



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Historia y aplicaciones del Arteterapia

Alumno: Nahia J. Brown Sánchez

Tutor: Prof. D. Ángel Cagigas Balcaza

Dpto: Psicología

Febrero, 2016

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. ¿Qué es el Arteterapia?	5
4. Historia del Arteterapia	8
4.1. Las obras de arte como síntoma de la enfermedad	8
4.2. Verdadero arte	9
4.3. El carácter terapéutico del arte	10
4.4. Comienzo del Arteterapia	11
4.5. Arteterapia en España	12
5. Aplicaciones del Arteterapia	14
5.1. Esquizofrenia	14
5.2. Cáncer	17
5.2.1. Trabajo con adultos	17
5.2.2. Trabajo con niños	19
5.3. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	20
5.4. Adicciones	24
5.4.1. Intervención grupal en adicciones	24
5.4.2. Intervención individual en adicciones	25
5.5. Maltrato	27
6. Conclusiones	30
7. Referencias	31

RESUMEN

En este trabajo se muestra una revisión bibliográfica de un tratamiento todavía poco conocido en nuestro país llamado Arteterapia. Primero se da una definición sobre el mismo, además de una breve historia. Y a continuación se citan estudios que nos explican la contribución de este tipo de terapia en personas con distintos trastornos mentales.

Palabras clave: Arteterapia, Historia, Definición, Aplicaciones.

ABSTRACT

This present work shows a bibliographic review of a little known treatment in our country called art therapy. Firstly, a definition and a brief history of this treatment are given. Later, studies explaining the contribution of this kind of therapy in people with different mental disorders are expounded.

Keywords: Art Therapy, History, Definition, Applications.

2. INTRODUCCIÓN

Lo que pretendemos conseguir con este trabajo de revisión, es tener un mayor conocimiento sobre la historia y la realidad del Arteterapia. Con este objetivo, hemos recabado información procedente de distintos entornos, que tienen que ver fundamentalmente con la salud mental, tanto en su vertiente práctica como histórica, como, en menor medida, con las opiniones de expertos en arte, tanto teóricos como artistas.

Después de tener una definición precisa del Arteterapia, proseguiremos con el repaso por su historia comenzando con lo que fueron sus antecedentes en el siglo XIX, pasando por su desarrollo a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, hasta llegar a su consolidación en la actualidad como terapia específica en distintos trastornos y poblaciones.

Más adelante, revisamos varios estudios con el Arteterapia como tratamiento común aplicado a personas con distintas enfermedades mentales o situaciones difíciles, como son la esquizofrenia, el cáncer, los trastornos de la conducta alimentaria, las adicciones o el maltrato, viendo las distintas posibilidades terapéuticas que esta técnica puede ofrecer.

Y por último, se reflejan unas conclusiones sumarias de la información compilada a lo largo de todo el trabajo.

Para conseguir toda la información que se muestra en este documento, ha sido necesario el uso de libros y revistas relacionadas con el Arteterapia, al igual que algunas bases de datos como PsycArticles, PsycInfo o ScienceDirect. Para conseguir datos específicos sobre la prevalencia en distintas enfermedades mentales también se han consultado páginas web como la de la Organización Mundial de la Salud.

3. ¿QUÉ ES EL ARTETERAPIA?

Para poder explicar qué es el Arteterapia, primero debemos intentar exponer qué se entiende por arte. Hoy en día se nos presentan una gran variedad de definiciones, ya que dependiendo de la época, sociedad, movimiento o cultura nos encontramos con una concepción diferente de este término. Por ejemplo, en la página web del diccionario de la RAE encontramos hasta 9 definiciones de arte, siendo una de las más completas las que mostramos a continuación: “Manifestación de la actividad humana mediante la cual se expresa una visión personal y desinteresada que interpreta lo real o imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros” (RAE, s.f.)

Por otro lado, a lo largo del tiempo también nos encontramos con numerosos artistas que han aportado su propia definición de lo que es el arte. Así, uno de los filósofos más famosos de la historia argumenta que “Del arte proceden las cosas cuya forma está en el alma” (Aristóteles, c. 330 a.C./2001). También encontramos pintores como Paul Klee, que decía que “El arte no produce lo visible. Lo hace visible” (Klee, 1940/2008). Y asimismo nos encontramos opiniones como la de Witkiewicz, quien afirma que “El arte sirve para descubrir, identificar, describir y fijar nuestras experiencias, nuestra realidad interior” (Witkiewicz, 1930). Un aporte más reciente es el de Orcajo, quien afirma que “El arte no debe ser un territorio de manifestaciones infinitas de creatividad consumista, debe contribuir a enriquecer el interior sensible de todo ser humano” (Orcajo, 2011)

Como se puede observar, muchas de estas definiciones relacionan el arte con cosas tales como el alma, lo no visible o la realidad interior. Tal vez no podamos dar una definición clara de qué es arte, pero si podemos ver el valor comunicativo y expresivo que lo caracteriza. Precisamente por esto, el arte puede servir como terapia o tratamiento, ya que nos permite plasmar de forma material algo que de otra manera tal vez no fuéramos capaces de mostrar.

Dejando a un lado las definiciones sobre el arte, también nos encontramos con varias definiciones en relación a explicar qué es el Arteterapia. Así, según la Asociación profesional española de arteterapeutas, el Arteterapia es una profesión asistencial que

utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos, y en este sentido el Arteterapia se practica en sesiones individuales o en pequeños grupos bajo la conducción de un arteterapeuta (ATE, s.f.).

Para la Asociación Británica de Arteterapia, es “Una forma de psicoterapia que usa los medios artísticos como el modo de comunicación primordial. Ésta es practicada por arteterapeutas cualificados y registrados, que trabajan con niños, jóvenes, adultos y ancianos. Puede utilizarse para diferentes diagnósticos o dificultades como los trastornos emocionales, los problemas conductuales o de salud mental, el aprendizaje, las discapacidades físicas, las lesiones cerebrales o las situaciones neurológicas... El Arteterapia no es una actividad recreacional o una clase artística, aunque se puede disfrutar de ella. Los clientes no necesitan de experiencia previa alguna o ser expertos en arte” (BAAT, s.f.).

Y la Asociación Americana de Arte Terapia, considera que “El Arteterapia es una profesión establecida en la salud mental que ocupa los procesos creativos de la realización de arte para mejorar y explorar el bienestar físico, mental y emocional de individuos de todas las edades. Está basado en las creencia que el proceso creativo relacionado en la autoexpresión artística ayuda a la gente a resolver conflictos y problemas, desarrollar habilidades sociales, controlar el comportamiento, reducir el estrés, aumentar el autoestima y la autoconciencia, y alcanzar la introspección” (AATA, s.f.).

Podemos ver que las definiciones no se diferencian mucho unas de otras. Vienen a explicar cómo a través de la producción artística se expresan o comunican sentimientos, pensamientos o sensaciones de manera no verbal. Todo ello supervisado por un especialista, que es el arteterapeuta.

Debemos concretar también que el Arteterapia por sí solo no puede sanar a un paciente, pero sí puede reducir el malestar del paciente y mejorar su autoestima y por esto es considerada como una terapia de apoyo (Fabres, 2011).

En la actualidad podemos enumerar 7 bellas artes: arquitectura, danza, escultura, música, pintura, literatura y cinematografía, pero enfocaremos este trabajo desde el

punto de vista de la pintura como instrumento básico del Arteterapia, ya que ha sido la técnica más utilizada hasta el momento y por tanto la que mayor cantidad de estudios ha generado.

4. HISTORIA DEL ARTETERAPIA

El interés por las pinturas de los enfermos mentales surge a partir de primeros del siglo XIX, con la colección de John Haslam (1764-1844), a quien se considera uno de los primeros en analizar y reunir las pinturas de los internos en psiquiátricos (Martínez, 2006). A partir de aquí fueron muchos los que empezaron a interesarse por los trabajos artísticos que realizaban los internos, pero con puntos de vista diferentes.

4.1. Las obras de arte como síntoma de la enfermedad

A lo largo de la historia se ha producido una relación entre arte y locura que ha dado lugar a distintas interpretaciones. Por un lado estaban aquellos que consideraban las obras de los internos como una prueba más de su enfermedad, un síntoma más que demostraba el desequilibrio del autor. En este sentido uno de los autores más conocidos era Lombroso, que en el año 1864 publica *Genio y Locura*, donde compara las pinturas de los “degenerados” con las pinturas surrealistas (Cagigas, 2011).

En la misma sintonía estaba uno de sus discípulos, Nordau, quien consideraba que el resultado de las obras era producto de la degeneración de sus autores y todos aquellos que admiraban dichas manifestaciones artísticas, solamente estaban admirando la demencia, la imbecilidad y la locura moral.

Tardieu, en sus *Estudios médico-legales sobre la locura* (1872), argumentaba que toda obra artística que se sale del canon académico es fruto de una enfermedad mental, y Schultze-Naumburg refuerza los argumentos anteriores con la publicación de *Arte y raza* (1928), donde compara fotos de las obras de pacientes internados en manicomios, asilos y leproserías con obras del expresionismo. Todas las obras que aparecen en la obra fueron prestadas por Weygandt, director de la clínica psiquiátrica de Heidelberg, y se utilizaron como propaganda nacionalsocialista. El propio Hitler denominaba las obras de los enfermos mentales como “excrecencias”, catalogando con términos similares las obras de autores cubistas como Pablo Picasso, Georges Braque, Jean Metzinger, Albert Gleizes, Robert Delaunay y Juan Gris y dadaístas como Hugo Ball y Tristan Tzara, que a principio del siglo XX estaban en pleno auge.

A pesar de las burlas por parte de los nacionalistas, una de las exposiciones que organizó Schultze-Naumburg a la que llamó *Arte degenerado*, recibió más de dos millones de visitas y fueron estas mismas obras las que financiaron parte de la política nazi, pues fueron subastadas en Suiza y obtuvieron no pocos beneficios (Cagigas, 2011).

4.2. Verdadero arte

En el polo opuesto se encontraban los que consideraban las producciones artísticas de los enfermos mentales como verdaderas obras de arte. Uno de ellos era Rush, quien fue fundador de la primera colección de arte psiquiátrico del mundo, fechada en 1812.

Otro de ellos era Paul Max Simon, que estudiaba la pinturas separándolas entre las realizadas por enfermos que estaban vinculados con el mundo del arte antes de padecer la enfermedad y las de los que habían desarrollado un interés artístico a partir del trastorno (Cagigas, 2011).

Adolf Wölfli fue el primer enfermo mental del que se escribió una monografía. El autor de la misma fue Walter Morgenthaler (1882-1965), psiquiatra alemán, en el año 1920, y en ella se habla de Wölfli como un verdadero artista y no como un caso clínico (Martínez, 2006).

En el año 1919, el historiador de arte y filósofo con formación en psicología y psiquiatría, canto, teatro, además de ejercer como poeta y traductor, Prinzhorn, se dispone a hacer un estudio de las obras de los enfermos mentales por orden de Wilmans (Cagigas, 2011). Cuando Prinzhorn se pone con la tarea que le ha sido encomendada, considera que el número de obras es insuficiente, por lo que pide la colaboración de varios hospitales del territorio germano para que envíen los cuadros de sus pacientes. Al final se reúnen cinco mil obras de cuatrocientos cincuenta artistas diferentes. Todos ellos sin ningún tipo de formación artística y cuya forma de creación es espontánea.

Además de eso, Prinzhorn recupera los trabajos de Tardieu, de Simon, de Réja y de la Gestalt, y con todo ello considera a los esquizofrénicos como unos enfermos muy

dotados a la hora de crear imágenes espontáneas. El hospital de Heidelberg para el que trabajaba Prinzhorn ha hecho desde entonces numerosos estudios relacionados con el tema. Los resultados muestran que el número de enfermos mentales con talento es el mismo que el de personas normales, un 2%, lo que nos da a entender que la persona ya tiene que tener una predisposición anterior a la enfermedad para desarrollar producciones artísticas que tengan un valor más allá del meramente terapéutico.

En cuanto a las afirmaciones por parte de los partidarios del nacionalsocialismo en contra de las obras de los pacientes de hospitales, Prinzhorn las critica con la siguiente afirmación: “la proposición: este pintor pinta como tal o cual enfermo mental, con lo cual es un enfermo mental, no es de ninguna manera más probatoria ni más inteligente que la siguiente: Pechstein, Heckel y otros, hacen figuras en madera que se parecen a las figuras que hacen los negros con lo cual ellos son negros” (Cagigas, 2011).

4.3. El carácter terapéutico del arte

Después de mostrar las posturas que se encuentran en los extremos, pasamos a comentar la que intenta lidiar entre ambas.

Aquí nos encontramos a Marcel Réja, pseudónimo utilizado por Paul Meunier. Él considera que los artistas y los locos son capaces de salirse de lo común. Pero mientras los segundos no consiguen poner orden en sus ideas, los primeros sí, llevándolas a una meta concreta. Estudia la relación entre arte y locura, considerando esta última como posible impulsora de la creatividad. Al igual que Simon, Réja también estudia de forma minuciosa la diferencia entre los enfermos que previamente estaban familiarizados con el mundo del arte y los que empezaron a descubrirlo después de la enfermedad (Cagigas, 2011).

Para algunos, como Guislain, lo primordial era el carácter terapéutico que conllevaba la salida al exterior de los sentimientos y los pensamientos de los enfermos mediante la actividad artística. Así lo muestra en su *Tratado sobre la alienación mental y sobre los hospicios de los alienados* (1826). Incluso consideraba la posibilidad de la

mejoría o incluso el restablecimiento de la salud mental mediante la actividad artística. No era el único con este pensamiento, pues Bleuler también creía en la reversibilidad de la esquizofrenia mediante la pintura (Cagigas, 2011).

O como nos dice hoy en día el cineasta chileno Alejandro Jodorowsky en su obra *La danza de la realidad*: “Un arte que no sirve para sanar no es arte” (Jodorowsky, 2014).

4.4. Comienzo del Arteterapia

Todos los acontecimientos vistos anteriormente desembocaron a mediados del siglo XX en lo que fue el comienzo del Arteterapia.

Más concretamente, en la década de los treinta del pasado siglo, distintas personas con formación en arte y psicología, como fueron Margaret Naumburg, Florence Cane y Edith Kramer, empezaron a dar forma al Arteterapia mediante cursos en EE.UU. Fue Kramer la impulsora de los estudios de esta disciplina en las universidades de su país.

A este lado del océano, en el Reino Unido, el comienzo fue algo distinto. Todo empezó cuando el pintor Adrian Hill se encontraba internado en un hospital y decidió ponerse a pintar debido a que la mayor parte del día lo pasaba sin hacer nada. Se dio cuenta entonces de los beneficios que tenía esta actividad para su recuperación. Al mejorar y curarse, su médico le pidió que animase a los otros pacientes a realizar dicha actividad. Hay que tener en cuenta que hasta el momento siempre eran los psiquiatras y psicólogos los que decían que la realización de obras artísticas beneficiaba a los enfermos, pero en este caso era el propio paciente el que expresaba lo positivo de la actividad (Martínez, 2006).

En otros países de Europa, como Francia, tenemos a uno de los mayores coleccionistas de este tipo de obras y creador del Art Brut, Jean Dubuffet. Se interesó mucho por las obras de los locos, puesto que pintan de manera espontánea, sin ningún tipo de filtro o barrera que les impida expresar realmente lo que sienten. Para él, esta es la esencia del Arte Brut y por ello criticaba el Arteterapia actual, argumentando que a

principios del siglo XX los psiquiatras dejaban libertad a los enfermos para pintar lo que quisieran, mientras que en la actualidad siempre está la modulación por parte del terapeuta, aunque en realidad la finalidad del Arteterapia no es producir obras de arte, como cree Dubuffet, sino conseguir una mejora en la salud del paciente (Cagigas, 2011).

Para dar un mayor conocimiento a la población sobre esta nueva forma de terapia empiezan a formarse sociedades como la Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión en el año 1959, y también revistas como el American Journal of Art Therapy en 1961, fundada por Elinor Ulman. Sin olvidarnos de las asociaciones como la American Art Therapy Association (AATA), creada en 1969, y la Asociación Británica de Arte-Terapeutas (BAAT), que echó a andar en 1964. O la formación en 1991 de ECARTE, cuyo objetivo es ayudar al avance del Arteterapia a nivel europeo (Martínez, 2006).

4.5. Arteterapia en España

En nuestro país el primero en interesarse por el arte de los enfermos mentales fue Pérez Valdés, quien publicó *Valor semiológico de las imágenes gráficas de la locura*, donde expresaba la capacidad de las obras de los pacientes para orientar el diagnóstico (Pérez Valdés, 1917).

A pesar de la publicación de Pérez a principios de siglo, no es hasta 1999 cuando se empiezan a realizar estudios universitarios sobre Arteterapia. Con los másteres de la Facultad de Bellas Artes de la Universidad de Barcelona y de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, ambos miembros de la anteriormente mencionada ECARTE. Estos estudios que ofrecen van dirigidos a profesionales de bellas artes, psicología y estudios relacionados.

A partir de aquí es cuando empiezan a publicarse libros como *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística* de López Fernández Cao y Martínez Díez (2006), o revistas como *Encuentros con la expresión* en Murcia y *Arteterapia* de la Universidad Complutense de Madrid.

Resumiendo, el comienzo del Arteterapia fue el interés que mostraron unos pocos autores, la mayoría psiquiatras, por las obras de sus pacientes, manteniendo tres posturas fundamentales: unos solo veían en estas expresiones una evidencia más del trastorno, otros las consideraban obras de arte verdaderas, y finalmente los que consideraban estas producciones como algo terapéutico. Con el tiempo esta última postura fue la que se convirtió en el actual arteterapia, que fue desarrollándose a mediados del siglo XX en países como Reino Unido y EE.UU., y actualmente sigue en expansión en países como el nuestro.

5. APLICACIONES DEL ARTETERAPIA

Como hemos dicho anteriormente, el Arteterapia se considera una terapia de apoyo, es decir, complementa a otra terapia que esté llevando en ese momento el paciente. A pesar de su juventud, se ha aplicado a muchos tipos de enfermedades mentales. Por lo que ahora mostraremos una recopilación de algunos estudios y programas de Arteterapia en distintas patologías.

5.1. Esquizofrenia

Anteriormente, en el apartado de historia se ha podido comprobar cómo la relación entre esquizofrenia y arte tiene bastante tiempo recorrido. Y ahora nos centraremos en el carácter terapéutico que puede desarrollarse a partir de la actividad artística.

Uno de los estudios que encontramos es el de caso único elaborado por Reyes (2007). A lo largo de 44 sesiones realizó una serie de terapias (de las cuales 22 fueron de Arteterapia individual) con su paciente, al que llama F.

Según la autora, una de las funciones principales del terapeuta en este tipo es desarrollar canales de mediación entre el pensamiento concreto y el simbólico, ya que en la psicosis hay un grave daño de la capacidad de simbolización.

Por lo que Reyes, citando a Killick (1995), considera tres áreas de comunicación dentro de la relación del Arteterapia, siendo estas las comunicaciones intrapersonales, las intermediarias y las interpersonales. Reyes se centra en la última, que define como “la relación interpersonal (paciente-terapeuta) mediada por las imágenes” (Reyes, 2007).

El objetivo era ver los beneficios que tenían las creaciones de imágenes y trabajos plásticos en el desarrollo y fortalecimiento de la alianza terapéutica con F., que tenía 20 años y un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. F. vivía con su madre y con su hermana de 12 años en unas condiciones de pobreza extrema. Además provenía de una familia donde las discusiones y la violencia entre sus progenitores eran frecuentes.

En ese momento no iba a la escuela ya que presentaba dificultades relacionales y cognitivas.

Después de conocer a F. y hacerle una evaluación comenzó la terapia. En un primer momento F. se mostraba silencioso, sin contacto visual y lento a la hora de realizar las actividades. Conforme fueron pasando las sesiones F. adquirió algo más de confianza y fue desarrollando una serie de metáforas entre los trabajos que realizaba y lo que sentía.

A medida que fueron pasando las sesiones fue aumentando la motivación de F. tanto en terapia como en casa, además de la comunicación verbal (lo que permitió a la terapeuta entenderle mejor) y el contacto visual. Los trabajos de F. fueron siendo cada vez más elaborados, siendo el único obstáculo la idea de autorretrato que le pedía desarrollar la terapeuta. La autora planteaba que esto podía deberse a que dicha idea le hacía ser consciente de parte de sus sentimientos e intereses de su vida, que fueron rotos de forma inesperada (Reyes, 2007).

Conforme avanzaban las sesiones F. elaboraba trabajos más complicados. Un ejemplo fue el puente al que definía como un puente firme y una gran construcción arquitectónica. La autora creía que podía significar una metáfora de un mayor sentido interno de recursos y control. Durante esta etapa de la terapia la madre de F. mostró graves ideaciones y conductas suicidas, por lo que fue hospitalizada. Sorprendentemente, durante este periodo F. toleró sin recaídas la crisis de su madre y fue apoyado activamente por su familia.

Cuando finalizaron las sesiones, la autora le pidió a F. que evaluase la relación terapéutica. Este comentó cómo el Arteterapia en sí no era lo que más le había gustado ni llamado la atención, sino el hecho de que este mismo proceso le podía ayudar a conseguir algo nuevo, y podía llegar a ser algo que le hiciera sentir mejor.

Como reflexión final, la arteterapeuta comenta que la actividad artística permite mantener vinculado a F., en su materialidad y naturaleza física, a las posibilidades de su existencia. Y puntualiza que la eficacia de este tipo de terapia depende de la actitud del paciente: si se muestra colaborador tendrá éxito, pero si se muestra dependiente o se niega a colaborar, la terapia tendrá poco o ningún éxito (Reyes, 2007).

La relación que se ha visto en este caso se define en Arteterapia como triángulo terapéutico. Fabres (2011) se apoya en Keine (2006) para afirmar la importancia de la relación triangular entre paciente-obra-terapeuta, donde la obra es el mediador entre ambos. Fabres (2011) incluye el lugar de trabajo como otro elemento importante, ya que es esencial que el paciente se sienta cómodo y seguro para poder expresarse con total libertad. También considera el tono de voz, los gestos y expresiones del terapeuta durante las sesiones, es decir, el lenguaje no verbal, como un elemento importante.

En *Arteterapia y Esquizofrenia*, Fabres (2011) también cita una serie de beneficios que tiene el Arteterapia como tratamiento de personas que sufren algún tipo de psicosis, como son el desarrollo de la concentración, y las destrezas manuales y creativas, además de la organización y motivación, un mayor contacto consigo mismo, una mayor autonomía (aunque se mantenga en un contexto controlado) y la capacidad de tomar cierta distancia para poder contemplar y analizar lo que se ha plasmado, ya que la simbolización en estos pacientes está inhibida y la capacidad de abstracción se muestra muy bloqueada o disminuida.

Por otro lado, tenemos también a Ceballo, Vasconcelos y Ferreira (2012), que llevaron a cabo un estudio explicativo con el propósito de establecer la asociación existente entre la aplicación de un Programa de Arteterapia y la Sintomatología Clínica de la Esquizofrenia. En dicho estudio se realizó una evaluación pre-post test mediante las Escalas de Cognición Social (GEOPTe) y de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). Dicha evaluación se pasó tanto al grupo control (8 pacientes que únicamente recibían el tratamiento tradicional) como al grupo experimental (8 pacientes que recibían el Programa en Arteterapia además del tradicional).

Los resultados que obtuvieron mediante el análisis cuantitativo, reflejó una diferencia estadísticamente significativa únicamente en el componente de la variable dependiente referido al reporte de la cognición social por parte del personal de salud de la institución. Aparte de los resultados, los autores citan las mejoras relacionadas con la orientación, puesto que los pacientes eran capaces de identificar con facilidad el día en el que estaban realizando la actividad, además de conseguir un aumento en las comunicaciones interpersonales, en el contacto visual y en las expresiones faciales (Ceballo, Vasconcelos y Ferreira, 2012).

En resumen, como hemos podido ver en los diferentes estudios de Reyes (2007), Fabres (2011) y Ceballo, Vasconcelos y Ferreira (2012), no siempre se encuentran beneficios directos aplicando programas de Arteterapia, pero sí pequeños cambios que mejoran la calidad de vida de los pacientes con algún tipo de psicosis, ya sea un menor aplanamiento afectivo, un aumento en la autoestima y sentimiento de autoeficacia o una mayor motivación y orientación.

5.2. Cáncer

Otra de las enfermedades con la que más estudios e investigaciones se han realizado sobre Arteterapia es el cáncer. Como se informa en la página de la OMS (2015), el cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial, se le atribuyen 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2012. Además se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas. En cuanto al tratamiento, el objetivo principal radica en curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable. Además, mediante los cuidados paliativos y el apoyo psicológico se intenta mejorar calidad de la vida de los pacientes.

Es precisamente en esto último donde el Arteterapia entra en juego: el apoyo psicológico. En los últimos años, muchos estudios de casos han plasmado el beneficio que proporciona el Arteterapia en personas que padecen cáncer. Por lo general, los resultados muestran una mejora en el bienestar del paciente, en la comunicación con su entorno y en resistir los problemas emocionales derivados de la enfermedad (Collete, 2011).

Dichos estudios se han realizado tanto con adultos como con niños, a continuación mostramos algunos de ellos.

5.2.1. Trabajo con adultos

Un ejemplo es el taller de Arteterapia que realizó Uriarte (2009) con pacientes oncológicos adultos , tanto hombres como mujeres y en diferentes fases de la

enfermedad. Fue una experiencia piloto para comprobar los posibles beneficios de este tipo de terapia, con lo que querían alcanzar una serie de objetivos tales como reducir traumas y alteraciones emocionales derivados de la enfermedad, superar la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y la relación de dependencia, además de mejorar la comunicación entre los pacientes de la planta.

Para conseguir dichos objetivos, se realizaron una serie de actividades. Estas se llevaron a cabo en un cierto orden: a) los primeros ejercicios se dedicaban a la captación de pacientes y la recogida de datos sobre ellos y sus reflexiones; b) después se hicieron collages y estampaciones, en orden a su facilidad; c) además se utilizaron imágenes abstractas para su posterior interpretación, lo que daba pie al diálogo entre los miembros del grupo, y más tarde se elaboraba una obra relacionada con la imagen mostrada al comienzo; d) como ejercicios de relajación y espontaneidad, se utilizaban diferentes ritmos de música para expresar de forma plástica los estados de ánimo que desencadenados en el paciente en ese momento; e) en las últimas sesiones se plantearon ejercicios de confrontación con el presente, dichas actividades iban relacionadas con la toma de conciencia del deterioro corporal, mostrando siluetas de cuerpos donde cada paciente indicaba las partes que están bien y las que no.

Conforme iba transcurriendo el taller se podía ver una mejoría en los pacientes. Aun así, también aparecieron algunos problemas que estaría bien tener en cuenta para talleres futuros, como por ejemplo la resistencia a realizar una actividad fuera de la habitación o el “respeto” al tipo de actividad planteada, bien por miedo al ridículo o por desconocimiento de la actividad. Como dicen Uriarte (2009): “Ello se deriva del poco contacto que, en general, tienen la mayoría de adultos con la plástica”. Pero dicho problemas fueron superados y los resultados del estudio fueron positivos tanto para los pacientes como para las familias de los mismos. Además, una de las cosas que pudieron observar mediante la encuesta de satisfacción fue que la inquietud por el taller tenía que ver más con la personalidad del paciente que con su estado de salud.

Finalmente, a modo de conclusión, se exponen varias sugerencias como son que el hospital facilite talleres, dándoles publicidad para que cada paciente elija el que más le guste y no haya que ir habitación por habitación informando de los que hay disponibles, disponer de una sala de actividades en la zona de adultos similares a las que

se encuentran en las plantas de pediatría y organizarse de forma conjunta entre terapeuta y personal sanitario para una mejora en la atención al paciente (Uriarte, 2009).

5.2.2. Trabajo con niños

El término cáncer infantil se utiliza para nombrar distintos tipos de cáncer en niños menores de 15 años. No es muy frecuente pues tiene una tasa mundial que oscila entre 50 y 200 por cada millón de niños en las distintas partes del planeta. En los países desarrollados sobreviven el 80% de niños durante 5 años o más después del diagnóstico. Todos ellos necesitan un tratamiento y atención complementaria (OMS, 2014).

Concretamente en España, 1 de cada 2.000 adultos es superviviente de un cáncer infantil. Todos sufrieron un frenazo en sus aspiraciones vitales, por lo que una atención en este sentido sería muy positiva. Rico (2009) propone una serie de pautas para poder llevar a buen término el tratamiento de Arteterapia con este tipo de pacientes, siendo la primera de ellas documentarse sobre el mundo de los niños que enferman, además de conocer la enfermedad en sus términos médicos, para tener una correcta comunicación tanto con el personal sanitario como con los enfermos y sus familiares. Asimismo, habría que recoger el punto de vista de cada uno de ellos para tener un mayor conocimiento sobre la enfermedad. Y por último, habría que tener una buena formación en el mundo del arte y tener conocimiento de su relación con el cáncer. Cuando todo esto está presente, pueden comenzar las actividades de Arteterapia en el lugar que se facilite, siendo generalmente el aula de pediatría que hay en el complejo hospitalario. Dicha aula cumple principalmente con el mismo objetivo que con los pacientes adultos: ser un punto de relación.

Rico (2009) nos comenta que la mayoría de niños suelen acudir sin problema a las actividades programadas, pero a veces se dan casos de niños que se niegan, a pesar de no tener ningún problema físico especial. Suele ocurrirles a los niños más pequeños por tener miedo a la nueva situación, a los adolescentes por la vergüenza que les produce el cambio de imagen y a los más mayores por las continuas alusiones al mundo infantil que les hace sentir incómodos.

Con este tipo de pacientes se lleva a cabo el método llamado *cama a cama*. Lo que se hace con este método es trasladarse a la habitación del paciente para tratar temas más íntimos e ir consolidando una buena relación paciente-terapeuta. Su finalidad es conseguir que el paciente acuda finalmente al aula con el resto de compañeros, aunque el éxito de este método se verifica cuando se tienen noticias de que el chico está de visita en otra habitación. En determinados casos se necesitan estar meses realizando el *cama a cama* por determinados problemas físicos (Rico, 2009).

En resumen, las situaciones con pacientes oncológicos adultos y niños suele ser similar. En cambio la forma de actuar de cada uno de ellos frente a las actividades de Arteterapia suele variar. En general, los adultos se centran más en la elaboración verbal de la obra, mientras que los niños se concentran más en el trabajo plástico.

5.3. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

Con el aumento de casos de personas que padecen algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria, han aumentado los estudios sobre el tema desde varias disciplinas, siendo el Arteterapia una de ellas.

Uno de estos estudios es el que llevaron a cabo Gutiérrez y Peñalba (2014) durante seis meses en el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos Médicos Psicológicos de Madrid (UTMPM). El proyecto lo formaban 10 participantes, todas mujeres que oscilaban entre los 19 y los 41 años. Cuatro de ellas padecían Anorexia Nerviosa, otra Bulimia Nerviosa y las 5 restantes Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. Todas ellas acudían de manera voluntaria.

Los objetivos que se plantearon iban dirigidos a la mejora de los niveles de asertividad, autoestima y autoconcepto. Todo esto mediante el trabajo creativo de las pacientes, para facilitar la identificación y expresión emocional, ayudar a una percepción positiva de la realidad y de sí mismas y crear recursos sanos para las relaciones interpersonales.

El trabajo con este tipo de personas suele ser complicado ya que se caracterizan por tener un alto sentido del perfeccionismo, poca seguridad en sí mismas y miedo a lo

desconocido. La actividad en Arteterapia se caracteriza por liberar la creatividad y precisamente las personas con TCA son totalmente reacias, debido al control que necesitan tener sobre todo.

Las autoras nos cuentan cómo en las primeras sesiones las pacientes mostraban sensaciones de vergüenza y decepción. Explicaban todo lo que pretendían expresar, para no dar lugar a interpretaciones erróneas por parte de los demás. Pero conforme avanzó el proyecto, las participantes fueron comprendiendo el encuadre arteterapéutico como un lugar donde poder expresarse sin cumplir las expectativas de los demás.

Al final, consiguieron disfrutar de la actividad dejando a un lado el miedo a ser juzgadas, llegando incluso a sentir amor por las obras que realizaban (Gutiérrez y Peñalba, 2014).

Después de realizar el proyecto, Gutiérrez y Peñalba hicieron un estudio comparativo con otras investigaciones similares, algunas de cuyas fuentes son las siguientes:

-Investigación de June Murphy sobre adolescentes diagnosticados de TCA en Goldsmiths College, Londres, 1981 (Murphy, 1987).

-Estudio de Dafna Rehavia-Hanauer en el Departamento de TCA de Israel, 2003 (Rehavia-Hanauer, 2003).

-Investigación de Jean Burton en Teen Health Centre de Canadá, 2003 (Burton, 2003).

-Estudio comparativo UTMPM- Instituto Cennta de María Ángeles Alonso en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid y en el Instituto Cennta de Madrid, 2012-2013 (Alonso, 2012).

De este estudio comparativo encontraron tres rasgos fundamentales, que eran: a) resistencia inicial al trabajo arteterapéutico; b) las obras que realizaban estaban formadas mayormente por símbolos que expresaban temas autobiográficos; c) y por último, al comenzar los proyectos solían empezar con técnicas secas y collage, pero

conforme pasaba el tiempo adquirirían mayor seguridad en sí mismas y utilizaban acuarelas, acrílicos, tinta, etc.

Además las autoras se encontraron tres aspectos que ofrece el trabajo arteterapéutico con personas que padecen algún tipo de TCA, como la vinculación de la autora con su obra, la consideración del proceso de creación como una forma de entrenamiento para el cambio y conseguir una nueva visión de sí mismas (Gutiérrez y Peñalba, 2014).

Alonso (2009) nos presenta un caso muy interesante desarrollado en el taller de Arteterapia del hospital clínico San Carlos con niños de entre 3 y 18 años. Empezó siendo un taller similar al anteriormente mencionado, con objetivos y actividades similares. Este caso se centró en tres adolescentes que padecían trastorno de la conducta alimenticia. Los tres adolescentes se sentían alejados de sus compañeros más pequeños incluso de los que tenían edades similares a las suyas pero padecían trastornos diferentes al suyo. En cambio entre ellos tres se formó una buena relación que planteo el trabajar con ellos como un subgrupo.

A este subgrupo se le propuso trabajar con fotografía, ya que era una actividad más acorde con su edad y más sencilla de desarrollar. Este tipo de actividad les agradó bastante aumentando mucho su motivación, lo que se reflejaba en la realización de los “deberes” que les enviaban los terapeutas durante la semana. La finalidad de dichas tareas era que se fueran familiarizando con el mundo de la fotografía. Las actividades consistían en tareas como fotografiarse los ojos, fotografiarse el cuerpo completo de espaldas, fotografiarse en el lugar en que más les gustase estar del hospital, fotografiarse expresando distintas emociones o fotografiarse con personas importantes para ellos.

Al finalizar el taller se pidió la opinión a los adolescentes sobre las actividades que habían desarrollado. Decían sentirse escuchados, aceptados, considerándolo un lugar donde importaban más cosas aparte del peso y las comidas e incluso pidieron una continuación del taller (Alonso, 2009).

Años más tarde, Alonso (2012) llevó a cabo un estudio de caso único con una paciente a la que llaman Blanca. Es una paciente que se encontraba en la treintena y

padecía anorexia nerviosa combinada con episodios de bulimia nerviosa, además de realizar ejercicio para compensar lo que había comido.

En este estudio participaban 4 psicólogos/as más, cada uno de ellos responsable de un área de tratamiento: la patología subyacente que está detrás del TCA, los efectos de la sociedad sobre el problema, relaciones familiares que inciden en el mantenimiento o se ven deterioradas por la presencia del TCA y confusión emocional derivada de la enfermedad y el entrenamiento en reducción de la ansiedad.

El equipo se reunía una vez a la semana para ver los progresos de Blanca, revisar los objetivos y decidir los pasos a seguir en los siguientes días. Como era de esperar, al principio Blanca se mostraba recelosa con la actividad, y muchas de las actividades iniciales las hacía de forma rápida y sin prestar mucha atención.

Muchas de las tareas que se le proponían eran similares a las de otros estudios como los collage o pintar con música. Pero también se realizaron actividades que no hemos visto hasta el momento en las revisiones previas. Algunas de estas actividades eran, por ejemplo, el laberinto donde básicamente se le pedía al paciente que pintase un laberinto, el móvil donde quedaban representados los deseos y metas que querían conseguir los pacientes para el próximo año o la caja de los recursos, que tenía que decorarse tanto por fuera como por dentro y poner dentro de ella mensajes que significasen algo para la persona que la elaboraba. Aunque otras personas también podían añadir algún mensaje, en este caso los terapeutas también añadieron mensajes para Blanca.

Conforme pasaron las sesiones, Blanca pasaba de mostrarse reticente a disfrutar con las actividades, incluso barajaba la posibilidad de apuntarse a clases de pintura.

Por último, como reflexión final la autora nos dice que el Arteterapia puede complementar el trabajo psicológico, llegando a lugares que de otra manera no se podrían alcanzar (Alonso, 2012), o como decía el cineasta francés Robert Bresson en *Notas de un cinematógrafo*: “No hay arte sin transformación” (Bresson, 1975).

Resumiendo, en este apartado dedicado a los TCA hemos podido comprobar las reticencias y dudas que muestran este tipo de pacientes al principio del trabajo en

Arteterapia, pero hemos visto también cómo poco a poco van dejando a un lado el perfeccionismo, el excesivo control y el miedo a lo desconocido, para dar paso a la improvisación y el disfrute de la actividad.

5.4. Adicciones

El Arteterapia también se ha aplicado con personas que padecen algún tipo de adicción, ya sea de consumo de sustancias o no. Orgillés (2011) nos comenta las tres circunstancias claves que intervienen en el desarrollo de una adicción, siendo estas la vulnerabilidad individual, el factor ambiental y la propia droga. De estas tres circunstancias, el trabajo del Arteterapia se centraría en la primera, siendo la persona y sus acontecimientos el objetivo prioritario.

Tradicionalmente la intervención en este tipo de pacientes suele ser grupal, pero debido al aumento de la comorbilidad psiquiátrica (presencia simultánea de algún trastorno mental y consumo de sustancias) se han empezado a llevar seguimientos individualizados.

5.4.1. Intervención grupal en adicciones

El objetivo principal de las terapias grupales con personas adictas es expresar sus miedos e inseguridades a través de la palabra. Verbalizar todos esos sentimientos y sensaciones frente al grupo les hace sentirse comprendidos y protegidos. Aun así, Orgillés (2011) nos comenta que “hay una disociación entre el decir y el hacer”, explicando cómo algunos pacientes prometen no volver a consumir nunca más y recaen al día siguiente o a las pocas horas de abandonar el centro de desintoxicación.

Con todo esto, lo que la autora nos quiere expresar es que la verbalización debe estar en su justa medida recalcando la importancia de trabajar en la dirección correcta para reducir la disociación cuerpo-mente tan característica en los drogodependientes, puesto que para ellos sus cuerpos son simples recipientes donde almacenar la droga.

Trabajar con el cuerpo puede hacer que estas personas vuelvan a querer recuperar su identidad y los límites dentro-fuera entre su mundo interior y exterior. Para conseguir esto se siguen una serie de pasos. Primero se comienza con las propuestas de creación que empiezan y terminan en la misma sesión, pudiendo ser libres y con materiales variados. Luego tiene lugar la simbolización, procedimiento algo complicado en este tipo de personas debido a las secuelas que deja la intoxicación. Para que este proceso se desarrolle correctamente es necesario que el arteterapeuta respete los tiempos de cada paciente, tanto en su avance como en los bloqueos o resistencias. Su acompañamiento debe ser moderado y humilde. Y al final de las sesiones, los pacientes exponen de manera voluntaria sus producciones explicando lo que significan para ellos y el motivo por el que las han realizado. Igualmente, los mismos pacientes pueden pedir la opinión tanto de sus compañeros como del arteterapeuta.

A pesar de estos pasos, no siempre están todos dispuestos a participar. Se presentan casos de pacientes que no quieren mostrar sus obras y otros que ni siquiera las llegan a realizar. Con este tipo de personas es necesario un acompañamiento más cercano y pausado, explicando que lo que se hace durante las sesiones no está ni bien ni mal, sencillamente es un paso para el cambio.

5.4.2. Intervención individual en adicciones

Como se comentó anteriormente, este tipo de terapia va siendo cada vez más necesaria debido a la comorbilidad de trastornos mentales con el consumo de sustancias.

En otro artículo, Orgillés (2014) nos cuenta el caso de un muchacho (al que llama O.) que empezó a tener problemas de adicción desde muy joven, y cómo a consecuencia de los efectos de las drogas tuvo un grave accidente por el que tuvieron que amputarle una pierna. Después de dicho accidente, el problema de las drogas se agravó y el muchacho acabó siendo ingresado en un centro de desintoxicación. Según nos cuenta la autora, fue muy complicada su adaptación: primero ni siquiera acudía a las sesiones, cuando empezó a acudir se aislaba del grupo (lo que provocaba el rechazo de sus compañeros), etc.

Todo esto sucedía en los cursos de Arteterapia formados por grupos de 15 a 20 personas. Puesto que O. no se integraba en el grupo, la arteterapeuta decidió cambiarlo a un grupo llamado Arteterapia de Expresión Emocional (AEE) formado por un máximo de 6 personas. Al reducir el número de participantes la terapia era más individualizada.

En este grupo, O. parecía sentirse más cómodo puesto que daba la impresión de que el trabajo con la pintura le permitía relajarse. Lo que más le gustaba era realizar graffittis, que regalaba a cada miembro del grupo. Esto, lo consideraba la autora como un modo de pedir disculpas y al mismo tiempo hacerse entender.

En ese tiempo decidieron que O. volviera a su casa, pero no tardaron en aparecer los problemas, por lo que propusieron que fuera a un piso compartido tutelado. Esto último tampoco funcionó pues decía no sentirse comprendido ni querido, por lo que finalmente volvió a su casa.

Mientras, en las sesiones de AEE empezó a inspirarse en otros motivos distintos a los graffittis, elaborando pinturas que se caracterizaban por estar sobrecargadas. Además, cuando trabajaba lo hacía de forma tranquila y muy concentrado. En ese tiempo su madre enfermó de manera inesperada y murió al poco tiempo. La autora relata que O. lloraba desconsoladamente mientras leía una carta a modo de despedida para su madre. En este punto la arteterapeuta se planteó que O. elaborase el duelo de su madre al mismo tiempo que el de su pierna, además del de las drogas.

O. se entristeció cuando se le comunicó el final de las sesiones en el AEE. En su último día uno de sus compañeros le entregó un regalo, una caja de rotuladores. Fue un suceso totalmente nuevo para O, ya que nunca antes había recibido un regalo de alguien que no fuera familia (Orgillés, 2014).

Repasando estos artículos hemos podido ver como la necesidad más urgente en las personas que sufren algún tipo de adicción es el de volver a recuperar su identidad, rescatar el cuerpo que una vez les proporcione sensaciones procedentes del mundo exterior.

5.5. Maltrato

Otro de los asuntos que ha abordado el Arteterapia ha sido la intervención con grupos de mujeres en situaciones de maltrato o aislamiento.

Ojeda y Serrano (2008) realizaron un taller en la provincia de Cádiz con una asistencia de 15 mujeres en un principio, que fue reduciéndose hasta una media de 7 asistentes. La mayoría acudía de forma voluntaria aunque algún caso era derivado por un profesional. Aunque acudían con cierto miedo, mostraban un deseo firme de poder encontrar nuevos caminos en los que adentrarse y crecer, para tener nuevas formas de ir conformando la vía hacia su bienestar psíquico y su salud emocional.

En dicho taller se puso especial atención a los momentos vividos que habían dejado marca en la psique de las participantes. Para ello, las arteterapeutas ofrecían pautas, espacios y un ambiente adecuado sin amenazas, donde la expresión simbólica permitía una reelaboración de esos momentos traumáticos para integrarlos de una manera más positiva. Así, la finalidad era cerrar la herida causante del problema.

Se enfocó la relación terapéutica desde dos aspectos: entre las propias arteterapeutas y de las arteterapeutas hacia el grupo. El primero trataba de formar objetivos, revisar sesiones y supervisar los contenidos para ir en la misma dirección. El segundo, intentaba formar una relación de respeto, confianza, acercamiento e intercambios mutuos. Todo esto dio paso a la observación, escucha, análisis y compromiso que hicieron a las participantes más responsables, firmes y contundentes dejando a un lado el papel de víctimas para acepar los errores propios (Ojeda y Serrano, 2008).

Otra investigación que se llevó a cabo en nuestro país fue de la mano de Omenat (2006). A partir del 2002 desarrolló un proyecto de Arteterapia en la comarca del Baix Llobregat. Aunque inicialmente iba dirigido a mujeres en una situación complicada como la del maltrato o aislamiento, luego se incluyó también a mujeres de la asociación de alcohólicos rehabilitados de la zona (Omenat, 2006).

Estas mujeres son consideradas como “sujetos pasivos” ya que no sufren la adicción del alcohol en sí, pero sí las consecuencias del familiar enfermo. Omenat

(2006) sugiere que estas mujeres suelen asumir el papel de cuidar las relaciones afectivas y si dichas relaciones no avanzan lo consideran como un fracaso propio. Esto tiene como consecuencia una baja autoestima y la pérdida de confianza en sí mismas.

Normalmente los grupos de apoyo van dirigidos a los “sujetos activos”, es decir, al enfermo o consumidor. ¿Pero qué pasa con sus parejas? ¿Cómo se sienten durante el proceso de enfermedad o al finalizar la misma? Omenat opina que dichos grupos pueden ayudar a que las parejas adquieran una mayor conciencia de sí mismas y del entorno que las rodea.

Las mujeres que formaban el grupo tenían una edad de entre 45 y 60 años. Aunque llevaban años viviendo en Cataluña, todas ellas eran naturales de comunidades del sur como Andalucía, Murcia o Extremadura. Omenat (2006) las define como “mujeres transeúntes entre la añoranza y el agradecimiento, entre lo que ha sido y lo que pudo ser”.

El respeto y la confidencialidad eran consideradas reglas indispensables, al igual que el compromiso con la asistencia y los horarios. Los dos primeros años se mantenían grupos cerrados (por integrantes que hubieran pasado el proceso grupal de parejas) para respetar el marco terapéutico del grupo sin mermar los objetivos. A partir de los dos años se permitieron los grupos abiertos con mujeres que habían tenido una entrevista previa.

El desarrollo de las sesiones era regular y se realizaban de la siguiente manera. Primero una de las integrantes explicaba algún asunto que le inquietara. Después del intercambio de opiniones sobre el tema planteado surgían las ideas para pintar y dibujar. Más adelante cada participante reflexionaba sobre qué hacer y finalmente se exponían las creaciones y se dialogaba sobre ellas, ya fuera entre las mujeres que conforman el grupo como con la arteterapeuta. Aparte de esto, cuando las sesiones fueron espaciándose se mandaron una serie de actividades que podían denominarse como “deberes”: fotografía algo que te guste, trae un objeto que te identifique, un deseo por realizar, un recuerdo, etc.

Además se definieron una serie de tareas y objetivos fundamentales, esenciales para las mujeres que se encuentran en este tipo de situación, como por ejemplo llegar a

comprender qué era el grupo de Arteterapia, formar una relación con los materiales y con las demás integrantes del grupo, hacerse preguntas y tomar decisiones, perder el miedo a los materiales plásticos y quitar la idea de que no puede hacer esto o lo otro por que no son “artistas”, y por último compartir vivencias y experiencias, tanto dificultades como recursos (Omenat, 2006).

Después de un tiempo aparecieron nuevas incorporaciones, lo que supuso un tiempo de cambios para el grupo. Algunas de las integrantes iniciales lo vieron como una amenaza y perdieron la ilusión de la fusión que se había formado durante todo el proceso. Se aprovechó este periodo de sentimientos encontrados para trabajar y expresar los sentimientos considerados como negativos. Por ejemplo, alguna mujer reconoció su intransigencia, otra su dificultad para enfadarse, etc.

Finalmente, esta etapa fue superada y las participantes trabajaron sin tanto control ni presión, utilizando nuevos tipos de técnicas y herramientas haciendo y deshaciendo a su antojo. Como reflexión final del proyecto, Omenat (2006) nos cuenta que “cada mujer extendió sus trabajos en el suelo y se hicieron largos caminos con todos los dibujos, parecían simbolizar el viaje, el trayecto recorrido por cada una de ellas. Estaban sorprendidas. Cada mujer construyó el suyo y llegó donde pudo”.

En el caso de estas mujeres, el Arteterapia intenta conseguir que cada una de ellas encuentre el punto de partida de un camino que les permita dejar atrás los miedos que adquirieron a lo largo de su vida, para recobrar así la confianza en sí mismas y ser dueñas de sus propias decisiones.

6. CONCLUSIONES

Con lo visto a lo largo del texto, hemos podido elaborar una historia y una caracterización de los aspectos más destacados y generales sobre el Arteterapia.

En primer lugar, hemos pasado revista a las variadas perspectivas que se desarrollaron antes de su consolidación como tratamiento. Así, existieron autores que pensaban que las obras realizadas por enfermos mentales no significaban nada más que una evidencia de la gravedad de su patología, mientras que había otros que se situaban en el extremo opuesto, pues para ellos dichas obras eran arte puro, y finalmente existían otros que defendían el lado terapéutico del arte; siendo esta última perspectiva la impulsora de la técnica psicoterapéutica que en las siguientes décadas se desarrolló con el nombre de Arteterapia.

A continuación, hemos recogido distintos estudios de Arteterapia aplicados a casos de esquizofrenia, cáncer, TCA, adicciones o maltrato, y hemos podido ver puntos en común entre todos ellos. Probablemente el más importante sería el planteamiento de objetivos al principio del taller o programa, además de la explicación de forma detallada, tanto de los pasos a seguir en cada una de las sesiones como del tipo de actividades plásticas que se van a realizar.

En la mayoría de estos estudios, los autores nos dan cuenta de algunos problemas que se han encontrado durante el desarrollo de las actividades, como por ejemplo las reticencias iniciales por parte de los pacientes a realizar los trabajos plásticos que les solicitaban los arteterapeutas, y cómo el motivo de dicho rechazo solía ser considerar la actividad como inútil para ellos o el miedo al ridículo.

A pesar de estos inconvenientes, todos los estudios obtienen resultados positivos, en mayor o menor medida, en cuanto a la experiencia de los pacientes con la aplicación del Arteterapia como tratamiento de apoyo.

7. REFERENCIAS

- AATA. (s.f.). *American art therapy Association*. Obtenido de <http://arttherapy.org/aata-aboutus/>
- Alonso, M. (2009). Taller de Arteterapia en el hospital cínico San Carlos. Fototerapia y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa). En N. Martínez y M. López Fernández Cao, *Reinventar la vida* (65-72). Madrid: Eneida.
- Alonso, M. (2012). Acompañando a Blanca. Trastornos de la conducta alimentaria y Arteterapia. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 79-96.
- Aristóteles. (c. 330 a.C./2001). *Poética*. Madrid: Gredos.
- ATE. (s.f.). *Asociación profesional española de arteterapeutas*. Obtenido de <http://www.Arteterapia.org.es/que-es-Arteterapia/>
- BAAT. (s.f.). *The british association of art therapists*. Obtenido de <http://www.baat.org/About-Art-Therapy>
- Bresson, R. (1975/1979). *Notas sobre el cinematógrafo*. Mexico: Era.
- Burton, J. (2003). Art therapy in the treatment of eating disorders. *Actas Ist Arts and TherapiesWorld-Congress*. Budapest, Hungría.
- Cagigas, A. (2011). *Arte demente*. Jaén: Del Lunar.
- Ceballo Bello, Y. V. (2012). Efectos de un programa de Arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 207-222.
- Collete, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología*, 81-99.
- Fabres, G. (2011). *Arteterapia y Esquizofrenia*. Chile: Universidad de Santiago de Chile.

- Gutiérrez, E. y Peñalba, A. (2014). El proceso creativo como entrenamiento para el cambio: Arteterapia con personas en tratamiento por trastorno de la conducta alimentaria. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social* 9, 25-38.
- Jodorowsky, A. (2014). *La danza de la realidad*. Madrid: Siruela.
- Klee, P. (1940/2008). *Teoría del arte moderno*. Buenos Aires: Cactus.
- López Fernández Cao, M. y Martínez Díez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- Martínez, N. (2006). Reflexiones sobre Arteterapia, arte y educación. En M. López Fdz. Cao, *Creación y posibilidad* (33-74). Madrid: Fundamentos.
- Murphy, J. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- Ojeda, M. y Serrano, A. (2008). Mujer y Arteterapia una Visión sobre la Violencia de Género. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 157-164.
- Omenat, M. (2006). Arteterapia: una experiencia de grupos de apoyo a mujeres. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social.*, 137-148.
- OMS. (2014). Obtenido de http://www.who.int/cancer/media/news/Childhood_cancer_day/es/
- OMS. (Febrero de 2015). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Orcajo, A. (6 de Enero de 2011). *Tendencias 21*. Obtenido de http://www.tendencias21.net/arte/El-arte-como-estrategia-visual-comunicadora_a7.html
- Orgillés, P. (2011). Arteterapia en las drogodependencias. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 135-149.

- Orgillés, P. (2014). El chico que se echaba de menos. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social.*, 99-112.
- Pérez Valdés, R. (1917). *Valor semiológico de las manifestaciones gráficas de la locura*. Madrid: El siglo médico.
- R.A.E. (s.f.). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=3q9w3lk>
- Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 30, 3, 137-149.
- Reyes, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la Intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 109-118.
- Rico, L. (2009). Experiencia en las plantas de oncología y trasplantes pediátricos. En N. Martínez y M. López Fernández Cao, *Reinventar la vida* (53-63). Madrid: Eneida.
- Schultze-Naumburg, P. (1928). *Kunst und Rasse*. Berlín y Munich: Lehmann.
- Tardieu, A. (1872). *Études médico-legales sur la folie*. París: Baillière.
- Uriarte, L. (2009). Una experiencia con pacientes adultos. En N. Martínez y M. López Fernández Cao, *Reinventar la vida* (113-124). Madrid: Eneida.
- Witkiewicz, S. (1930/2014). *Insaciabilidad (Locura)*. Madrid: Círculo de escritores.