales españoles encuestados (11)

Figura 16: Gráficos de porcentajes de la pregunta 20 realizada en la encuesta profesionales: ¿Conoce cómo ha sido en otros países que han reconocido la Arteterapia el proceso de reconocimiento de la disciplina? (Elaboración propia).

7.4.2 Datos de los profesionales encuestados

En cuanto a los datos de los encuestados parece haber una gran mayoría de los profesionales que ejercen en instituciones privadas: de entre los españoles, 30% trabajan en el sector privado, 20% en el sector público y un 50% de modo independiente o de otras formas. Los profesionales encuestados del extranjero predomina el sector público y otros.

Pregunta 4: ¿De qué manera desarrolla su ejercicio profesional dentro del campo?



Figura 17: Gráficos de porcentajes según contestaciones a la pregunta 4 realizada en la encuesta a profesionales: ¿De qué manera desarrolla su ejercicio profesional dentro del campo? (Elaboración propia)

La experiencia media de los 13 profesionales encuestados ronda los 13 años, siendo la de los entrevistados extranjeros (22 años) del doble en comparación a la de los entrevistados españoles (11 años)

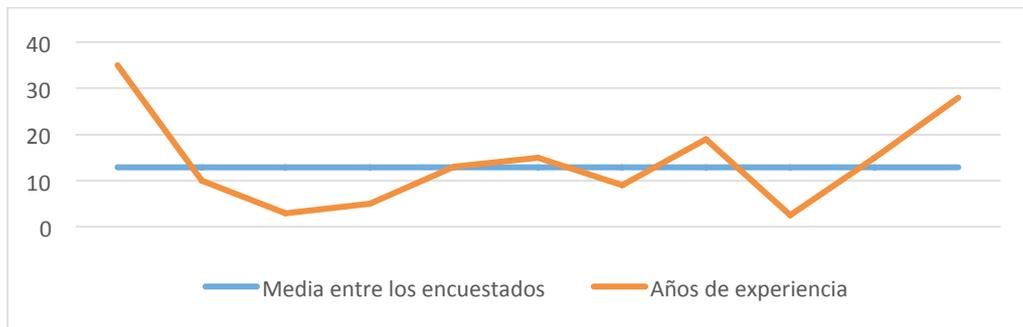


Figura 18: Gráfico sobre experiencia media de los 13 profesionales encuestados. (Elaboración propia)

Por titulaciones se aprecia un mayor número de titulaciones artísticas (6), seguido de licenciaturas en psicología (5) y en educación (4). Es de advertir el gran número de encuestados con más de una titulación, siendo en la mayoría la Arteterapia una formación secundaria.

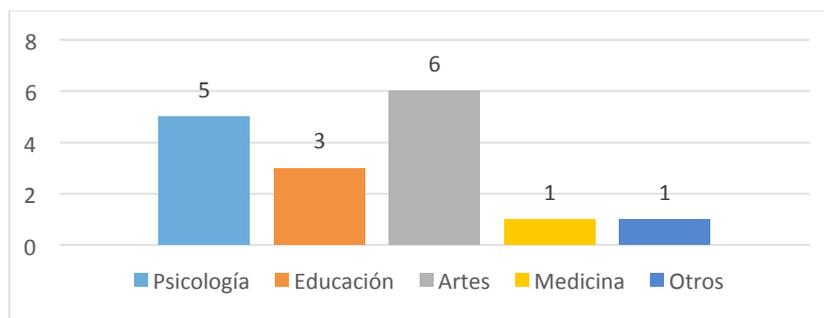


Figura 19: Gráfico de distribución de titulaciones de los 13 profesionales encuestados. (Elaboración propia)

7.4.3 ¿Cómo caracterizan la arteterapia?

En cuanto a la forma de entender la arteterapia, un buen número de encuestados mencionaron el proceso creativo como rasgo esencial de la arteterapia; algunos aluden también al acto creativo, a la obra de arte, a la acción y la expresión. Solo algunos ponen el foco en aspectos relacionados con el arteterapeuta tales como la formación del profesional, el acompañamiento, el cuidado o la no interpretación.

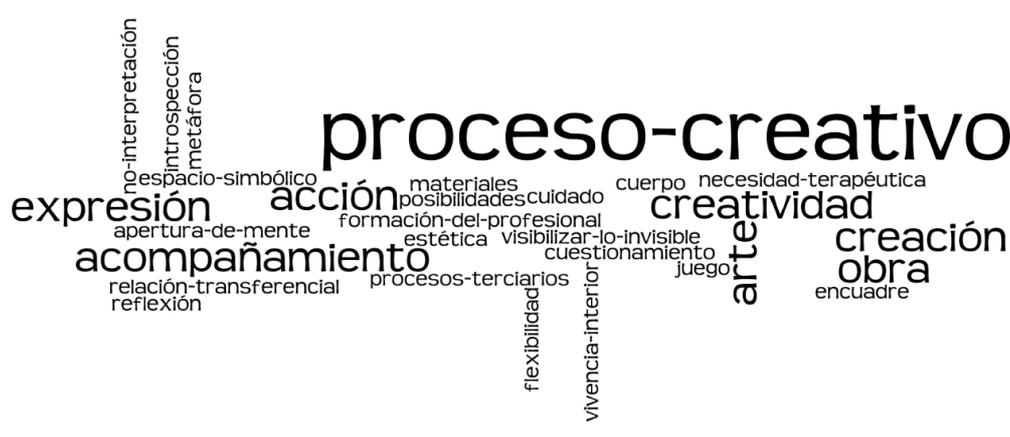


Figura 20: Nube de datos de palabras que mencionaron los profesionales encuestados sobre los rasgos que más caracterizan la arteterapia. (Elaboración propia)

Todos los encuestados salvo uno contestaron afirmativamente al preguntarles si consultaban alguna documentación sobre los casos de las personas con quien trabajaban, mencionando con más frecuencia los informes médicos y las publicaciones en revistas. Tres encuestados aludieron a otros agentes como la familia, la escuela u otros profesionales dentro de su equipo.



Figura 21: Nube de datos sobre tipos de documentación consultada por los profesionales. (Elaboración propia)

La totalidad de los encuestados afirma de manera unánime utilizar alguna forma de registro de lo sucedido en las sesiones, siendo los métodos cualitativos los más empleados (notas de campo, fotografías, entrevistas...). Tres encuestados mencionaron métodos de índole más cuantitativa (registro de variables, cuestionarios o escalas numéricas)



Figura 20: Nube de datos sobre las formas de registro de lo sucedido en las sesiones. (Elaboración propia)

Once de los trece encuestados (85%) contrastan la información observada recogida en sus anotaciones con otros profesionales y diez (77%) realizan supervisiones con mayor o menor regularidad: habitualmente con una frecuencia semanal o quincenal, si bien existen tres casos (23%) que informan de una periodicidad mensual o bimensual y dos (15%) que realizan supervisiones entre 1 y 3 veces al año.

7.4.3 Parámetros considerados objetivables para evaluar una intervención.

Al preguntarles por tres posibles aspectos que estiman pueden evaluarse para medir la eficacia de una intervención arteterapéutica, encontramos contestaciones diversas: predominan los objetivos establecidos, la opinión del propio paciente y su bienestar. Algunos mencionan la obra, la capacidad de simbolización y el nivel de expresión del paciente o la relación con el arteterapeuta como medios para estimar la efectividad del tratamiento:



Figura 23: Nube de datos sobre posibles aspectos que estiman los profesionales encuestados que pueden evaluarse para medir la eficacia de una intervención arteterapéutica. (Elaboración propia)

Al preguntarles por los objetivos que ellos mismos se planteaban al iniciar una intervención las respuestas varían dependiendo de la duración del proceso, las características del paciente y el contexto en el que se desarrollen las sesiones:

- Fomentar una expresión auténtica durante el proceso, sintiendo y reflexionando.
- Permitir y articular la expresión libre tanto verbal, como artística y emocional.
- Utilizar materiales y técnicas adecuadas que permitan la creatividad.

Bastantes profesionales mencionan la necesidad de consensuar con el usuario los objetivos, particularizándolos en función de cada individuo. También se repite la idea de “resignificarlos”, es decir, transformarlos o adaptarlos a medida que avanza el proceso durante las sesiones. De ahí que sea difícil establecer una planificación previa para lograr objetivos marcados a priori. Para detectar estas variaciones uno de los encuestados dijo utilizar herramientas de registro cualitativas.

Entre los factores que influyen en la determinación de estos objetivos hemos diferenciado aquellos que son inherentes al propio paciente (internos) de los que dependen de condicionantes ajenos al paciente (externos). Como puede verse en el esquema adjunto, el relato del propio paciente es el factor principal que los profesionales consideran a la hora de plantear los objetivos de la intervención:



Figura 24: Nube de datos sobre factores que influyen en la determinación de los objetivos.
(Elaboración propia a partir de contestaciones de los profesionales encuestados)

7.4.3 Propuestas para una PBE y el reconocimiento de la arteterapia en España.

Finalmente se ha preguntado si consideran factible encontrar parámetros medibles que permitan evaluar cuándo un tratamiento es más o menos efectivo:

De los 12 profesionales encuestados:

- 1 no lo considera factible debido al alto nivel de subjetividad y “psicoemocionalidad”; concibe únicamente mediciones de tipo biológico como la tensión arterial.
- 4 opinan que sí es posible aunque conlleva cierta complejidad, dado que la emocionalidad, el bienestar humano o la relación del paciente con la obra o el arteterapeuta son difíciles de medir científicamente; algún profesional indica que es preciso recurrir a métodos de medida que no son propios de la arteterapia.
- 5 sí se consideran que puede medirse la eficacia de la intervención midiendo, por ejemplo, el estado de ánimo, el nivel de ansiedad o depresión, la producción verbal y artística, la calidad del vínculo terapéutico, el nivel de salud... Aunque especifican que es pertinente tener en cuenta el encuadre en el que se realiza la intervención y la problemática individual de las personas que participan.

En cuanto a las iniciativas que contribuirían a consolidar el reconocimiento de la disciplina en España los encuestados mencionaron la creación de un Colegio de Arteterapeutas, de una formación de Grado Universitaria, la práctica basada en la evidencia o los propios resultados de las intervenciones a nivel clínico-sanitario. Varios mencionaron, además, la presentación de planes e informes a la Administración para implantarla institucionalmente.

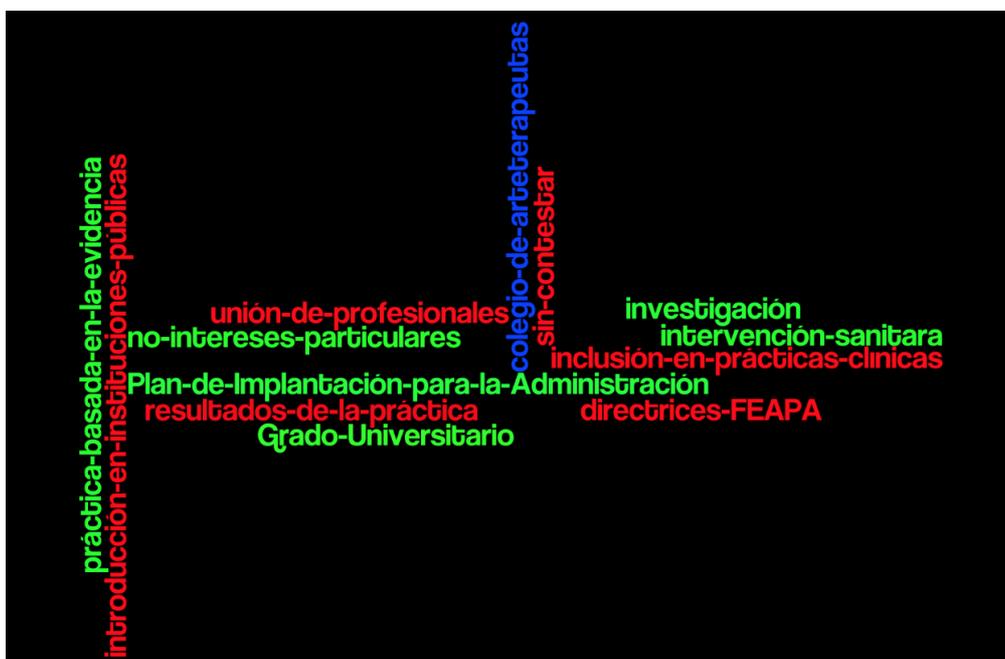


Figura 25: Iniciativas que contribuirían a consolidar el reconocimiento de la disciplina en España.

(Elaboración propia a partir de contestaciones de los profesionales encuestados)

7.5 Conclusiones sobre los datos extraídos de la encuesta

Los resultados de la encuesta realizada no son concluyentes dado el escaso número de encuestados (13 en total), pero sí muestran ciertas tendencias:

En general se percibe una actitud bastante receptiva a la elaboración de criterios de evidencia, habiendo solamente dos profesionales encuestados (15%) que tiene dudas u opina que la arteterapia no es compatible con la determinación de indicios de evidencia que garanticen la efectividad de la práctica.

A pesar de las dificultades en hallar aspectos medibles que sirvan para evaluar el alcance de una intervención, se hace alusión a numerosas formas de evaluación de la mejora de los usuarios. Cabe señalar la importancia que concede un alto porcentaje de encuestados a las necesidades y demandas del paciente, siendo éste en última instancia quien tiene la clave para encontrar a través de la expresión artística y la capacidad introspectiva los mecanismos para alcanzar los objetivos; objetivos, por otra parte, que se consensuan con su connivencia. En cuanto a los resultados extraídos de las encuestas realizadas a estudiantes, llama la atención el alto nivel de desconocimiento de las prácticas basadas en evidencia (50% de los estudiantes de 2º curso de la promoción 2016-17 desconocen o conocen poco el término PBE, frente a más de un 70% de la promoción 2015-16).

En cuanto a la pregunta 2 (¿consideras que la arteterapia puede considerarse una práctica basada en la evidencia?) 47% de la presente promoción tienen dudas, frente a un 30% de la anterior). En el [anexo 13](#) se han desglosado las contestaciones a esta segunda pregunta para recabar únicamente los resultados de los estudiantes que dicen conocer bastante o con toda seguridad el significado del término PBE: Entre los estudiantes de 2º de la promoción actual, sigue predominando un porcentaje alto de alumnos que tienen dudas, mientras que entre los graduados todos la consideran como PBE ya sea con seguridad o con una alta probabilidad.

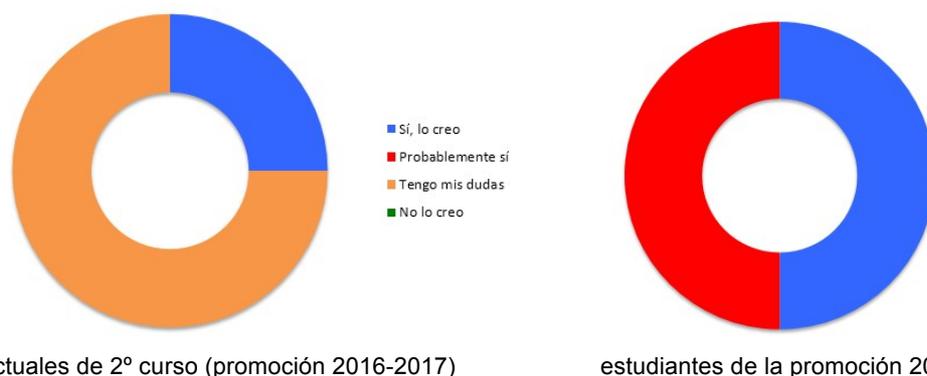


Figura 26: Contestaciones de encuestas realizadas a la pregunta ¿Puede considerarse la arteterapia una PBE? (Elaboración propia a partir de los resultados de encuestas realizadas a estudiantes)

Sería necesario, no obstante, llevar a cabo un estudio en mayor profundidad para confirmar las hipótesis aquí planteadas.

8. Conclusiones.

A lo largo de este trabajo hemos realizado un análisis de la práctica de la arteterapia, planteando un proceso de intervención basado en la evidencia como herramienta para adquirir la disciplina en España un rigor que, a día de hoy, parece no abundar entre los profesionales.

Contestando a la primera pregunta de investigación y teniendo en cuenta los resultados de las encuestas podemos concluir que aunar la arteterapia con la práctica basada en la evidencia sí es factible, si bien conciliar ambas no está exento de complejidad, por la dificultad que entraña considerar factores subjetivos de la relación terapéutica interpersonal e intrapersonal cuya medición no puede ser directa.

Contestando a la segunda pregunta podemos decir que los criterios de evidencia necesarios para considerar la arteterapia PBE deben de estar sujetos a factores objetivables; algunos profesionales encuestados comentaron el estado de ánimo, ansiedad, bienestar emocional, capacidad expresiva como algunas de las variables que pueden ayudar a tener en cuenta la evolución de los pacientes y la eficacia del tratamiento. Es necesario, en cualquier caso, contrastar los resultados de la puesta en común con las investigaciones y la experiencia práctica, a fin de poner a prueba los criterios de evidencia consensuados y someterlos así a la opinión de cada arteterapeuta. Si las variables escogidas son aceptadas por la comunidad como válidas podremos extraer de la puesta en común indicadores de evidencia de la eficacia de los tratamientos.

Prácticamente la totalidad de los encuestados (92%) consideran importante el reconocimiento de la profesión a nivel estatal e institucional. La práctica basada en la evidencia es una de las iniciativas mencionadas que puede contribuir a tal fin. Hemos visto como en EEUU y Gran Bretaña las respectivas asociaciones de profesionales (AATA y BAAT) regulan los estudios que capacitan para la práctica de la arteterapia. También en países de la Unión Europea como Suiza, Austria y Alemania, parece haber cierta "autoridad" de las Asociaciones de Arteterapeutas en cuanto a legislar la validez de los planes de estudio oficiales. Ello garantiza el entrelazamiento de la formación con la posterior práctica arteterapéutica, conforme al código ético de las respectivas asociaciones. En España, sin embargo, las Universidades actúan de manera independiente, y si bien la FEAPA puede colaborar en la elaboración de los planes de estudios, su participación se basa en fomentar la formación y el acceso al ejercicio profesional, sin existir una conexión directa entre la realidad profesional y la formación. De ahí la importancia que tiene la existencia de arteterapeutas entre el profesorado de las titulaciones, para poder dar una visión lo más veraz posible de la práctica profesional.

Por último, contestando a la última pregunta secundaria, se perciben sensaciones contrapuestas entre los arteterapeutas cuando se trata la PBE: por una parte hay quienes afirman que les da confianza, credibilidad y seguridad, en tanto que puede ser una vía para alcanzar el reconocimiento profesional; por otra parte están quienes expresan su escepticismo y lo encuentran confuso, por la dificultad que entraña “materializar lo invisible”. Merece la pena mencionar dos opiniones de arteterapeutas que consideraron ingenuo o sencillamente imposible considerar la arteterapia una práctica basada en la evidencia. Por su excepcionalidad hemos querido comentarlas, ya que se distancian de la opinión más extendida de considerar la PBE como un tema serio, necesario y de interés común, a pesar de requerir esfuerzo por parte de todos para obtener resultados claros y evidentes. Hay quien, incluso mencionó sentirse algo constreñido por tener que dar cuenta de sus resultados.

A falta de dicho consenso, se plantea como alternativa al proceso de homogeneización de la práctica propuesto por Gilroy la implantación de comunidades de práctica que intenten unificar criterios en los procesos de intervención; el objetivo sería extraer datos de las intervenciones que ayuden a establecer criterios de evidencia que garanticen la efectividad de cada tratamiento en el territorio español. Para ello se ha realizado una experiencia piloto mediante encuestas realizadas a los participantes en el proceso, en la que se han recogido datos de los que puedan deducirse formas de evaluar la eficacia de la arteterapia.

Hemos de hacer hincapié en la importancia de tener en cuenta las conclusiones derivadas de investigaciones previas, aplicarlas a la práctica y recoger la información de expertos, con objeto de establecer una “guía” con directrices sobre los métodos de intervención más eficaces en función del contexto. Verificados los resultados éstos se han de someter a aprobación mediante la supervisión/auditoría (triangulación), siendo nuevamente puestos en práctica antes de su validación definitiva. Este proceso cíclico y recurrente dará como resultado de contrastar la teoría y la práctica ciertos criterios de evidencia que bien podrían plantearse como muestras con suficiente rigor científico para que la práctica de la arteterapia fuera reconocida profesionalmente.

Fundamental para iniciar este proceso es determinar el contexto y ámbito de actuación así como el objetivo de la investigación, atender a la singularidad de cada proceso y tener en cuenta la situación de cada paciente y su contexto. De otra forma correremos el riesgo de confundir la realidad manifestada a través de las apariencias con la situación psíquica personal y particular. Por eso no podemos contentarnos con conocer la expresión externa que los usuarios muestran, ya que a menudo encontraremos la verdad en manifestaciones ocultas o implícitas, no identificables con la inmediatez de una observación.

Somos conscientes de la importancia que tiene en el proceso de búsqueda de criterios de evidencia una mirada atenta al interior. Por este motivo hemos sugerido la participación grupal de los profesionales como camino para alcanzar una sabiduría colectiva, que se sirva de la experiencia individual ya acumulada para dar fiabilidad a una práctica que a menudo no puede explicarse únicamente por medio de la razón.

De ahí que propongamos exponer al rigor científico las primeras capas de conocimiento, con el ánimo de consolidar la disciplina. Aún quedará por descubrir las interioridades más profundas del alma de la profesión, de los pacientes y de la relación terapéutica, que habrá de trabajar cada arteterapeuta de manera individual.



Figura 27: Vínculos entre el mundo físico y la psicología profunda (piedra esculpida por Carl G. Jung, 1950)⁴³

9. Recapitulación y nuevas líneas de investigación

“No es fácil estar en ninguna parte”

Eugene Ionesco

Dos fórmulas abre este estudio para hacer viable el aparentemente utópico reconocimiento de la arteterapia a nivel profesional:

La primera, la regularización “de arriba a abajo” de la profesión, estableciendo bien el gobierno o bien las instituciones profesionales encargadas de regular la profesión directrices que normalicen la práctica profesional, como ocurre en otros países en los que la colaboración de la arteterapia con otras técnicas psicoterapéuticas es ya un hecho.

⁴³ Jung esculpió en piedra junto a la orilla del lago en el que residía en su 75 cumpleaños esta estructura cúbica con inscripciones de fragmentos de frases de Heráclito, Homero y alquimia.

La misma dimensión incognoscible en su totalidad pero manifiesta en la psique humana que unifica el sí-mismo con su propia naturaleza humana es la que se antoja para quien suscribe imposible de evidenciar para la PBE. Si bien no podemos dar evidencia empírica que muestre inequívocamente la relación entre un yo interior y su relación con el mundo en los procesos de arteterapia, la experiencia nos induce a confirmar su existencia.

La segunda fórmula, tal vez más factible en un contexto como el de España donde cada vez es más rápida y mayor la generación de profesionales ante una demanda creciente del mercado de una disciplina en crecimiento: instaurar vías de comunicación mediante la creación de grupos de trabajo o foros de discusión sobre las medidas de aplicación en función de cada colectivo. En el [anexo 3](#) se presentan algunas experiencias iniciadas en esta línea tales como la creación de la Red Europea de Arteterapia **NEAT** o el grupo de investigación en arteterapia fundados ambos en 2011 con el propósito de promover el desarrollo profesional a través del intercambio de conocimientos clínicos y académicos.

Esta otra vía abre la puerta al diálogo y la reflexión sobre la propia práctica, otorgando una herramienta en la que todos los profesionales pueden (y deben) participar si desean hacer de la arteterapia un modo de intervención eficaz, válido y confiable.

A lo largo de este trabajo hemos mencionado algunas de las incertidumbres que este proceso puede hacer surgir entre profesionales: sensación de ser controlados por instancias superiores, limitación de la libertad a la hora de actuar, pérdida de la naturalidad ante la obligación de registrar el proceso, falta de espontaneidad en el establecimiento del vínculo con el paciente al estar sujetos a una investigación.

Es por esto que ambos, pacientes y arteterapeutas, deben sentirse involucrados en el proceso de búsqueda de evidencias como miembros partícipes de la investigación; apelamos para ello a una actitud ética y comprometida con la disciplina, creyendo en el beneficio que los frutos de esta colaboración van a proporcionar a la profesión.

El cambio que se precisa para vencer el miedo a que la esencia de la disciplina sea “destruida” por su reglamentación pasa por un cambio de actitud. Muchos profesionales verán en hallar criterios de evidencia un ataque al cultivo de la intuición y la sensibilidad, al proceso temporal necesario para establecer la confianza con el usuario. Nosotros creemos que garantizar la eficacia del proceso arteterapéutico y promover el espacio de seguridad e intimidad que van ligadas a éste no tienen por qué ser objetivos contradictorios.

Personalmente opino que la práctica arteterapéutica busca preferentemente una orientación hacia el interior del paciente, a la introspección, a la autenticidad; sin duda es bueno como profesión buscar “lo que es” con independencia de “lo que debe ser” o “lo que puede ser”. Una actitud tan sincera consigo misma no deja de ser loable, pero corre el riesgo de perder la perspectiva de “estar en el mundo”, de “ser para los demás”, de poder adquirir un status merecido de reconocimiento. Este enfoque más orientado al “exterior”, a afianzarse en la historia del conocimiento, es el que puede aportar el tan denostado científicismo dando razones sobre la eficacia de la arteterapia. Pero ello requiere de aunar ambas visiones de la disciplina en aras a conjugar el “vacío fértil” (que acepta la necesidad de ser) con un “vacío

estéril” (con expectativas de llegar a ser)⁴⁴. Integrar las dos facetas, por opuestas que parezcan, es, pues, necesario⁴⁵.

Decía el médico, psicólogo y psiquiatra Jung que es preciso diferenciar la sombra, familiarizarse con lo más denostado de nuestro interior para integrarlo y reconocerlo como parte de nuestra esencia. Tal vez sea positivo asumir que como profesionales tenemos una deuda contraída con la sociedad y que también nosotros como parte de ella debemos supeditarnos a un control externo que valore la calidad de nuestra labor. Sin sentir por ello que una autoridad ajena (el nombre del padre⁴⁶) nos impide ser lo que queremos ser.

Y así, con la misma certidumbre de error que Heisenberg afirmó para su principio de incertidumbre o que Einstein aceptó al utilizar el principio de localidad y desechar para su teoría de la relatividad el principio de no localidad, afirmo yo, para terminar, que es posible, con la participación de toda la comunidad de práctica, desvelar criterios de evidencia⁴⁷ que sirvan para garantizar la efectividad de la arteterapia sin menoscabo del vínculo terapéutico, de la relación de confianza y de la autenticidad en el obrar del arteterapeuta.

⁴⁴ Uso de la enantiodromía “vacío estéril - vacío fértil” se utiliza aquí para explicar la posible combinación del deseo de “llegar a ser” con la satisfacción de “no ser” en la disciplina de la arteterapia.

⁴⁵ La enantiodromía es un término procedente de la filosofía de Heráclito que alude al “juego de los opuestos en el devenir”, de modo que todo lo que es pasa a su contrario (ej. De la vida, la muerte, de la muerte la vida).

⁴⁶ La acepción de “el nombre del padre” se toma aquí a partir de la función paterna lacaniana comprendida como símbolo de castración que se instaura por medio de la Ley.

⁴⁷ Como ya se ha explicado anteriormente tales criterios de evidencia no pretenden desentrañar todas las motivaciones internas de los procesos psicológicos puestos en juego, pero sí, al menos, dar suficientes criterios de evidencia para que la profesión tenga consistencia como disciplina y pueda ser reconocida oficialmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acaso López-Bosch, M. (2005). *Didáctica de la sospecha. Qué considero interesante investigar en el campo de la educación artística a principios del S. XXI*. Editorial Universidad de Granada.
- Allard, S. (2002). *A user/survivor perspective: what's behind the evidence?* Publicado en S. Priebe y M. Slade, *Evidence in mental health care*. Hove: Brunner-Routledge.
- Academia Alemana para formación y servicios de arteterapia. Akademie für Kunsttherapie (AKT, s.f.). Recuperado el 21/05/2017 <http://bit.ly/2qL7Qn4>
- ARTECURA. Verband schweizerischer Bildungsinstitute für Kunsttherapie, VBK. (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2qlMuvl>
- Asociación Americana de Arteterapeutas (AATA, s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <https://arttherapy.org/>
- Asociación Británica de Arteterapeutas (BAAT, s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://www.baat.org/>
- Asociación Profesional Alemana para Arteterapia. Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie (DFKGT, s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2pPtmmx>
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://www.arteterapia.org.es/>
- Bauer, Michael G.; Peck, Chauney; Studebaker, Aubrey; and Yu, Naomi. (2015). *Art therapy and evidence-based practice: An exploration of interactions*. LMU/ LLS Theses and Dissertations, 167. Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2rq86XI>
- Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. - Asociación Alemana de Arteterapia Antroposófica (2017). Recuperado el 21/05/2017 <http://bit.ly/2pQVDIA>
- Brickman, L. (1980). *Recogida de datos. I. Métodos de observación*. En Selltiz, C. Et al.: *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid, Rialp.
- Bull, G., Thompson, A., Searson, M., Garofalo, J., Park, J., Young, C., & Lee, J. (2008). *Connecting informal and formal learning: Experiences in the age of participatory media*. *Contemporary Issues in Technology and Teacher Education*, 8(2), 100-107.

- Cape, J. y Parry, G. (2000). *Clinical practice guidelines development in evidence-based psychotherapy*. Publicado en N. Rowland y S. Goss, Evidence-based counselling and psychological therapies. London: Routledge.
- CORE System Group (1998). *CORE System (Information Management) Handbook*. Leeds: Core System Group.
- Dalley, T. (1980). *Assessing the therapeutic effects of art: an illustrated case study*. The Arts in psychotehrapy, 6, Vol 7 (1), 1980, 11-17
- Denscombe, M. (1998). *The good research guide for small-scale social research projects*. Buckingham: Open University Press.
- Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://www.rae.es/>
- Dubowski, J. (2001). *Developing a research strategy for the arts therapies*. Publicado en L. Kossolapov, S. Scoble y D. Waller: Arts-Therapies-Communication: on the way to a communicative european arts therapy. Münster: Lit Verlag.
- Educando juntos (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2qNW1sF>
- Eisner, E. (1984). *Cross-cultural research in Arts Education, problems, issues and prospects. Art in education, an international perspective*. University Park: The Pennsylvania State University.
- (1995). *Educar la visión artística*. Barcelona, Paidós.
- Encuestas de empleo de arteterapeutas británicos (Survey of Newly Qualified Art Therapists, 2015). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2rzbQo9>
- Fachverband für Gestaltende Psychotherapie und Kunsttherapie (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2qlQsny>
- Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://feapa.es/>
- Gantt, L. (1997): *Prescriptions for the future: research*. American Journal of Art Therapy, 36.
- (2004). *The case for formal art therapy assessments*. American Journal of Art Therapy Association, 21.
- Gilroy, A. (1989). *Research in art therapy*. Buckingham: Open University Press.
- (2006). *Art therapy, research and evidence-based practice*. London: SAGE Publications Ltd.

- Greffart (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2stkWDC>
- Hannah, B.; von Franz, M.L. (2005). *Lectures on Jung's Aion (Polarities of the psyche)*. Einsiedeln, Suiza: Daymon Publishers.
- Hernández Belver, M. (2005). *Fundamentos y perspectivas actuales de la investigación en educación artística*. Editorial Universidad de Granada.
- Hernández, F. H. (2008). *La investigación basada en las artes. Propuestas para repensar la investigación en educación*. *Educación siglo XXI*, 26, 85-118.
- Huet, V. (1997). *Challenging professional confidence: arts therapies and psychiatric rehabilitation*. Inscape.
- IHK Kunsttherapie: Web informativa del examen para la certificación oficial suiza como arteterapeuta (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2qKYasw>
- Informe de seguimiento del Vicerrectorado de evaluación de la calidad (UCM, 2014). Recuperado el 25/05/2017 de <http://bit.ly/2rpJYEA>
- Informe final Máster Universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Fundación para el conocimiento madri+d (21/12/2015). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2rTt9Dz>
- Kapitan, L. (2012). *Introduction to art therapy research*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Kaplan, F. (2001). *Areas of inquiry for art therapy research*. *Art therapy: journal of the American Art Therapy Association*.
- Jung, C. G., Campbell, J., Bly, K., Dossey, M., Branden, W., & Hillman, B. (1991). *Encuentro con la sombra. El poder del lado oculto de la naturaleza humana*.
- López Martínez, M. D. (2010). *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. Proyecto de investigación: Universidad de Murcia.
- Lowenfeld, V. (2011). *Creative and Mental Growth*. New York: Macmillan
- Maeso Rubio, F. (1996). *La situación actual de la educación artística en la enseñanza secundaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Análisis cuantativo de los conocimientos conceptuales y procedimentales de los alumnos y alumnas (tesis doctoral)*. Universidad de Granada.
- (1999). *Instrumentos, técnicas de evaluación y materiales curriculares de Educación Artística*. Revista de Educación, Granada.

- Marín Viadel, R. (2005). *Investigación en educación artística: temas, métodos y técnicas de indagación sobre el aprendizaje y la enseñanza de las artes y culturas visuales*. Editorial Universidad de Granada.
- Memoria de verificación del título. ANECA (s.f.) <http://bit.ly/2qUOFmb>
- Mullhall, A. (1998). *Nursing, research and the evidence*. Evidence-based nursing, 1.
- Multimediale Kunsttherapie im ÖAGG. Plan de estudios de Arteterapia multimedial (2017). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2ramEeG>
- Ortega Rodas, A. (2005). *El estudio de caso: implicaciones epistemológicas de un método de investigación aplicado a la educación artística*. Universidad de Sevilla.
- Parloff, M. (1982). *Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla*. American Journal of Psychiatry, 139.
- Parry, G. (1995). *Bambi fights back: psychotherapy research and service improvement*. Changes, 13.
- Parry, G. y Richardson, A. (1996). *NHS Psychotherapy services in England: Review of strategic policy*. Wetherby: NHS Executive.
- Patterson et. Al. (2004) *Evidence-based practice for marriage and family therapists*. Journal of Marital and Family Therapy April 2004, Vol. 30, Nº 2, 183-195. Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2rzjr6m>
- Programas de Máster en Arteterapia reconocidos por AATA (s.f.). Art Therapy Master's Education. Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2qV4vxf>
- Programas de orientación laboral para arteterapeutas en Suiza (s.f.). Wegweiser Kunsttherapie. Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2pPihSp>
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sarriá Sánchez, Encarnación; Garriga Trillo, Ana Julia ; Pérez-Llantada Rueda, M^a Del Carmen; Fontes De Gracia, Sofía; García Gallego, Carmen (2001). *Diseños de investigación en psicología*. Editorial UNED
- Schmiedebach, H. (2002). *Evidence in mental health: a historical analysis*. Publicado en S. Priebe y M. Slade, Evidence in mental health care. Hove: Brunner-Routledge.
- Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://sepie.es/>

- Sistema de Garantía Interna de Calidad del Máster Interuniversitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social (UCM, UVA y UAM, s.f.). Recuperado el 25/05/2017 de <http://bit.ly/2qQbf4q>
- Stern, A. (1969). *Interpretación del arte infantil*. Kapelusz, Buenos Aires.
- Shirky, C. (2004). Folksonomy. Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2rzsgNk>
- Siemens, G. (2006). *Knowing knowledge*. Lulu.com.
- (2008). *Learning and knowing in networks: Changing roles for educators and designers*. ITFORUM for Discussion, 1-26.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; What you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631. Recuperado el 21/05/2017 de doi:10.1002/jclp.20373
- Sturdee, P. (2001). *Evidence, influence or evaluation? Fact and value in clinical science*. Publicado en C. Mace, S. Moorey y B. Roberts, *Evidence in the psychological therapies*. Hove: Brunner-Routledge.
- Turnbull, J. y O'May, F. (2002). *GPs' and clientes' views of art therapy in Edinburgh practice*. Inscape.
- Verband Schweizerischer Bildungsinstitute für Kunsttherapie, Association Suisse des Instituts de Formation en Art-thérapie, Swiss Association of Art Therapy Training Institutes (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2qpDW4K>
- Wenger, E.; McDermott, R.; Snyder, W.M. (2002). *Cultivating communities of practice*. Harvard Business School Press.
- Wiener Schule für Kunsttherapie – Escuela vienesa de arteterapia (s.f.). Recuperado el 21/05/2017 de <http://bit.ly/2pPiBk5>
- Zimmerman E. y D. la Pierre, S. (1999). *Research methods and methodologies for Art Education*. *Studies in Art Education*, 40. National Art Education Association.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS¹

AATA	American Art Therapy Association
A.BOAT	Austrian Board of Art-Therapies (Asociación Profesional de Arteterapeutas Austriacos). Similar a la FEAPA en España o la OdA Artecurea en Suiza.
ACATE	Accreditation Council for Art Therapy Education (asociación que regula la formación en EEUU)
AEC	Associació per a l'Expressió i la Comunicació
AFIA	Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia
AG	Arbeitsgruppe (grupos de trabajo orientados a temáticas específicas (Öffentlichkeit: esfera pública; Weiterbildung: formación continua; Indikationskatalog: catálogo de indicadores).
Andart	Asociación Profesional Andaluza de Arteterapia
ANECA	Agencia Nacional de la Evaluación de la Calidad y Acreditación
APA	American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría)
ARTECURA	Dachverband der Schweizer Berufsverbände für Therapien mit künstlerischen Medien. (Organización de asociaciones profesionales suizas para las terapias de mediación artística). Anteriormente denominada KSKV-CASAT.
AT	Arteterapia
ATCB	Arttherapy Credentials Board (Panel de acreditaciones en Arteterapia). Se trata de un registro de arteterapeutas profesionales y administra también los exámenes nacionales de arteterapia conforme al código de práctica profesional
ATE	Asociación Profesional Española de Arteterapeutas
ATh	Asociación de Arteterapeutas transdisciplinarios y desarrollo humano
ATPRN	Art Therapy Practice Research Network (Red de investigación sobre la práctica arteterapéutica)
BAAT	British Association of Art Therapists
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (Ministerio de Trabajo y Tecnología)
BGBI	Bundesgesetzblatt (Ley estatal austriaca).
BVAKT	Berufsverband der anthroposophischen Kunsttherapie (en Austria Asociación profesional de arteterapia antroposófica).
CATRU	Creative Arts Therapy Research Unit (Unidad de Investigación en Terapias de Arte Creativo en Australia)
CORE	Clinical Outcome Routine Evaluation (Rutina de evaluación de resultados clínicos)

¹ Traducciones hechas por el autor

DFKGT	Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. (Asociación Profesional de arteterapeutas en Alemania).
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). Publicado por la APA.
ECARTE	European Consortium for Arts Therapies in Education (Congreso del Consorcio Europeo para la Educación en Arte Terapia)
EEUU	Estados Unidos
EPAB	Educational Program Approval Board. (En EEUU Panel de programas educativos aprobados)
FEAPA	Federación Española de Asociaciones Profesionales de Arteterapia
GPK	Fachverband für Gestaltende Psychotherapie und Kunsttherapie (Asociación Profesional de Arteterapia y Psicoterapia en Suiza)
GREFART	Asociación profesional de arteterapeutas
HCPC	Health and Care Professions Council (en Inglaterra Consejo de las profesiones complementarias a la medicina)
HFP-KST	Höhere Fachprüfung Kunsttherapie (examen oficial de arteterapia en Suiza)
ICD	International Classification of Diseases (Manual de Diagnóstico utilizado por la Organización Mundial de la Salud)
LOM	Lösungs Orientiertes Malen (Terapia con Pintura Orientada a Personas y Soluciones)
MBE	Medicina basada en la evidencia (traducción del término evidence-based medicine)
MURARTT	Asociación de Arteterapia de la Región de Murcia
NAEA	National Art Education Association (Asociación Nacional de Educación Artística)
NEAT	Network of European Art Therapists. (Red Europea de Arteterapia)
NHS	National Health Service (denominación en Inglaterra del sistema sanitario nacional)
ÖFKG	Österreichischer Fachverband für Kunst (Asociación que congrega desde 1992 a los profesionales de la Arteterapia en Austria).
PBE	Práctica Basada en la Evidencia
RCT	Randomized-Control Trial (ensayos aleatorios)
SEPIE	Servicio Español para la Internacionalización de la Educación
VBK / AIFA	Verband schweizerischer Bildungsinstitute für Kunsttherapie / Association suisse des Instituts de Formation en Art-thérapie (Asociación suiza de Institutos para formación en arteterapia)
Zertifikat IHK	Certificado que capacita para ejercer la arteterapia con niños y adultos en Suiza

ANEXOS

- Anexo 1** Mapa de procesos para el desarrollo de una guía para la práctica clínica. (Gilroy 2006, p. 47)
- Anexo 2** Proceso de PBE en los servicios de psicoterapia de Inglaterra. (Parry y Richardson, citado por Gilroy, 2006)
- Anexo 3** Creación de comunidades de práctica relacionadas con la Arteterapia. (Grupos de trabajo de ATE y NEAT)
- Anexo 4** Principales asociaciones de Arteterapia a nivel mundial y fechas de constitución. (López Martínez 2009, p. 24)
- Anexo 5** Aspectos del código ético de la FEAPA que hacen alusión a la PBE.
- Anexo 6** Recomendaciones del informe final emitido por la Fundación para el Conocimiento madridasd, con fecha 20/11/2009, para la renovación de la acreditación del título oficial de Máster Interuniversitario de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social de la UCM, UAM y UVA.
- Anexo 7** Propuesta de medidas retrospectivas (en relación al análisis de lo acontecido en el pasado) y prospectivas (en relación a la previsión de futuro) basándose en el informe final de la Fundación madridasd y los comentarios de la memoria anual de seguimiento del curso 2015-16 de la Oficina para la Calidad de la UCM.
- Anexo 8** Información sobre el programa Erasmus+
- Anexo 9** Países participantes en el programa Erasmus+
- Anexo 10** Listado de Universidades europeas en las que se imparte la titulación oficial de Arteterapia.
- Anexo 11** Oferta de estudios de arteterapia aprobados en el panel de programas educativos (EPAB-Educational Program Approval Board) validados por la AATA.
- Anexo 12** Listado de arteterapeutas afiliados a la FEAPA encuestados para este estudio.
- Anexo 13** Resultados de las encuestas realizadas a los estudiantes del Máster Interuniversitario de Arteterapia e Inclusión Social de las promociones 2015/16 y 2016/17.
- Anexo 14** Encuesta realizada a los profesionales ligados al campo de la arteterapia sobre PBE.
- Anexo 15** Ejemplos de buenas prácticas en AT en Estados Unidos basados en la PBE.

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1:** Síntesis de los enfoques cuantitativo, cualitativo y artístico en la investigación. (extraído de Marín Viadel 2005, p. 228)
- Figura 2:** Explicación de la PBE como metáfora de Bambi y Godzilla (Elaboración propia)
- Figura 3:** Procesos que intervienen en la fabricación del conocimiento (Siemens, 2006, p. 7)*
- Figura 4:** Estructura del conocimiento visto como organización. (Siemens, 2006, p. 20)
- Figura 5:** El feedback en el conocimiento. (Siemens, 2006, p. 126)
- Figura 6:** Estructura de una comunidad global. (citado por Wenger, 2002, p. 127)
- Figura 7:** Estadios de desarrollo de una comunidad. (Wenger, 2004, p. 69)
- Figura 8:** Países del mundo donde existen asociaciones de arteterapia. (Elaboración propia)
- Figura 9:** Asociaciones Profesionales que forman parte de la FEAPA (extraído de <http://feapa.es/>)

Gráficos y representaciones obtenidos de la recogida de datos de encuestas realizadas.

(Elaboración propia)

Figura 10: Gráficos de porcentajes según contestaciones a la pregunta 1 realizada en la encuesta a estudiantes: ¿Te es familiar el término práctica basada en la evidencia?

Figura 11: Gráficos de porcentajes según contestaciones a la pregunta 2 realizada en la encuesta a estudiantes: ¿Crees que la arteterapia puede considerarse una práctica basada en la evidencia?

Figura 12: Gráficos de porcentajes según contestaciones a la pregunta 17 realizada en la encuesta a profesionales: La Arteterapia _____ ser validada mediante evidencias científicas.

Figura 13: Gráficos de porcentajes según contestaciones a la pregunta 18 realizada en la encuesta a profesionales: La Arteterapia y la PBE _____ en los diferentes tipos de intervención.

Figura 14: Nube de datos con resultados sobre las palabras más mencionadas por los profesionales en relación a los sentimientos que experimentaban sobre la PBE

Figura 15: Gráficos de contestaciones a pregunta 5 realizada en la encuesta a profesionales: ¿Considera importante que la arteterapia como profesión sea reconocida oficialmente?

Figura 16: Gráficos de porcentajes según contestaciones a la pregunta 20 realizada en la encuesta a profesionales: ¿Conoce cómo ha sido en otros países que han reconocido la Arteterapia el proceso de reconocimiento de la disciplina?

Figura 17: Gráficos de porcentajes según contestaciones a la pregunta 4 realizada en la encuesta a profesionales: ¿De qué manera desarrolla su ejercicio profesional dentro del campo?

Figura 18: Gráfico sobre experiencia media de los 13 profesionales encuestados.

Figura 19: Gráfico de distribución de titulaciones de los 13 profesionales encuestados.

Figura 20: Nube de datos de palabras que mencionaron los encuestados sobre los rasgos que más caracterizan la arteterapia.

Figura 21: Nube de datos sobre tipos de documentación consultada por los profesionales.

Figura 22: Nube de datos sobre las formas de registro de lo sucedido en las sesiones.

Figura 23: Nube de datos sobre posibles aspectos que estiman los encuestados que pueden evaluarse para medir la eficacia de una intervención arteterapéutica

Figura 24: Nube de datos sobre factores que influyen en la determinación de los objetivos

Figura 25: Iniciativas que contribuirían a consolidar el reconocimiento de la disciplina en España.

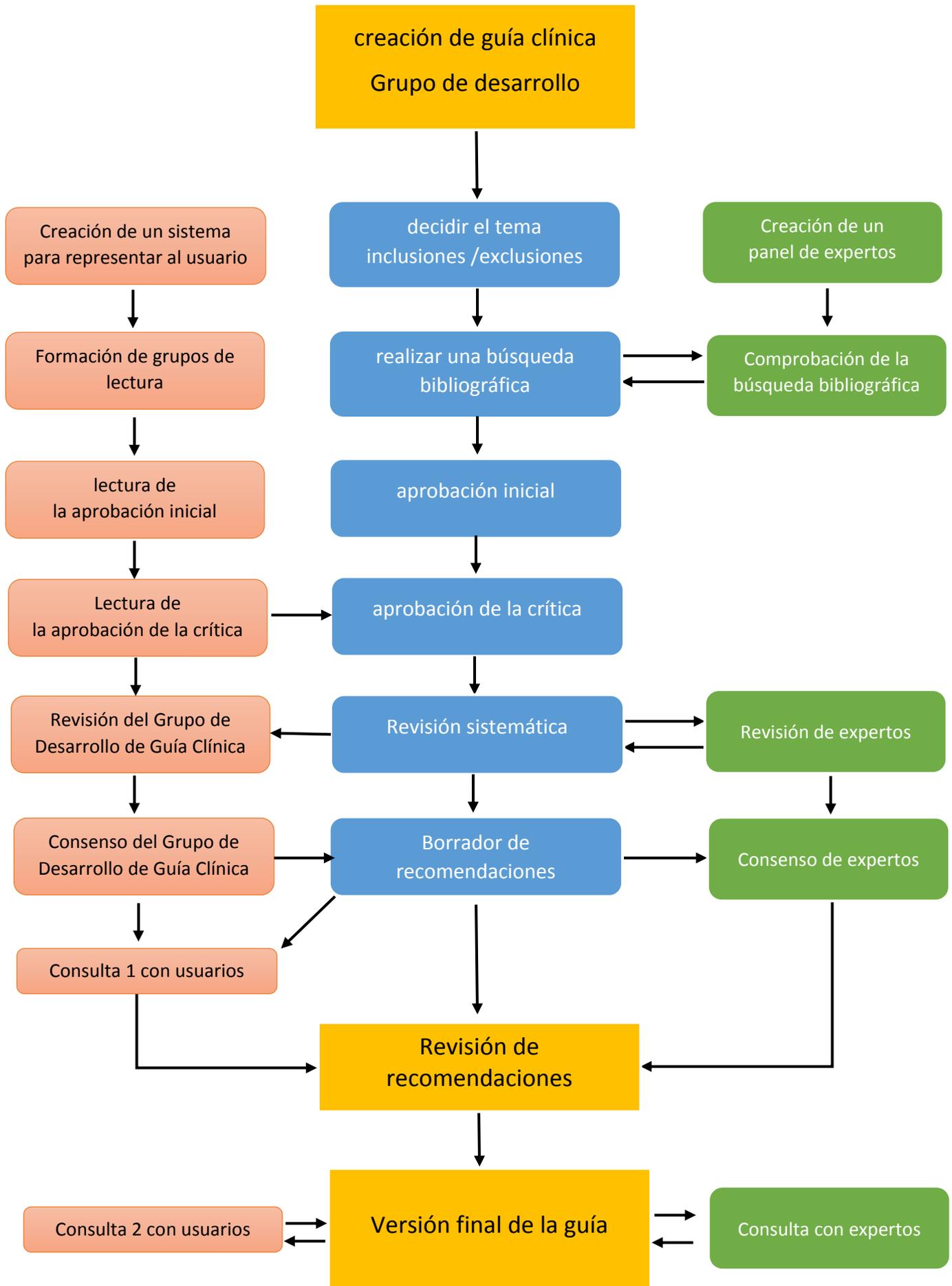
Figura 26: Contestaciones de los estudiantes actuales de 2º curso (promoción 2016-2017) y de la promoción 2015-2016 sobre la arteterapia una PBE.

Figura 27: Fotografía de la piedra esculpida por Carl G. Jung (1950).

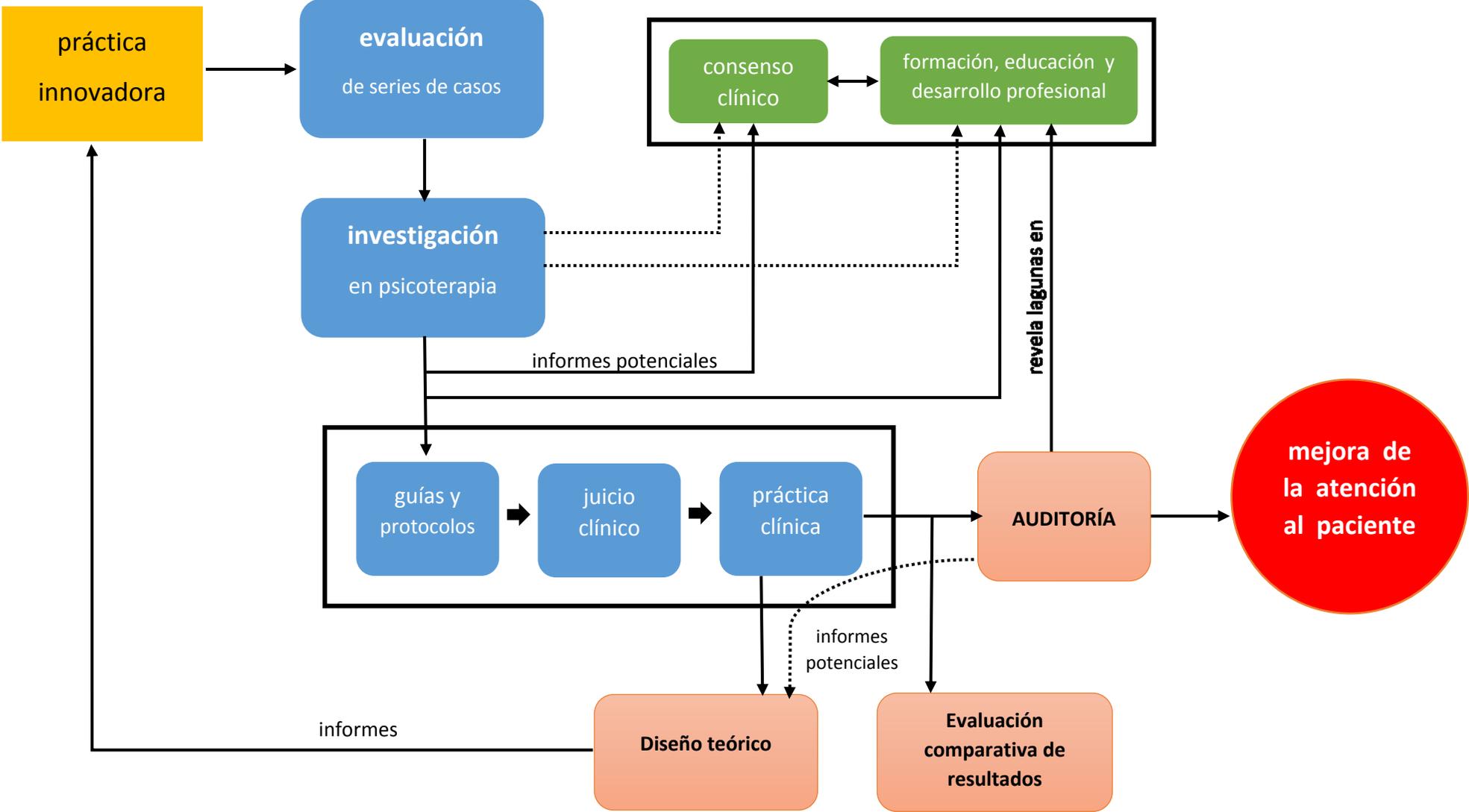
ⁱ *El gráfico de la figura 3 ha sido obtenido de la web <http://bit.ly/2rDW9y5>, siendo una traducción fiel del gráfico original elaborado por Siemens

ANEXO 1: Mapa de procesos para el desarrollo de una guía para la práctica clínica.

(Gilroy 2006, p. 47)



ANEXO 2. Proceso de PBE en los servicios de psicoterapia de Inglaterra. (Parry y Richardson, citado por Gilroy, 2006)



ANEXO 3. Creación de comunidades de práctica relacionadas con la Arteterapia.

(Grupos de trabajo de ATE y NEAT)

En el proceso de investigación llevado a cabo para la elaboración de este trabajo, se han localizado dos grupos ya en funcionamiento que, de manera similar a las comunidades de práctica propuestas en este estudio, propugnan el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales

1. Grupos de trabajo de ATE

(Información extraída de <http://www.arteterapia.org.es/quienes-somos/grupos-de-trabajo/>)

En 2011 la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (ATE) inició un grupo de trabajo denominado “Grupo de investigación en arteterapia” cuyo objetivo era promover la investigación mediante un ciclo de seminarios en el que se presentaban, analizaban y discutían artículos científicos con el fin de alcanzar reflexiones sobre la práctica.

La temática tratada en las publicaciones estudiadas se relaciona directamente con la búsqueda en las intervenciones de metodologías y sistemas de evaluación basados en la evidencia. Algunas de estas publicaciones que se han investigado en este Grupo de Trabajo guardan una relación directa con la PBE:

- What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review.
¿Qué evidencias hay en las investigaciones para el uso de la arteterapia en el tratamiento de síntomas en adultos con cáncer. Una revisión sistemática.
- Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study.
Mejora de la calidad de vida de mujeres en tratamiento de cáncer de mama gracias a la arteterapia? Un estudio mediante ensayos aleatorizados.
- Examination of the changes that take place during an art therapy intervention.
Revisión de los cambios obtenidos durante una intervención de arteterapia.

Según se menciona en la propia web de la ATE este grupo plantea ya entre sus objetivos la forma de enfocar la observación desde un punto de vista científico basado en la evidencia, tanto en estudios controlados y aleatorizados que utilizan metodologías cuantitativas como en estudios de participación-acción de índole más cualitativa, considerando ambos enfoques como complementarios y no de manera independiente.

2. Red Europea de Arteterapeutas. (NEAT)

También en 2011 se crea por vez primera una red para poner en contacto a arteterapeutas profesionales dentro de Europa de la que forman parte 28 países. La intención de este grupo es compartir la practica profesional, que fomente el intercambio de investigaciones para dar lugar a intervenciones mas efectivas.

A través de la NEAT se han dado a conocer los avances en países como Estonia, Holanda, Reino Unido y Suiza hasta lograr un reconocimiento profesional. Su funcionamiento se basa en diversos grupos que facilitan el intercambio de experiencias en cuanto a desarrollo profesional, identidad profesional, investigación y publicaciones... contando cada grupo con un máximo de tres arteterapeutas de cada país. Dada la limitación en el número de participantes la FEAPA ha extendido dicha red creando grupos propios representados por miembros de las principales asociaciones de arteterapeutas de España, con el fin de difundir en mayor medida las experiencias de la NEAT. El hecho de querer lograr un modelo de federación mixto que incluya tanto a asociaciones como a individuos que pongan en común la praxis a nivel de Europa es ya, supone de por si un ejemplo claro de una comunidad de practica tal como se ha comentado en el presente estudio.

La vigencia de esta red permite regularizar el desarrollo profesional y es una iniciativa para lograr en la arteterapia el reconocimiento clínico y académico en países donde la práctica aún no ha sido reconocida, a la vez que sirve para difundir la expansión de la profesión donde la disciplina ya fue reconocida.

Mencionamos a continuación los objetivos enunciados en su web¹ para mejorar el desarrollo profesional con unos “mínimos estándares de calidad respetando las particularidades en la práctica”

1. Compartir información de eventos relacionados con la AT en diversos países.
2. Compartir publicaciones y publicaciones locales.
3. Compartir ideas para recibir financiación para investigación.
4. Compartir los contenidos del curriculum de diferentes escuelas de formación
5. Compartir y describir las prácticas de intervención clínica efectivas
6. Facilitar material de apoyo (estableciendo formaciones, talleres...)
7. Trabajar para la creación de una asociación europea de arteterapeutas.

¹ Información extraída de la web de NEAT <http://neatgroup.org/>

ANEXO 4: Principales entidades de Arteterapia según su posicionamiento

Extraído de *“La intervención Arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español”*

(tesis de M^a Dolores López Martínez, 2009)

PAÍS	Asociaciones y centros de estudio de AT con mediación Plástica y Visual	Asociaciones y centros de estudio de AT con mediación de diversos medios expresivos
ALEMANIA		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen (DGKT, 1981)
ESPAÑA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asociación profesional española de arteterapeutas (ATE, 2002) ▪ Másteres de arteterapia ofertados por las universidades de: Barcelona (1999); Complutense de Madrid (2000); Murcia (2004); Girona (2005) ▪ Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia (AFIA, 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Máster en Arteterapia Transdisciplinar y Desarrollo Humano (ISPA, 2001) ▪ Asociación profesional de arteterapeutas (GREFFART, 2004) ▪ Associació per a l'Expressió i la Comunicació (AEC, 1998). ▪ Máster en Arteterapia AEC con la Universidad de Vic, Barcelona (1999)
FINLANDIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finnish Art Therapy Association (FATA, 1974) 	
FRANCIA		<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Transformation (INECAT, 1986) ▪ Fédération Française des Arts-Thérapeutes (FEAT, 1988/2000)
GRECIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Greek Association of Art Therapists (GAAT, 2004) 	
INGLATERRA Y ESCOCIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ British Association of Arts Therapists (BAAT, 1964) 	
IRLANDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Irish Association of Creative Arts Therapists (IACAT, 1992) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Northern Ireland Group of Art Therapist (NIGAT, 1976)
ISLANDIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iceland Art Therapist Association (LATA, 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Nordic ATA, 1974).
ITALIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Art Therapy Italiana (ATI, 1982) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Federazione Italiana Arteterapeuti (F.I.A.)
HUNGRÍA		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hungarian Art Therapy Association (HATA, 1993)
LITUANIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lithuanian Art Therapy Association (LATA, 1997) 	
NORUEGA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Norwegian Art Therapy Association (NATA, 1981) 	
PAÍSES BAJOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Dutch Art Therapy Association (DAAP, 1996) 	
PORTUGAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sociedade Portuguesa de Arte Terapia (SPAT, 1996) 	
RUSIA		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Russian Art Therapy Association (RATA, 1997)
SUECIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Swedish Association of Art Therapy (SAAT, 1976) 	
SUIZA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Association Romande Arts and Therapies (ARAET, 1993) 	
CANADÁ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institute of the Toronto Art Therapy (TATI, 1968) ▪ Canadian Art Therapy Association (CATA, 1977) ▪ The Association des art-thérapeutes du Québec (AATQ, 1981) 	
ESTADOS UNIDOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ American Association of Art Therapy (AATA, 1969) ▪ National Coalition of Creative Arts Therapies Associations (NCCATA, 1979) 	
BRASIL		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brazilian Union of Art Therapy Associations (UBAAT, 2002)
ARGENTINA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asociación Argentina de Arteterapia (AAAT, 1998) 	
CHILE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asociación Chilena de Arteterapia (ACAT, 2006) 	
MÉJICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Integral de Terapia de Arte (CITA, 1998) 	
PERÚ		<ul style="list-style-type: none"> ▪ EQUIPO de Terapias de Arte, (2000)
COREA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Korean Art Therapy Association (KATA, 1992) 	
ISRAEL		<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Israeli Creative and Expressive Arts Therapies Association, (I.C.E.T.) (YAHAY, 1971)
JAPÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Japanese Art Therapy Association (JATA, 1993) 	
SUDÁFRICA		<ul style="list-style-type: none"> ▪ The South African Network of Arts Therapies Organizations (SANATO, 1999)
AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The Australian & New Zealand Art Therapy Association (ANZATA, 1987) 	

ANEXO 5. Aspectos del código ético de la FEAPA que hacen alusión a la PBE.

- **En el apartado 2 (de la competencia profesional del asociado/a):**

2.2.1 Mantenerse vigilantes respecto a sus propios procesos subjetivos que afectan a su quehacer profesional.

2.2.2 Mantener su formación actualizada mediante actividades formativas y experiencias clínicas, estando en contacto con el pensamiento actual y los desarrollos clínicos vinculados a la práctica de su disciplina.

2.2.3 Mantenerse en contacto con otros grupos de profesionales y asociaciones.

2.2.6 Recurrir a la ayuda de otros/as profesionales cualificados/as – o cooperar con ellos/as cuando sea apropiado para el correcto y efectivo desarrollo de su trabajo, permaneciendo atentos/as sobre su propia competencia profesional por medio de una supervisión adecuada a las situaciones en las que se desarrolle su trabajo.

2.2.7 Informarse acerca de otros tratamientos que puedan ser beneficiosos para sus pacientes/usuarios, y tomar decisiones clínicamente adecuadas, de acuerdo con su contexto y necesidades.

2.2.10 Mantenerse siempre dentro de los límites que impone la confidencialidad.

- **En el apartado 3 (del marco de intervención terapéutico):**

3.10.5 Velar porque el proceso no se vea interferido por sus propias cuestiones subjetivas, utilizando para ello el trabajo terapéutico propio y la supervisión.

3.10.6 Dedicar un tiempo a registrar, analizar y comprender los contenidos y procesos de cada sesión.

3.12.1 Cuando el/la paciente/usuario sea un menor, cualquier permiso necesario será solicitado a los/las tutores/as legales tomando todas las precauciones

para preservar la confidencialidad del/la paciente/usuario.

3.12.2 En la relación terapéutica grupal, se informará a los/as pacientes/usuarios de las condiciones de confidencialidad de las sesiones, y los/as arteterapeutas respetarán las mismas normas de confidencialidad respecto a sus pacientes/usuarios que en las terapias individuales.

- **En el apartado 4 (de otras actividades profesionales):**

1.1 Investigación: En el contexto de una investigación los arteterapeutas se comprometen a:

4.1.1 Proteger la confidencialidad de los pacientes/usuarios.

4.1.2 Tratar la información con respeto y responsabilidad.

4.1.3 Contar con la autorización expresa de los participantes, para toda exposición o publicación de la misma.

4.1.4 Informar con claridad a los posibles participantes o en su caso a sus tutores o representantes legales, sobre los propósitos y características de la investigación, especialmente acerca de aquellos aspectos que pudieran influir en su decisión de participar en la investigación.

4.1.5 Respetar la decisión de los/as participantes de retirarse de la investigación sin que ello conlleve consecuencia alguna para su tratamiento. Y en general regirse por las leyes, regulaciones y normas profesionales que gobiernan la conducta de la investigación en cualquier ámbito.

ANEXO 6. Recomendaciones del informe final emitido por la Fundación para el Conocimiento madrimasd, con fecha 20/11/2009, para la renovación de la acreditación del título oficial de Máster Interuniversitario de Arteterapia de la UCM, UAM y UVA. Se indican en azul aquellos aspectos relacionados con la PBE.

1. CRITERIO 1: ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO

1.- Se debe aclarar el perfil de la titulación "profesionalizante" o "investigador" o "ambos" y ligar operativamente este perfil a las competencias, objetivos y su transferencia en la formación de los contenidos teóricos y prácticos del título y del Trabajo Fin de Máster.

2.- Se recomienda intensificar en algunos casos el apoyo de los tutores de prácticas a los alumnos.

3.- Se recomienda arbitrar procedimientos para constatar que los acuerdos de coordinación se implementan.

4.- Se recomienda unificar la manera de evaluar las competencias y su correspondencia con la Memoria de verificación.

5.- Se recomienda establecer complementos de formación básicos y coordinados respecto a contenidos de psicología y arte, dependiendo de la procedencia de titulación o del cv de cada alumno.

2. CRITERIO 2: INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA

1.- Se requiere la mejora de la información del título desplegada en las páginas web de las tres universidades, concretamente respecto a la unificación de la información, accesibilidad y contenido de guías docentes y de temas de calidad.

3. CRITERIO 3:

SISTEMA DE GARANTÍA INTERNO DE CALIDAD

1.- Se recomienda mejorar la coordinación entre las tres universidades participantes para una adecuada aplicación en todas ellas de los procedimientos del SGIC del título.

4. CRITERIO 4: PERSONAL ACADÉMICO

1.- Incorporar una mayor presencia de profesionales de la arteterapia en el claustro, dejando patente la importancia de vincular al Máster a más arteterapeutas.

2.- Equilibrar la carga de trabajo de los profesores con tutorías de TFM para poder prestar la atención individualizada que requieren los alumnos.

5. CRITERIO 5: PERSONAL DE APOYO, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

1.- Se recomienda el empleo de software específico para el análisis de datos en la asignatura de metodología (SPSS, o similar).

2.- Se recomienda mejorar los programas de apoyo y orientación de los estudiantes y las acciones de movilidad ofertadas.

6. CRITERIO 6: RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1.- Se recomienda la revisión profunda de las guías docentes, incorporando los elementos esperados en ellas (al menos, competencias, contenidos, metodología, evaluación, cronograma, referencias, etc.) y homogeneizando contenidos, sistemas de evaluación, competencia a adquirir y niveles de transferencia entre las 3 universidades participantes.

2.- Se debe establecer un procedimiento claro de información y asignación del TFM.

3.- Se recomienda que haya mayor apoyo para el proceso enseñanza-aprendizaje durante las prácticas independientemente de la institución de referencia (UAM, UCM o UVA).

7. CRITERIO 7: INDICADORES DE RENDIMIENTO Y SATISFACCIÓN

1.- Se sugiere homogeneizar la evaluación en las diferentes universidades implicadas, con el fin de posibilitar la comparación y la integración de los resultados.

2.- Implementar sistemas de evaluación que permitan obtener indicadores objetivos y representativos acerca de la satisfacción de los colectivos implicados en el título.

3.- Es necesario establecer un procedimiento para el análisis de la inserción laboral.

ANEXO 6

Recomendaciones del informe final emitido por la Fundación para el Conocimiento madrimasd, con fecha 20/11/2009, para la renovación de la acreditación del título oficial de Máster Interuniversitario de Arteterapia de la UCM, UAM y UVA.

1. GESTION DEL TITULO

Criterio 1. ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO

EL PROGRAMA FORMATIVO ESTÁ ACTUALIZADO Y SE HA IMPLANTADO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA MEMORIA VERIFICADA Y/O SUS POSTERIORES MODIFICACIONES.

Recomendaciones:

- Aclarar si el perfil de la titulación es profesionalizante, investigador o ambos, ligando la formación de los contenidos teórico-prácticos del título a las competencias y objetivos.
- Arbitrar un sistema que garantice la coordinación entre tutores académicos y profesionales, buscando convenios de colaboración internacional.
- Unificar la forma de evaluar las competencias en correspondencia con la Memoria de verificación.
- Establecer procedimientos para implementar los acuerdos tomados por la Coordinación.
- Especificar el criterio de admisión al Máster en cuanto a complementos de formación básicos necesarios en contenidos de psicología y arte, dependiendo del tipo de titulación, siendo ésta como mínimo la de Graduado.

Criterio 2. INFORMACIÓN Y TRANSPARENCIA

LA INSTITUCIÓN DISPONE DE MECANISMOS PARA COMUNICAR DE MANERA ADECUADA A TODOS LOS GRUPOS DE INTERÉS LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA Y DE LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN SU CALIDAD.

Recomendaciones:

- Precisar y coordinar el sistema de evaluación que figura en las páginas web de las diferentes universidades integrantes.
- Explicitar por parte de la UVA el Sistema de Garantía Interno de Calidad del título (SGIC).

Criterio 3. SISTEMA DE GARANTÍA INTERNO DE CALIDAD (SGIC)

LA INSTITUCIÓN DISPONE DE UN SISTEMA DE GARANTÍA INTERNA DE CALIDAD FORMALMENTE ESTABLECIDO E IMPLEMENTADO QUE ASEGURA, DE FORMA EFICAZ, LA MEJORA CONTINUA DEL TÍTULO.

Recomendaciones:

- Realizar el análisis de satisfacción del profesorado con el título.
- Publicar y difundir los resultados de la calidad docente en lugar accesible de la web.

2. RECURSOS

Criterio 4. PERSONAL ACADÉMICO

EL PERSONAL ACADÉMICO QUE IMPARTE DOCENCIA ES SUFICIENTE Y ADECUADO, DE ACUERDO AL TÍTULO Y AL NÚMERO DE ESTUDIANTES.

Recomendaciones:

- Se recomienda una mayor presencia de profesionales de la arteterapia en el claustro, para vincular al Máster a más arteterapeutas.
- Se considera positivo que haya un grupo-red de investigación que avale el título.

Criterio 5. PERSONAL DE APOYO, RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS

EL PERSONAL DE APOYO, LOS RECURSOS MATERIALES Y LOS SERVICIOS PUESTOS A DISPOSICIÓN SON LOS ADECUADOS EN FUNCIÓN DE LA NATURALEZA, MODALIDAD DEL TÍTULO, NÚMERO COMPETENCIAS A ADQUIRIR POR LOS MISMOS.

Recomendaciones:

- Especificar qué repercusiones tienen las acciones y programas de apoyo formativo en el Máster.
- Disponer una plataforma virtual para facilitar el acceso a los materiales y favorecer la comunicación con el profesorado.

3. RESULTADOS

Criterio 6. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE ALCANZADOS POR LOS TITULADOS SON COHERENTES CON EL PERFIL DE EGRESO Y SE CORRESPONDEN CON EL NIVEL DEL MECES (MARCO ESPAÑOL DE CUALIFICACIONES PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR) DEL TÍTULO.

Recomendaciones:

- Delimitar y homogeneizar con claridad los distintos sistemas de evaluación utilizados en asignaturas comunes a las Universidades, en relación a las competencias adquiridas y transferencia laboral.
- Mayor apoyo durante el período de prácticas e información a los centros en cuanto a la asignación, cronograma, calendario y seguimiento.
- Creación de grupos de trabajo de profesorado, según asignaturas, para consensuar contenidos, competencias a adquirir, niveles de transferencia y sistemas de evaluación.
- Revisar los criterios de asignación de Trabajos Fin de Máster por profesor, incluyendo en las guías docentes información sobre competencias, contenidos, metodología, evaluación, cronograma, referencias, etc.
- Se considera positivo la existencia de convenios con numerosos centros, aunque no siempre se lleva a cabo en ellos labores relacionadas con la arteterapia.

Criterio 7. INDICADORES DE RENDIMIENTO Y SATISFACCIÓN

LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DEL PROGRAMA FORMATIVO SON CONGRUENTES CON EL DISEÑO, LA GESTIÓN Y LOS RECURSOS PUESTOS A DISPOSICIÓN DEL TÍTULO Y SATISFACEN LAS DEMANDAS SOCIALES DE SU ENTORNO.

Recomendaciones:

- Reflexionar sobre el nivel de exigencia al alumnado, dadas las altas tasas de rendimiento, éxito y evaluación.
- Garantizar la representatividad de los datos recogidos sobre valoraciones del alumnado para el profesorado y la titulación en sí.
- Recoger datos de otros miembros implicados en el Máster (profesorado, egresados, personal de apoyo, empleadores, etc.)

ANEXO 7

Propuesta de medidas retrospectivas (en relación al análisis de lo acontecido en el pasado) y prospectivas (en relación a la previsión de futuro) basadas en el informe final de la Fundación madridmasd y los comentarios de la memoria anual de seguimiento del curso 2015-16 de la Oficina para la Calidad de la UCM.

a. Propuestas retrospectivas (mirando hacia el pasado)

Con vistas a mejorar algunas indeterminaciones o aspectos comentados en el informe final de la Fundación madridmasd y retomando comentarios de la memoria anual de seguimiento 2015-16 de la Oficina para la Calidad de la UCM, se plantean las siguientes estrategias:

- Establecer un sistema de evaluación y garantizar su uso de modo que permita de manera inequívoca llevar a cabo el Programa de Evaluación Docente (IUCM-7), dada la inexistencia de datos en el 2º, 3º y 4º curso de implantación del Máster tanto en la UAM como en la UVA entre los años 2012 a 2015; en la UAM dicha ausencia de información se prolonga al curso 2015-2016
- Establecer mecanismos para conocer la satisfacción del profesorado (IUCM-14) en la UAM, al no existir datos en los cursos 2013-14, 2014-15 y 2015-16.
- Analizar la carga de trabajo del profesorado, ratios de alumnado, posibles colaboraciones externas en momentos en que se perciban limitaciones de plantilla.
- En general establecer mecanismos paralelos para conocer la satisfacción de los profesores asociados (IUCM-15) dada la inexistencia de datos generalizada, con excepción de la UCM que parece presentar datos el curso 2015-16.
- Unificar el sistema de obtención de indicadores ICM-1, ICM-2 e ICM-3 para el análisis de los resultados académicos en las tres universidades, dada la dificultad de su disponibilidad, según se menciona en el punto 2.1 de la memoria anual del SGIC.
- Evaluar los márgenes de cobertura de plazas de cada Universidad en función de la demanda y establecer excedentes de cupo para las plazas vacantes.
- Establecer vías de diálogo y foros de discusión entre iguales sobre las prácticas (en el punto 3.3 del SGIC se alude a la falta de datos de satisfacción en la UAM) y difundir los resultados de la evaluación aportados por los tutores de los centros de prácticas sin nominalizarse.
- Favorecer la colaboración de arteterapeutas en los centros de prácticas, bien remunerada o de forma voluntaria, para dar a conocer los beneficios de la disciplina a fin de llenar el vacío de conocimiento sobre la práctica existente.
- Unificar en todas las universidades las preguntas para conocer la satisfacción de los colectivos implicados (en el punto 3.5 del SGIC se alude a la irregularidad de los datos y sus diferencias que dificulta el análisis de los resultados).

- Establecer vías de comunicación fluidas y mantener contacto con el alumnado egresado de promociones anteriores para conocer sus colocaciones laborales y posterior desarrollo profesional.
- Gestionar becas para programas de investigación, con objeto de delinear posibles salidas profesionales de carácter investigador.
- Potenciar las movilidades de alumnos y evaluar la satisfacción con la oferta de las mismas.
- Unificar la gestión de las webs para homogeneizar la información.

b. Propuestas prospectivas (mirando hacia el futuro).

En aras a establecer las bases para una práctica profesional de calidad creemos conveniente desde las instituciones educativas que se favorezcan “puentes” con otros países en los que la arteterapia está plenamente reconocida.

Gestionar convenios con Facultades extranjeras requiere un esfuerzo grande de coordinación, organización, adaptación y compatibilización de estudios.

Conscientes de la dificultad que ello entrañaría a una plantilla de profesores cuya dedicación es incuestionable, se plantea en este estudio delegar la gestión a otros departamentos. En concreto, el **SEPIE** (Servicio Español para la Internacionalización de la Educación), que es el Organismo Autónomo, dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte que actúa como Agencia Nacional para la gestión, difusión, promoción y estudios de impacto del programa Erasmus+ coordina desde el año 2014 con gran éxito todo tipo de movilidades tanto de estudiantes como de prácticas profesionales en el extranjero. Existen incluso iniciativas para movilidad del profesorado que podrían servir para conocer la forma en que se transmiten los conocimientos en Facultades de países como Suiza, Inglaterra, Italia, Alemania, Australia, Irlanda... con una mayor tradición docente en el campo de la arteterapia.

Erasmus cuenta con un amplio recorrido en el campo de la educación; comenzó en el año 1987 y actualmente se lleva a cabo por medio de Erasmus+ habiendo incrementado en este su tercer año del período 2014-2020 su financiación en casi un 30% del presupuesto anterior. Es, por tanto, una oportunidad que se brinda para establecer lazos formativos con otras instituciones y globalizar el conocimiento. Abarca intercambios en educación escolar y de adultos, formación y prácticas profesionales, posibilitando períodos de observación y estancias en organizaciones extranjeras para fomentar el aprendizaje tanto formal como no formal de jóvenes que quieren incorporarse al mercado laboral.

ANEXO 8: ¿En qué consiste ERASMUS+? Un programa con 30 años de historia.

Información extraída de www.erasmusplus.gob.es y www.sepie.es

¿A quién va dirigido el programa Erasmus+?

1.- A particulares: jóvenes, estudiantes, personas adultas, profesorado, formadores, voluntarios, trabajadores en el ámbito de la juventud.

- Ayuda a los jóvenes a ampliar sus horizontes: estudios, prácticas de trabajo, formación, voluntariado e intercambios juveniles en otros países.
- Profesorado y trabajadores en el ámbito de la juventud pueden disfrutar de una estancia profesional en otro país, ofreciéndoles la posibilidad de explorar nuevas formas de trabajo y aprender de sus compañeros.

2.- A organizaciones: colegios, institutos, universidades, instituciones de educación y formación, empresas, organizaciones juveniles, clubes y federaciones deportivas.

- Ofrece a las organizaciones la posibilidad de establecer y desarrollar asociaciones internacionales que amplíen las oportunidades de sus estudiantes y personal y que fomenten las reformas.
- Los proyectos Erasmus+ contribuyen a crear oportunidades que promueven el crecimiento económico, la creación de empleo y la inclusión social.

Beneficios que aporta el programa Erasmus+.

Ayuda a la inserción laboral de los jóvenes:

- Aumenta la empleabilidad de los jóvenes, permitiéndoles mejorar sus habilidades, su experiencia y reforzando la confianza en sí mismos (1 de cada 3 estudiantes en prácticas consigue un puesto de trabajo en la empresa en la que realizó sus prácticas Erasmus+).

Construye el sentimiento de ciudadanía europea:

- Acerca a los europeos para que aprendan, trabajen y cooperen juntos, animando a la participación activa en la sociedad (el 83% de los estudiantes que han participado en movildades de Educación Superior manifiestan que su sentimiento de ciudadanía europea ha aumentado tras realizar un periodo de estudios en el extranjero).

Promueve la inclusión social:

- El programa es para todos, ofreciendo financiación y apoyo adicional a personas de entornos desfavorecidos y a inmigrantes (Entre los participantes jóvenes, un tercio son jóvenes con menos oportunidades).

Facilita la libre circulación de las personas:

- Ayuda a las personas a desarrollar una perspectiva internacional (Después de una experiencia Erasmus+ se sienten más motivados para viajar al extranjero para estudiar, realizar prácticas, voluntariado o para trabajar, y las empresas en todo el mundo aprecian esta experiencia internacional).

ANEXO 9: Países participantes en el programa Erasmus+

(Información extraída de la web del programa http://erasmusplus.injuve.es/programa/presentacion/paises.html?_locale=es)

 Alemania	 Francia	
 Austria	 Grecia	 Países Bajos
 Bélgica	 Hungría	 Polonia
 Bulgaria	 Irlanda	 Portugal
 Chipre	 Islandia	 Reino Unido
 Croacia	 Italia	 República Checa
 Dinamarca	 Letonia	 Rumanía
 Eslovaquia	 Lituania	 Suecia
 Eslovenia	 Malta	 Suiza
 Estonia	 Noruega	 Turquía
 Finlandia		

ANEXO 10. Listado de Universidades en los que se imparte la titulación de Arteterapia

Europa

PAÍS	UNIVERSIDAD	SITIO WEB
BÉLGICA	Artevelde University College, Ghent	https://www.arteveldehogeschool.be/
ESTONIA	University of Tallin	www.tlu.ee/et/kunstimeinstituut/kunstiteraapiate-osakond
FINLANDIA	Satakunta University of Applied Sciences	www.samk.fi
FRANCIA	Université Paris Descartes	http://formations.parisdescartes.fr/fr-FR/diplomes/TI-ma
FRANCIA	Universités Sorbonne Paris Cité	http://formations.parisdescartes.fr/fr-FR/diplomes/TI-ma
ALEMANIA	FHKT University of Applied Sciences, Nürtingen	www.hkt-nuertingen.de
ALEMANIA	Hochschule für Künste im Sozialen, Ottersberg	www.hks-ottersberg.de
ALEMANIA	MSH Medical School Hamburg	http://www.arts-and-change.de/
ALEMANIA	Weissensee School of Art, Berlin	www.kunsttherapieberlin.de
ALEMANIA	Alfter, Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft	https://www.alanus.edu/
ALEMANIA	Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin	http://www.khsb-berlin.de/
ALEMANIA	Sigmund Freud Privatuniversität Berlin	http://sfu-berlin.de/
ALEMANIA	Hochschule für Bildende Künste Dresden	http://www.hfbk-dresden.de/
ALEMANIA	Akademie der Bildenden Künste München	http://www.adbk.de/de/
ALEMANIA	Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen-Geislingen	https://www.hfwu.de/hfwu-start/
IRLANDA	CIT Crawford College of Art & Design, Cork	www.artincontext.eu
DINAMARCA	Stenden Hogeschool, Leeuwarden	www.stenden.com
DINAMARCA	Hogeschool Leiden, University of Applied Sciences, Leiden	www.hsleiden.nl
DINAMARCA	HAN University of Applied Sciences, Nijmegen	www.han.nl
DINAMARCA	Hogeschool Amersfoort, University of Applied Sciences, ISW, Utrecht	www.hu.nl
DINAMARCA	University of Applied Sciences, Zuyd	http://creativetherapie.hszuyd.nl/
NORUEGA	Oslo and Akershus University College of Applied Sciences	www.hio.no
RUSIA	State Academy of Post-Graduate Pedagogical Training, St. Petersburg	http://www.spbappo.ru/
RUSIA	Art Therapy in Education, Medicine and Social Sphere	http://www.spbappo.ru/
RUSIA	The Institute of Practical Psychology, "Imaton", St. Petersburg	http://www.imaton.ru/
ESPAÑA	Universidad Complutense de Madrid, Madrid	www.ucm.es
SUECIA	Degree of master of medical science. Umeå University, Umeå.	www.umu.se
REINO UNIDO	University of Chester	www.chester.ac.uk
REINO UNIDO	Derby University	www.derby.ac.uk
REINO UNIDO	Goldsmiths University of London	www.gold.ac.uk
REINO UNIDO	Hertfordshire University	www.herts.ac.uk
REINO UNIDO	Institute of Arts in Therapy and Education, London	www.artpsycho-therapy.org

Cuadro extraído a partir de la investigación sobre contextos internacionales de educación terciaria en terapias expresivas del proyecto TERA publicado por Ivana Listiaková, 2005.

Recuperado de <http://bit.ly/2qjbS4p>

ANEXO 11

Oferta de estudios de arteterapia aprobados en el panel de programas educativos (EPAB-Educational Program Approval Board) validados por la Asociación Americana de Arteterapeutas (AATA)

California	<p>Loyola Marymount University</p> <p>Contact: Debra Linesch, PhD</p> <p>Website: http://www.lmu.edumft</p> <p>Initial Approval Program: 1979</p>
California	<p>Notre Dame de Namur University</p> <p>1500 Ralston Avenue Belmont, CA 94002</p> <p>Contact: Dr. Richard Carolan, EdD</p> <p>Website: http://www.ndnu.edu/academics/schools-programs/school-sciences/art-therapy-psychology.aspx</p> <p>Initial Approval Program: 1986</p>
California	<p>Phillips Graduate University</p> <p>Contact: Erin King-West</p> <p>Website: http://www.pgu.edu/ma-in-psychology-marriage-and-family-therapy-art-therapy-overview.html</p> <p>Initial Approval Program: 2003</p>
Colorado	<p>Naropa University</p> <p>Contact: Michael A. Franklin, PhD</p> <p>Website: http://www.naropa.edu/academics/masters/clinical-mental-health-counseling/art-therapy/index.php</p> <p>Initial Approval Program: 1998</p>
Connecticut	<p>Albertus Magnus College</p>

	<p>Contact: Abbe Miller</p> <p>Website: http://www.albertus.edu/graduate-degrees/graduate-degree-programs/art-therapy/</p> <p>Initial Approval Program: 2003</p>
District of Columbia	<p>The George Washington University</p> <p>Contact: Heidi Bardot</p> <p>Website: http://arttherapy.columbian.gwu.edu/</p> <p>Initial Approval Program: 1979</p>
Florida	<p>Florida State University</p> <p>Contact: Barbara Parker-Bell</p> <p>Website: http://www.arted.fsu.edu/</p> <p>Initial Approval Program: 2003</p>
Illinois	<p>Adler University</p> <p>Contact: Dr. Jennifer La Civita</p> <p>Website: http://www.adler.edu/page/areas-of-study/chicago/art-therapy/overview</p> <p>Initial Approval Program: 1999</p>
Illinois	<p>School of the Art Institute of Chicago</p> <p>Contact: Cathy Moon</p> <p>Website: http://www.saic.edu/academics/graduatedegrees/maatc/</p> <p>Initial Approval Program: 1989</p>

Illinois	<p>Southern Illinois University at Edwardsville</p> <p>Contact: Shelly Goebel-Parker</p> <p>Website: http://www.siu.edu/artsandsciences/art/arttherapy/</p> <p>Initial Approval Program: 1992</p>
Indiana	<p>Saint Mary-of-the-Woods College</p> <p>Contact: Jill McNutt</p> <p>Website: http://www.smwc.edu/graduate/maat/</p> <p>Initial Approval Program: 2011</p>
Kansas	<p>Emporia State University</p> <p>Contact: Gaelynn Wolf Bordonaro</p> <p>Website: http://www.emporia.edu/ce/art-therapy/</p> <p>Initial Approval Program: 1991</p>
Kentucky	<p>University of Louisville</p> <p>Contact: Dr. Eileen Estes</p> <p>Website: http://www.louisville.edu/edu/ecpy/et/et.html</p> <p>Initial Approval Program: 1981</p>
Massachusetts	<p>Lesley University</p> <p>Contact: Raquel Stephenson</p> <p>Website: http://www.lesley.edu/master-of-arts/expressive-therapies/art-therapy/mental-health-counseling/?terms=art%20therapy</p> <p>Initial Approval Program: 1982</p>
Massachusetts	<p>Springfield College</p> <p>Contact: Simone Alter-Muri</p> <p>Website: http://www.springfieldcollege.edu/academic-programs/visual-and-performing-arts-vapa/art-therapy/index#.UzL9RiifuME</p> <p>Initial Approval Program: 1998</p>

Michigan	<p>Wayne State University</p> <p>Contact: Holly Feen Calligan</p> <p>Website: http://coe.wayne.edu/ted/art-therapy/</p> <p>Initial Approval Program2: 2008</p>
Minnesota	<p>Adler Graduate School</p> <p>Contact: Craig Balfany</p> <p>Website: http://www.alfredadler.edu/programs/masters/art-therapy</p> <p>Initial Approval Program: 2012</p>
New Jersey	<p>Caldwell University Contact: Marie Wilson</p> <p>Website: http://www.caldwell.edu/graduate/grad-academic-programs/psychology-and-counseling/ma-counsel-art</p> <p>Initial Approval Program: 2006</p>
New Mexico	<p>Southwestern College</p> <p>Contact: Deborah Schroder</p> <p>Website: https://www.swc.edu/degree-program-intro/ma-in-art-therapycounseling/</p> <p>Initial Approval Program: 1998</p>
New York	<p>College of New Rochelle</p> <p>Contact: Patricia St. John</p> <p>Website: https://www.cnr.edu/GraduateSchool/ArtTherapyArtCounseling</p> <p>Initial Approval Program: 1984</p>
New York	<p>Hofstra University</p> <p>Contact: Joan Bloomgarden</p> <p>Website: http://www.hofstra.edu/academics/colleges/healthscienceshumanservices/MACAT/index.html</p> <p>Initial Approval Program: 1984</p>

New York	<p>Long Island University - Post Campus</p> <p>Contact: SeungYeon Lee</p> <p>Website:http://www.liu.edu/CWPost/Academics/Schools/SVPA/Dept/Art/Graduate-Programs/MA-Art-Therapy-Counseling</p> <p>Initial Approval Program: 1996</p>
New York	<p>Nazareth College of Rochester</p> <p>Contact: Renee van der Vennet</p> <p>Website:http://www.naz.edu/dept/creativearts_therapy/</p> <p>Initial Approval Program: 1992</p>
New York	<p>New York University</p> <p>Contact: Ikuko Acosta</p> <p>Website: http://steinhardt.nyu.edu/art/therapy</p> <p>Initial Approval Program: 1979</p>
New York	<p>Pratt Institute</p> <p>Contact: Dina Schapiro</p> <p>Website: https://www.pratt.edu/academics/school-of-art/graduate-school-of-art/creative-arts-therapy/creative-arts-therapy-degrees/art-therapy-and-creativity-development-mps</p> <p>Initial Approval Program: Initial Approval 1980</p>
New York	<p>School of Visual Arts</p> <p>Contact: Deborah Farber</p> <p>Website: http://www.sva.edu/graduate/mps-art-therapy</p> <p>Initial Approval Program: 2007</p>
Ohio	<p>Ursuline College</p> <p>Contact: Gail Rule-Hoffman</p> <p>Website:https://www.ursuline.edu/Academics/Graduate_Professional/Masters_Programs/Art/index.html</p> <p>Initial Approval Program: 1992</p>

Oregon	<p>Marylhurst University</p> <p>Contact: Mary Andrus</p> <p>Website: http://www.marylhurst.edu/degrees-and-programs/masters-degrees/ma-in-art-therapy-counseling/</p> <p>Initial Approval Program: 1991</p>
Pennsylvania	<p>Drexel University</p> <p>Contact: Natalie Carlton</p> <p>Coordinator, kristen.scotton@drexel.edu</p> <p>Website: http://www.drexel.edu/artsTherapies/programs/artTherapy/</p> <p>Initial Approval Program: 1979</p>
Pennsylvania	<p>Marywood University</p> <p>Contact: Stephanie Wise</p> <p>Website:</p> <p>http://www.marywood.edu/art/undergraduate-programs/art-therapy.html</p> <p>Initial Approval Program: 1986</p>
Pennsylvania	<p>Seton Hill University</p> <p>Contact: Dana Elmendorf</p> <p>Website:</p> <p>http://www.setonhill.edu/academics/graduate_programs/art_therapy</p> <p>Initial Approval Program: 2000</p>
Virginia	<p>Eastern Virginia Medical School</p> <p>Contact: Mary Roberts Graduate Art Therapy & Counseling Program</p> <p>Website: http://www.evms.edu/education/masters_programs/art_therapy_counseling_program/</p> <p>Initial Approval Program: 1984</p>

Washington	<p>Antioch University-Seattle</p> <p>Contact: Janice Hoshino</p> <p>Website: http://www.antiochseattle.edu/academics/ma-counseling-family-therapy/art-therapy/</p> <p>Initial Approval Program: 2003</p>
Wisconsin	<p>Mount Mary University</p> <p>Website: http://mtmary.edu/majors-programs/graduate/art-therapy/index.html/graduate.htm</p> <p>Initial Approval Program: 1995</p>

Canada	<p>Concordia University</p> <p>Contact: Mary Rawlins</p> <p>Website: http://www.concordia.ca/finearts/creative-arts-therapies/programs/art-therapy-ma.html</p> <p>Initial Approval Program: 1987</p>
---------------	--

ANEXO 12: Listado de arteterapeutas afiliados a la FEAPA encuestados para este estudio.

Estado	Nombre		
1 ENVIADO	Mónica Cury Abril	22 DEVUELTO	Edmundo Santos Ferreira
2 ENVIADO	Marina Ojeda	23 DEVUELTO	Pilar Orgillés
3 ENVIADO	Viviana Rodríguez	24 ENVIADO	Agnés Capel
4 ENVIADO	Elena García	25 ENVIADO	Rosa Barquero
5 ENVIADO	Ana Serrano Navarro	26 ENVIADO	Iratxe Caño Esteban
6 ENVIADO	Jose Antonio Rodríguez Machado	27 ENVIADO	Susana Corbella
7 ENVIADO	Araceli Guiote González	28 ENVIADO	Rosario Sánchez Granada
8 ENVIADO	Ma Carmen Delgado Morán	29 ENVIADO	Montse Omenat García
9 ENVIADO	Silvia Castañé Ortiz	30 ENVIADO	Anna Buxaderas Arnau
10 ENVIADO	Ma Antonia Hidalgo	31 ENVIADO	Marta Canellas Crusellas
11 ENVIADO	Inmaculada Rodríguez Cambronero	32 ENVIADO	Isabel Carpio Juan
12 ENVIADO	Eva Cristina Mesas Escobar	33 ENVIADO	Gema García Porras
13 ENVIADO	Francisco Coll Espinosa	34 ENVIADO	Sibylle Cseri
14 ENVIADO	Raquel García Casasola	35 ENVIADO	Silvia Gutiérrez López
15 ENVIADO	Mercedes García Motos	36 ENVIADO	Miquel Izuel Currià
16 ENVIADO	Ana Gómez Molina	37 ENVIADO	Teresa Jordán
17 ENVIADO	Alicia Expósito Comino	38 ENVIADO	Isabel Miquel Rodríguez
18 ENVIADO	José Luis Trujillo Valdivia	39 DEVUELTO	Montse Montané
19 ENVIADO	Ma Ángeles Herrero	40 ENVIADO	Esther Pardo
20 ENVIADO	Sally Schofield	41 ENVIADO	Glòria Payet
21 ENVIADO	José Luis Trujillo Valdivia	42 ENVIADO	Concha Pujol
		43 ENVIADO	Mònica Recio

44	ENVIADO	Ione Rubio	60	DEVUELTO	Ana María González Diz
45	ENVIADO	Ma Rosario Sánchez	61	ENVIADO	Marián López Fernández-Cao
46	ENVIADO	Arturo Solari	62	ENVIADO	Ana Mampaso Martínez
47	ENVIADO	Mónica Sorín	63	ENVIADO	Teresa Pereira Rodríguez
48	DEVUELTO	Rosa Tristán	64	ENVIADO	Inmaculada Reboul Langa
49	ENVIADO	Ana Iribas Rudín	65	ENVIADO	Elena Rodríguez
50	DEVUELTO	Carlos olavarría García Perrote	66	ENVIADO	Emma Garay
51	ENVIADO	Carmen Menéndez Pérez	67	ENVIADO	María Llanos Alonso Borso
52	ENVIADO	Leonor Uriarte González	68	ENVIADO	Loli Miguel Serrano
53	ENVIADO	Ma Olga Rueda Cuenca	69	ENVIADO	Ana Hernández Merino
54	ENVIADO	Nuria Rivas Fernández	70	ENVIADO	Jaime Ochoa Escanciano
55	ENVIADO	Mar Cobos	71	ENVIADO	Pilar Ascaso Palacín
56	ENVIADO	Juana Alba Delgado	72	ENVIADO	Lourdes Ponsetí Pons
57	ENVIADO	Carmen Fajardo	73	DEVUELTO	Anouk Smith
58	ENVIADO	Ma Ángeles Alonso Garrido	74	ENVIADO	Rosa Mesa
59	ENVIADO	Alicia Borges Trujillo			

En la columna de "estado" se indican aquellos arteterapeutas a los que se ha enviado la encuesta para profesionales para valorar su opinión sobre la arteterapia como PBE

ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES Y GRADUADOS

Arteterapia: ¿práctica basada en la evidencia?

Los datos recogidos en este cuestionario serán tratados confidencialmente, respetando el anonimato de los mismos, siendo tratados únicamente para el ámbito de la investigación con el solo propósito de contrastar la hipótesis de trabajo investigada; no serán, por tanto, difundidos por internet ni en ningún medio de difusión de acceso público en modo alguno.

Esta encuesta pretende conocer el grado de familiaridad que tienen los estudiantes del Máster de Arteterapia con el concepto de práctica basada en la evidencia, así como su visión sobre la consideración de la arteterapia como práctica basada en la evidencia.

Presentación de la encuesta.

Estimados compañeros:

Para el estudio del tema de investigación (Arteterapia como práctica basada en la evidencia), se proponen dos vías posibles de participación:

1. La primera es contestando sencillamente a las dos preguntas de este cuestionario, para extraer datos estadísticos sobre el grado de familiaridad del alumnado con el planteamiento teórico.
2. La segunda manera sería también dando respuesta a las dos preguntas planteadas, pero en lugar de hacerlo de modo escrito, se aplicarían métodos más visuales. Se pide para ello enviar 2 fotografías de la persona encuestada, expresando mediante gestos o mímica facial la cara o postura que espontáneamente le sugieren las dos preguntas. El objetivo de esta otra forma de participación es crear un-álbum con fotografías de los participantes para presentar al Tribunal de un modo más visual las reacciones del alumnado ante el tema de investigación.

Si decidís participar en la opción 2 podéis enviar las dos fotografías numeradas con los números 1 y 2 al email porquetodoesquerer@gmail.com.

Las fotografías no se difundirán por medios electrónicos ni irán incluidas en los anexos del TFM, pero sí se mostrarán en la presentación, a efectos exclusivamente didácticos. Podéis participar solo en la 1ª parte, en la 2ª, en las dos partes o en ninguna.

1.- ¿Te es familiar el término práctica basada en la evidencia?

- Por supuesto
- Sí, bastante
- Algo, pero no mucho, la verdad
- Sinceramente, no

2.- ¿Crees que la arteterapia puede considerarse una práctica basada en la evidencia?

- Sí, lo creo
- Probablemente sí
- Tengo mis dudas
- No, en absoluto

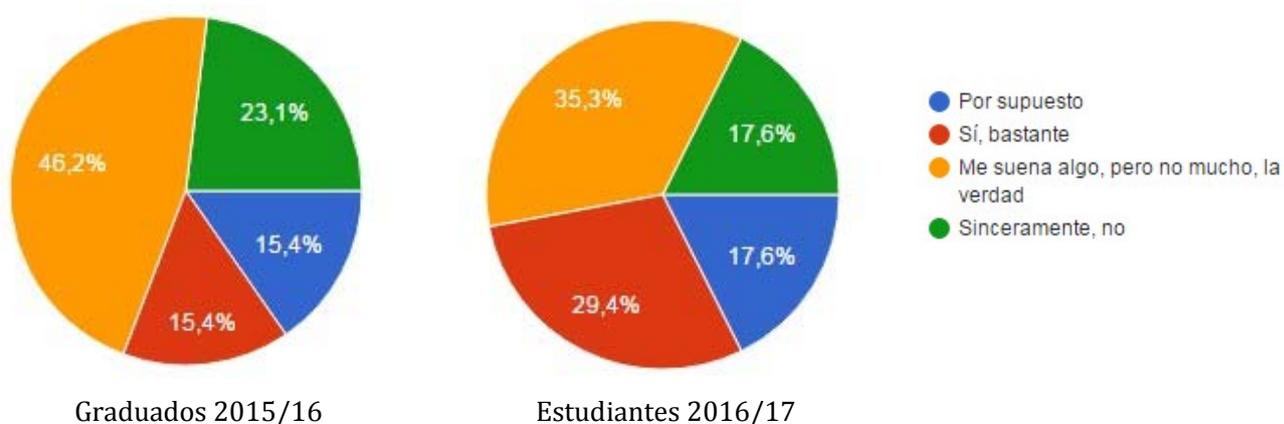
Muchísimas gracias por su atenta colaboración

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A ESTUDIANTES Y GRADUADOS *Arteterapia: ¿práctica basada en la evidencia?*

1.- ¿Te es familiar el término práctica basada en la evidencia?

De las gráficas se desprende que existe un porcentaje aproximado de más de la mitad de los alumnos encuestados (entre 50 y 60%) que no conocen el término PBE o lo conocen poco:

- Entre los graduados de la promoción 2016/17 dicho porcentaje asciende a **69,3 %**
- Entre los estudiantes de la promoción 2016/17 el porcentaje asciende a **52,9 %**



Contestación a la pregunta 1: ¿Conoce el término PBE?	(1) Por supuesto	(2) Sí, bastante	(3) Algo	(4) No
Graduados (13)	2 15%	2 15%	6 47%	3 23%
Estudiantes 2016-17 (17)	3 18%	5 28%	6 36%	3 18%
Total (30)	5 16%	7 24%	12 40%	6 20%

2.- ¿Crees que la arteterapia puede considerarse una práctica basada en la evidencia?

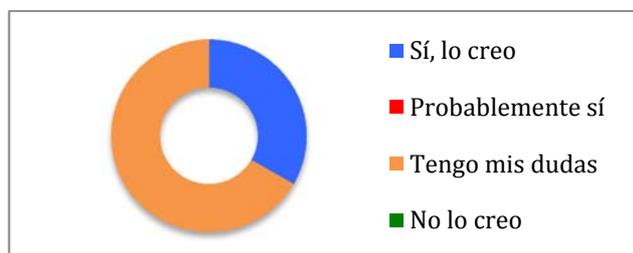
Con objeto de tener una visión más pormenorizada de las respuestas dadas a esta segunda pregunta, hemos desglosado las contestaciones que han dado los estudiantes y graduados, dependiendo de si conocen mucho, bastante, poco o nada el concepto de práctica basada en la evidencia, pues no tendría sentido, de otra manera, conocer la opinión a esta pregunta si el encuestado no tiene cierta seguridad sobre el significado de PBE:

Nos interesa para esta contestación especialmente la opinión de los alumnos que contestaron en la columna (1) y (2) – esto es, que conocen mucho o bastante la PBE – con objeto de conocer cuánta confianza tienen estos alumnos considerar la arteterapia una PBE.

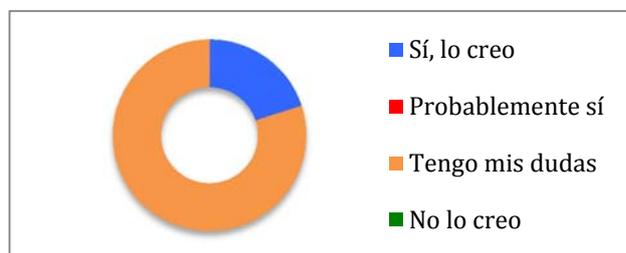
¿Crees que la arteterapia puede considerarse una práctica basada en la evidencia?

Contestaciones de estudiantes promoción 2016/2017

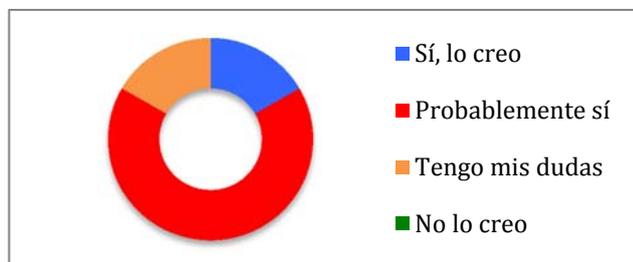
Entre los estudiantes que contestaron a la pregunta 1 “sí, *por supuesto* que sé lo que es la PBE”, éstas fueron las contestaciones:



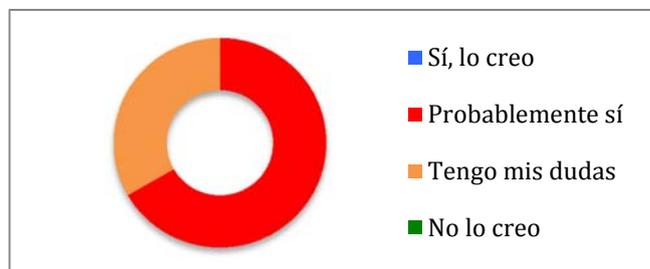
Entre los que contestaron “*conozco bastante* lo que es la PBE”, las contestaciones a la pregunta 2 se distribuyeron así:



Entre los estudiantes que contestaron a la pregunta 1 “*algo, pero no mucho*”, las contestaciones fueron:



Entre los que contestaron “*no conozco* lo que es la PBE”, las contestaciones a la pregunta 2 fueron:



Entre los estudiantes del curso 2016/2017 parece haber cierto grado de escepticismo en considerar la arteterapia una práctica basada en la evidencia:

De los que dijeron sí conocer el término PBE:

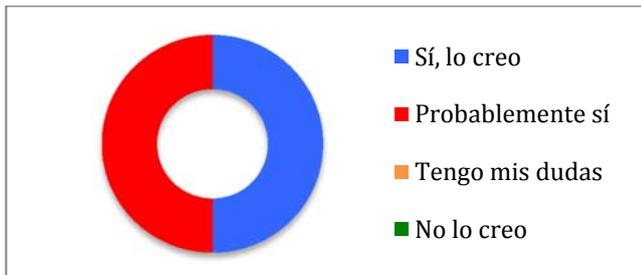
- Solo 1 de cada 3 (33%) consideran que la arteterapia sí puede considerarse una PBE
- 2 de cada 3 (66%) tienen dudas al respecto.

De los que dijeron conocer bastante el término PBE:

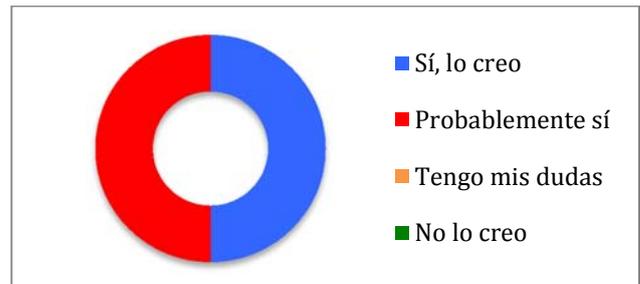
- Sólo 1 de cada 5 (20%) consideran la arteterapia una práctica basada en la evidencia.
- 4 de cada 5 (80%) tienen dudas al respecto.

Contestaciones de graduados promoción 2015/2016

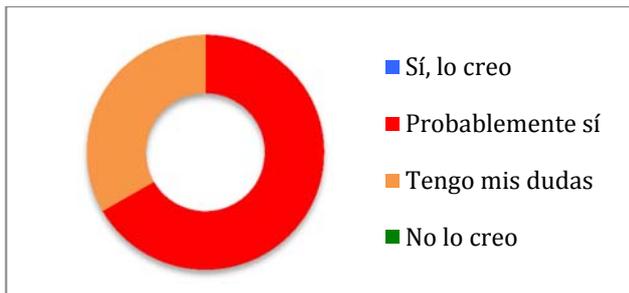
Entre los graduados que contestaron a la pregunta 1 “sí, *por supuesto* que sé lo que es la PBE”, éstas fueron las contestaciones:



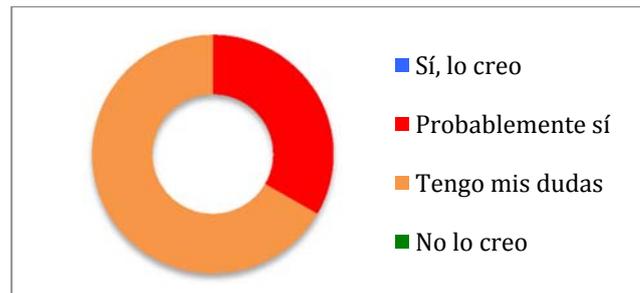
Entre los que contestaron “conozco *bastante* lo que es la PBE”, las contestaciones a la pregunta 2 se distribuyeron así:



Entre los estudiantes que contestaron a la pregunta 1 “algo, pero no mucho”, las contestaciones fueron:



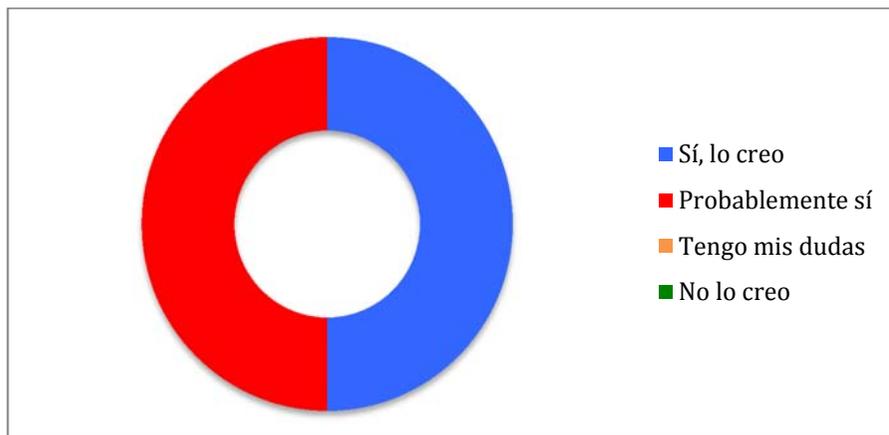
Entre los que contestaron “no conozco lo que es la PBE”, las contestaciones a la pregunta 2 fueron:



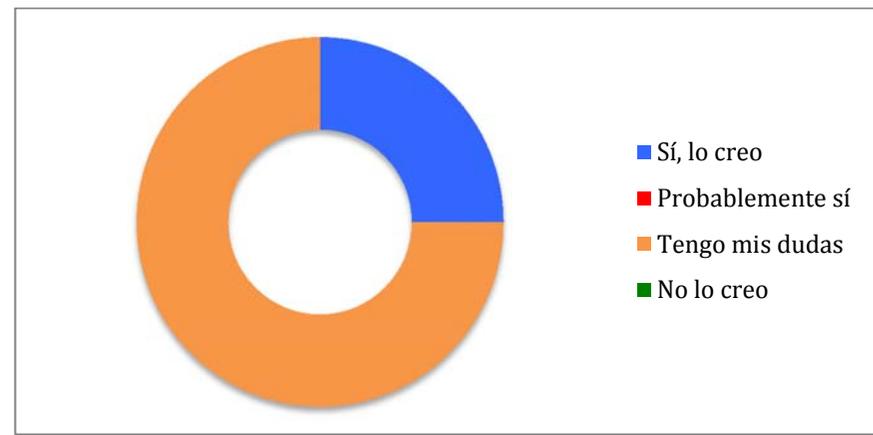
Entre los graduados de la promoción 2015/2016 que sí dicen conocer el término PBE existe un porcentaje mayor de alumnos que creen que la arteterapia puede considerarse una práctica basada en la evidencia:

“La mitad consideran que *sí* podría considerarse o que la consideran *bastante*”.

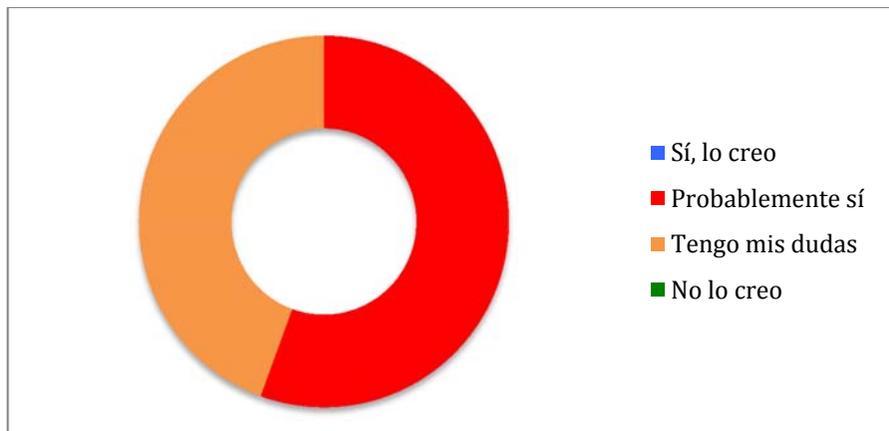
GRADUADOS que consideran la arteterapia como PBE						ESTUDIANTES que consideran la arteterapia como PBE					
PREGUNTA 1	CONTESTACIONES	Sí, lo creo	Probablemente sí	Tengo mis dudas	No lo creo	PREGUNTA 1	CONTESTACIONES	Sí, lo creo	Probablemente sí	Tengo mis dudas	No lo creo
(1) por supuesto	2	1	1	0	0	(1) por supuesto	3	1	0	2	0
(2) sí, bastante	2	1	1	0	0	(2) sí, bastante	5	1	0	4	0
(3) me suena	6	0	4	2	0	(3) me suena	6	1	4	1	0
(4) NO	3	0	1	2	0	(4) NO	3	0	2	1	0
	13	2	7	4	0		17	3	6	8	0
Porcentajes totales		15%	54%	31%	0%	Porcentajes totales		18%	35%	47%	0%
Porcentajes (1) y (2)		50%	50%	0%	0%	Porcentajes (1) y (2)		25%	0%	75%	0%
Porcentajes (3) y (4)		0%	56%	44%	0%	Porcentajes (3) y (4)		22%	44%	56%	0%



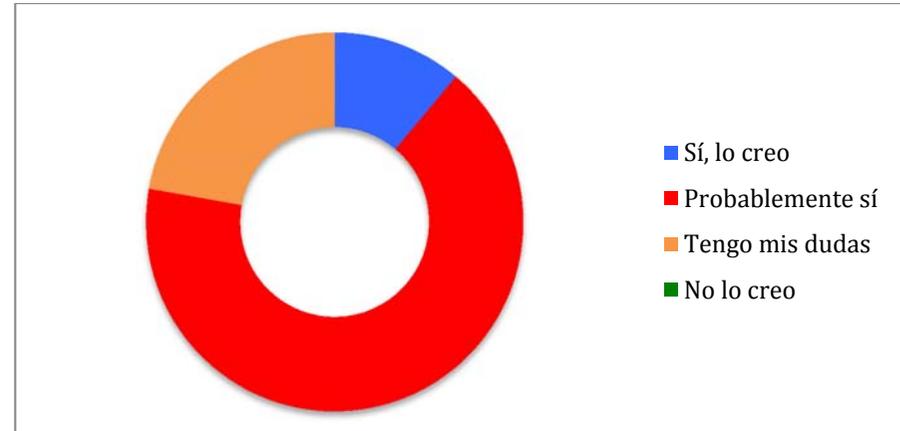
GRADUADOS: Confianza en arteterapia (1) y (2)



ESTUDIANTES: Confianza en arteterapia (1) y (2)



GRADUADOS: Confianza en arteterapia (3) y (4)



ESTUDIANTES: Confianza en arteterapia (3) y (4)

ENCUESTA PARA ARTETERAPEUTAS

Arteterapia: ¿práctica basada en la evidencia?

Los datos recogidos en este cuestionario serán tratados confidencialmente, respetando el anonimato de los mismos, siendo tratados únicamente para el ámbito de la investigación con el solo propósito de contrastar la hipótesis de trabajo investigada; no serán, por tanto, difundidos por internet ni en ningún medio de difusión de acceso público en modo alguno.

La finalidad de este cuestionario es realizar un trabajo de investigación sobre la práctica de la arteterapia basada en la evidencia. Agradeceríamos participasen contestando a las siguientes preguntas:

Información sobre la persona encuestada:

1. ¿Cuál es su relación con la arteterapia? _____
2. ¿Podría indicarnos su formación previa? _____
3. ¿Cuántos años de experiencia tiene en el campo? _____
4. ¿De qué manera desarrolla su ejercicio profesional dentro del campo?
 - En una institución pública
 - En una institución privada
 - De manera independiente
 - Otros. Ejemplo: _____
5. ¿Considera importante que la arteterapia como profesión sea reconocida oficialmente? _____
 - 5.1 Nombre alguna iniciativa que crea pueda contribuir a consolidar el reconocimiento de la disciplina

Información sobre la forma de trabajo:

6. ¿Podría describirnos cómo es su práctica habitual al realizar una intervención como arteterapeuta?
(Institución en la que colabora, tipo y forma de colaboración, etc.)

7. ¿Podría indicar tres rasgos que, en su opinión, sean específicos de la práctica arteterapéutica? _____
8. ¿Consulta alguna documentación concreta sobre los casos de las personas con quien trabaja? ____ En caso afirmativo, ¿qué tipo de información?
9. ¿Se fija unos objetivos concretos al comenzar una intervención? ____ En caso afirmativo, escriba algún ejemplo. ¿Cómo logra alcanzar tal objetivo?
10. ¿Realiza algún registro o toma notas de lo sucedido en las sesiones? ____ ¿De qué manera?

11. ¿Reflexiona sobre cómo afecta su forma de trabajar a los usuarios del programa?

12. ¿Contrasta sus notas o apuntes con otros profesionales para ampliar o consensuar información? _____

13. ¿Realiza supervisiones para comentar lo ocurrido a lo largo de las sesiones que imparte? ¿Con qué frecuencia? _____

14. Elija tres aspectos fundamentales en un proceso de arteterapia que considere pueden ser evaluados para garantizar la eficacia del proceso:

Opinión sobre la práctica basada en la evidencia:

15. ¿Cree que sería posible encontrar parámetros medibles que permitan hablar, en general, de un tratamiento más o menos efectivo? ¿Por qué?

16. Rellene como estime oportuno: La Arteterapia ____ ser validada mediante evidencias científicas.

- puede
- a menudo puede
- rara vez puede
- no puede

17. La Arteterapia y la práctica basada en la evidencia _____ en los diferentes tipos de intervención.

- se pueden integrar con facilidad
- es posible integrarlas si se tienen en cuenta consideraciones específicas
- presentan dificultades para ser integradas
- no se pueden nunca integrar

18. Cuando piensa en el término "práctica basada en la evidencia" y su aplicación en la Arteterapia. ¿Qué sentimientos percibe? _____

19. ¿Conoce cómo ha sido en otros países que han reconocido la Arteterapia el proceso de reconocimiento de la disciplina?

- Sí
- Bastante
- Algo
- No

Muchísimas gracias por su atenta colaboración

ANEXO 15: Ejemplos de buenas prácticas basados en PBE

Se presentan dos ejemplos de buenas prácticas a nivel educativo y profesional en los Estados Unidos destacables por su encomiable esfuerzo por delimitar indicadores claros para establecer criterios de evidencia en la práctica arteterapéutica.

1. A nivel educativo:

Las directrices y estándares para la acreditación de programas educativos en Arteterapia que propone la Comisión de acreditación de programas educativos ligados a la salud (CAAHEP³ – Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs) han servido en los últimos años para afianzar nuevas profesiones, hasta ahora no institucionalizadas, permitiendo su consolidación y reconocimiento como enseñanzas regladas en ámbitos universitarios. Se trata, sin duda, de un primer paso para popularizar a nivel social las diferentes disciplinas y adaptar las necesidades siempre cambiantes de la sociedad a nuevas formas de conocimiento. Entre estas profesiones, destacamos la arteterapia:

LISTADO DE NUEVAS PROFESIONES RECONOCIDAS¹

- Advanced Cardiovascular Sonography
- Anesthesia Technology
- Anesthesiologist Assistant (effective 1/1/17) **New!**
- Anesthesiologist Assistant (effective 12/31/16)
- **Art Therapy New!**
- Assistive Technology **New!**
- Cardiovascular Technology
- Clinical Research Professional (effective 9/1/17) **New!**
- Cytotechnology
- Diagnostic Medical Sonography
- Emergency Medical Services - Paramedic (effective 1/1/16)
- Emergency Medical Services - Paramedic (effective 12/31/15)
- Exercise Physiology (effective 1/19/17) **New!**
- Exercise Physiology (effective 1/18/17)
- Exercise Sciences (effective 1/19/17) **New!**
- Exercise Sciences (effective through 1/18/17)
- Intraoperative Neurophysiologic Monitoring
- Kinesiotherapy
- Lactation
- Medical Assisting
- Medical Illustrator
- Medical Scribe Specialist **New Appendix B!**
- Neurodiagnostic Technology
- Orthotic and Prosthetic Assistant - **coming soon!**
- Orthotic and Prosthetic Technician
- Orthotist/Prosthetist
- Pedorthist - **coming soon!**
- Perfusion
- Personal Fitness Training
- Polysomnographic Technology
- Recreational Therapy (effective July 1, 2017) **New!**
- Recreational Therapy (effective June 30, 2017)
- Specialist in Blood Banking Technology/Transfusion Medicine
- Surgical Assistant
- Surgical Technology

¹ Extraído de la página web <http://www.caahep.org/Program-Directors/Standards.aspx>

El currículum del programa de aprendizaje de las Facultades donde se imparte la Arteterapia como educación formal publicó los estándares de aprendizajes revisados en 2016, acordados por la ACATE (Consejo Educativo de Asociaciones Americanas Acreditadas para la Educación en Arteterapia²) y la CAAHEP (Comisión para la Acreditación de Programas Educativos ligados a la Salud³). En el Apéndice B de estas directrices, se contemplan las competencias básicas que los estudiantes deben adquirir en su formación, tanto en relación a sus conocimientos, como habilidades como su actitud. Se establecen 15 aspectos que determinan los resultados de aprendizaje en diferentes áreas de contenido. Educadores, estudiantes y profesionales de la arteterapia de la AATA, de común acuerdo, elaboraron durante el 2015 estos indicadores. Para más información, pueden consultar la web <http://www.caahep.org/CAAHEP/media/CAAHEP-Documents/ArtTherapyStandards.pdf>:

**Áreas de contenido evaluables para analizar
las competencias desarrolladas por los estudiantes.**

- | | |
|--|---|
| a) Historia y teoría de la arteterapia. | h) Crecimiento humano y desarrollo. |
| b) Orientación profesional, éticas y cuestiones legales. | i) Relaciones de ayuda y su aplicación. |
| c) Materiales y técnicas de la práctica arteterapéutica. | j) Psicopatología y diagnóstico. |
| d) Creatividad, simbolismo y metáfora. | k) Teorías psicológicas y de apoyo. |
| e) Grupos de trabajo. | l) Investigación. |
| f) Evaluación en arteterapia. | m) Cuestiones culturales y sociales. |
| g) Tesis y proyecto final. | n) Estudio artístico. |
| | o) Desarrollo profesional. |

Los programas avalados por la CAAHEP son revisados cada 10 años. Cualquier Facultad que desee ser aceptada dentro de los estándares de calidad propuesto por la CAAHEP puede presentar su candidatura en los meses de Enero, Marzo, Mayo, Julio, Septiembre o Noviembre. Las tasas de tramitación ascienden a 550\$ y los beneficios que se mencionan para la Institución cuyo programa educativo es validado van desde la acreditación de los procesos, el mantenimiento del currículum educativo, la posibilidad de los graduados de obtener una certificación por sus exámenes, así como la seguridad de haber recibido una formación de calidad que les posibilita la obtención de empleo, una vez finalizados los estudios. Para la Universidad la obtención de la certificación CAAHEP es, además, un excelente reclamo de marketing.

² Traducción por el autor de "American Art Therapy Association Accreditation Council for Art Therapy Education"

³ Traducción por el autor de "Commission on Accreditation of Allied Health Education Programs"

2. A nivel profesional:

La AATA mantiene, a su vez, tal como ya hemos mencionado un Panel de Arteterapeutas Acreditados (ATCB) que puede consultarse en <https://www.atcb.org/Home/Board>

Existen, básicamente, tres categorías:

- Arteterapeutas registrados (ATR: Registered Art Therapist)
- Arteterapeutas certificados en el Panel (ATR-BC: Board Certified Art Therapist)
- Supervisores certificados en Arteterapia (ATCS: Art Therapy Certified Supervisor)

Es necesario aprobar un examen para entrar a formar parte del Panel de Arteterapeutas Certificados. A continuación se presentan los resultados de los candidatos presentados a dicho examen y la tasa de aprobados en los últimos años⁴:

Año	Número total de candidatos examinados	Candidatos presentados para el Panel de AT (ATR-BC)	Tasa de aprobados para el Panel ATR-BC
2013	205	90	81%
2014	286	92	91%
2015	257	143	89%
2016	290	190	86%

Asimismo, la AATA mantiene un seguimiento de la ocupación laboral de los profesionales acreditados, publicando encuestas de análisis de empleo⁵ anualmente.

La AATA demuestra hacer esfuerzos importantes para recabar información actualizada y estudiar la cohesión y tendencias profesionales de la disciplina, como demuestran los cuestionarios online que solicita hacer a los arteterapeutas norteamericanos.

Aconsejamos vivamente la consulta de dichos cuestionarios, disponibles online en [https://www.research.net/r/ATCB Job Analysis](https://www.research.net/r/ATCB_Job_Analysis), para tener una mejor idea del grado de profundización en la recogida de datos.

Por último, nos gustaría llamar la atención sobre un procedimiento de actuación⁶ publicado en la web de AATA, para detectar y denunciar casos de intrusismo profesional, cuando un paciente tiene dudas sobre la representatividad y ética profesional de un practicante. No deja de ser una forma más de proteger la integridad de la profesión y velar por su pervivencia.

⁴ Tabla extraída de la web de CAAHEP <https://www.atcb.org/Examinations/AboutTheATCBE>

⁵ Últimos datos de la encuesta se pueden consultar en <http://bit.ly/2s6CMOY>

⁶ Procedimiento disponible en <https://www.arttherapy.org/upload/HowToProceed.pdf>

FE DE ERRATAS

- **Sobre la metodología de investigación de este estudio:**

Cabe añadir en el apartado 7 de este estudio la metodología aplicada en la investigación, que no está expresamente comentada por estar descrita en el apartado 3.2 (Metodologías de investigación) junto con todas las variantes posibles.

Se han utilizado para este estudio fundamentalmente la **metodología cualitativa**, con objeto de comprender la percepción subjetiva de los procesos que participan en la intervención arteterapéutica para extraer conclusiones que permitan elaborar teorías prácticas sobre la calidad del ejercicio profesional; la población abarca a cualquier profesional de la arteterapia.

Los pasos realizados para el estudio han sido seleccionar la muestra de individuos a los que se haría la encuesta (profesionales ligados al campo de la arteterapia y estudiantes de últimos cursos del Máster MATEAIS), diseñar los cuestionarios (encuestas semiestructuradas), discriminando los datos específicos en cuanto a experiencia profesional, colectivo de intervención, visión de la PBE, forma de intervención, evaluación de procesos, sugerencias para una PBE, etc. (indicadores) y determinar conclusiones a partir de los resultados, en función de las posibles variables.

Es importante destacar la importancia de la recogida de datos que informen sobre las particularidades de los encuestados, a fin de poder estudiar tendencias dependiendo del origen de estudios de los encuestados, de su trayectorias profesional o del campo de intervención en el que desarrollan sus tareas.

Al haberse realizado la encuesta solamente a 13 profesionales y 17 estudiantes, las conclusiones no son concluyentes, como pueden serlo las que se extraen de cuestionarios más completos como los realizados por AATA comentados en el Anexo 15. Sin embargo, las técnicas de análisis utilizadas sí ponen de manifiesto tendencias muy claras como las que se extraen de estudios en mayor profundidad similares a los consultados (CORE, 1998; Bauer, 2015); en concreto se han empleado técnicas cuantitativas para la representación de datos mediante escalas tipo Likert de 2 a 4 variables que indicaban el grado de conocimiento de los estudiantes de la PBE, la importancia de que los profesionales confieran al reconocimiento profesional y la apreciación personal que tienen de la AT como PBE; los resultados a este tipo de preguntas se han representado con diagramas de barras o en sectores, para extraer los

estadísticos pertinentes. Para más información sobre las encuestas pueden consultarse los anexos 13 y 14 con el diseño de los cuestionarios o los links a éstos en el apartado 7.2. Para estudiar la percepción de los profesionales sobre la PBE se emplearon preguntas abiertas y se representaron los resultados en forma de nube de datos, que permiten una visualización general de los resultados más clara a nivel cualitativo.

Como singularidad indicar que se quiso utilizar para la encuesta a estudiantes la metodología basada en las artes, solicitando retratos a los encuestados sobre su reacción ante el término PBE; en todo caso, solo un estudiante envió imágenes que permitieran desde una **metodología basada en las artes** estudiar la percepción de dicho concepto.

Dado el escaso número de personas encuestadas, la fiabilidad de los resultados es escasa, aunque la validez de los instrumentos se considera suficiente para extraer conclusiones, dada la exhaustividad de las variables estudiadas, que da cabida a todas las opiniones y experiencias posibles.

Esta encuesta podría ser replicable a nivel nacional e impulsada desde la FEAPA, para extraer datos de los profesionales que, sin duda, aportarían ideas muy útiles para plantear acciones de cara al reconocimiento profesional de la AT desde criterios científicos de PBE. De hecho, en el anexo 3 de este estudio se plantean ejemplos de comunidades de práctica (redes de arteterapeutas, grupos de investigación...) que ya cuentan con objetivos similares a los aquí planteados.