



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA: EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ARTETERAPIA EN LA
DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE
PRIMER AÑO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD DEL
AZUAY (Estudio realizado en Cuenca-Ecuador durante el año lectivo
2010 – 2011).

**Tesis previa a la obtención del
título de Psicóloga Clínica**

AUTORAS: KAROL PAMELA CASTRO SOTOMAYOR.
ANGÉLICA BELÉN MARTÍNEZ SERRANO.

DIRECTOR DE TESIS: MST. MARIO MOYANO.

CUENCA – ECUADOR

2011

A mis padres y hermanos.

Por estar siempre a mi lado apoyando mí deseo de iniciarme y crecer en ésta carrera, ya que con sus enseñanzas me ayudaron a llegar al final de ésta etapa de formación importante en mi vida.

Angélica Martínez Serrano.

Esta tesis la dedico a mis padres por todo el apoyo que me brindaron durante todos estos años de carrera, a mis hermanos por estar pendientes de mí y de mis logros y a mi esposo por estar ahí siempre alentando mis ideas y triunfos.

Pamela Castro Sotomayor.

Agradecimiento:

A todas aquellas personas que nos apoyaron y depositaron su confianza en nosotras para la realización de ésta investigación, ya que sin su guía y apoyo, no habría sido posible llevar a cabo la realización de la misma.

Agradecemos a nuestros padres por el tiempo y apoyo en cada etapa de esta fase de aprendizaje fundamental en nuestras vidas.

Queremos manifestar un especial agradecimiento al Dr. Alfonso Calderón, a la Mst. Ana Lucía Pacurúcu y al Psc. Clínico Xavier Muñoz por habernos encaminado al inicio de ésta investigación, ayudándonos a organizar el esquema inicial del proyecto y por brindarnos el espacio propicio para poder hacerlo.

Además nuestra inmensa gratitud al Psicólogo Clínico Mario Moyano por dedicarnos su tiempo y guiarnos con sus conocimientos profesionales y éticos, los mismos que permitieron la minuciosa y detallada creación y desarrollo de este trabajo.

Finalmente, a los estudiantes que participaron en la investigación les debemos la realización de este trabajo por ser los principales colaboradores de la efectividad y realización del mismo. Esperamos que su carrera siga en pie y continúen abriéndose paso a paso el camino a su autoconocimiento con el mayor de los éxitos.

Índice:

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Resumen	12
Abstract	13
Introducción	14
CAPÍTULO I: LA GESTALT, UNA TERAPIA DE CONTACTO	17
1.1 Definición	18
1.2 Historia de la Gestalt	18
1.3 Teoría de la Gestalt	20
1.3.1 La Gestalt, una terapia de contacto y su teoría del self	21
1.3.1.1 La función del self	22
1.3.1.2 Las resistencias	22
1.4 Principales leyes de la Psicología de la Forma	23
1.5 Principios metodológicos del enfoque Gestáltico	25
1.6 La terapia	26
1.7 El terapeuta	28
1.8 Población a la que se dirige la Gestalt	28
1.9 Técnicas Gestálticas	29
1.9.1 Awareness	30
1.9.2 El “Hot Seat” y la “Silla Vacía”	31
1.9.3 La puesta en acción	31
1.9.4 El monodrama	32
1.9.5 Las polaridades	32
1.9.6 La amplificación	32
1.9.7 La confrontación directa	33

1.9.8 El trabajo de sueños	33
1.9.9 La expresión metafórica	33
1.10 Conclusiones	33
CAPÍTULO II: LA ANSIEDAD Y SUS TRASTORNOS	35
2.1 Antecedentes históricos	35
2.2 Definición	37
2.2.1 Diferencia entre ansiedad y otros términos semejantes	38
2.2.1.1 Ansiedad y angustia	39
2.2.1.2 Ansiedad y Miedo	39
2.2.1.3 Ansiedad y Fobia	40
2.3 Etiología	41
2.3.1 Factores psicológicos y situacionales	41
2.3.2 Factores biológicos	42
2.4 Ansiedad estado vs. Ansiedad rasgo	43
2.5 Perspectivas teóricas	44
2.5.1 La ansiedad y el psicoanálisis	44
2.5.2 Ansiedad, emoción y cognición	46
2.5.2.1 El Cognitivismo de Beck	46
2.6 Componentes y manifestaciones clínicas de la ansiedad	47
2.6.1 Sistema subjetivo-cognitivo	47
2.6.2 Sistema fisiológico-somático	48
2.6.3 Sistema motor-conductual	49
2.7 Ansiedad clínica o patológica	50
2.8 Comorbilidad entre los trastornos de ansiedad	51
2.8.1 Comorbilidad en la infancia y adolescencia	53
2.9 Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM - IV (TR)	53
2.10 Tratamiento de la ansiedad	55

2.10.1 Tratamiento no farmacológico	56
2.10.2 Tratamiento farmacológico	57
2.11 Conclusiones	58
CAPÍTULO III: ARTETERAPIA	60
3.1 Antecedentes históricos	60
3.2 Definiciones	61
3.2.1 Relación entre arte y psicología	63
3.3 Objetivos del arteterapia	63
3.4 Fundamentos científicos	65
3.4.1 Enfoques psicológicos del arteterapia	65
3.4.1.1 Arteterapia y psicoeducación	65
3.4.1.2 Arteterapia conductual	65
3.4.1.3 Arteterapia cognitivo conductual	65
3.4.1.4 Arteterapia dirigida al desarrollo cognitivo	66
3.4.1.5 La tercera fuerza	66
3.4.1.5.1 Arteterapia Gestáltica	67
3.4.1.5.2 Arteterapia Humanista	67
3.4.1.5.3 Arteterapia expresiva centrada en la persona	68
3.4.1.5.4 Arteterapia transpersonal	68
3.5 Relación entre Humanismo – Gestalt – Arteterapia	68
3.6 Arteterapia y su metodología	69
3.6.1 Arteterapia de grupo	69
3.6.2 Arteterapia familiar	69
3.7 Artes que se utilizan en Arteterapia	70
3.7.1 Música	70
3.7.2 Danza y movimiento corporal	71
3.7.3 Poesía	71

3.7.4 Narración	72
3.7.5 Pintura	72
3.7.6 Dibujo	73
3.7.7 Fotografía	73
3.7.8 Collage	74
3.7.9 Psicodrama	75
3.7.10 Otras artes	75
3.7.11 La opción personal	76
3.8 Eficacia del Arteterapia	76
3.8.1 Funcionamiento del Arteterapia	76
3.8.2 Medios de trabajo del Arteterapia	77
3.8.2.1 Cuerpo	77
3.8.2.2 Juego	78
3.8.2.3 Arte	78
3.8.2.4 Ritual	79
3.8.3 Beneficios del Arteterapia	79
3.9 Condiciones del Arteterapia	80
3.9.1 La producción	80
3.9.2 El rol del arte terapeuta	80
3.10 Aplicaciones del Arteterapia	81
3.10.1 Niños y adolescentes	81
3.10.2 Arte terapia con ancianos	82
3.10.3 Entornos multiculturales	83
3.10.4 Dificultades de aprendizaje	83
3.10.5 Trastorno Bipolar	83
3.10.6 Ámbito social	84
3.10.7 Violencia y agresividad	84
3.10.8 Mendicidad	84

3.10.9 Prisiones	84
3.10.10 Personas con Sida	85
3.10.11 Suicidio	85
3.10.12 Abuso de drogas y alcohol	85
3.10.13 Desordenes de la alimentación	85
3.11 Conclusiones	86

CAPÍTULO IV: PROPUESTA DEL TALLER DE ARTERAPIA PARA EXPRESIÓN

DE EMOCIONES Y RESULTADOS	87
4.1 Propuesta del taller de Arteterapia	87
4.2 Metodología del taller de Arteterapia	88
4.2.1 Fase de presentación	89
4.2.2 Fase diagnóstica	89
4.2.3 Encuadre del taller	89
4.2.4 Fase de conclusión	90
4.3 Desarrollo del Taller de Arte Terapia	92
4.3.1 Sesión 1	92
4.3.1.1 Objetivo	92
4.3.1.2 Evolución	93
4.3.1.3 Proceso	93
4.3.1.3.1 Charla introductoria	93
4.3.1.3.2 Calentamiento	93
4.3.1.3.3 Técnica del autorretrato	94
4.3.1.3.4 Técnica de escultura con plastilina	95
4.3.1.4 Cierre de sesión	96
4.3.1.5 Observaciones	96
4.3.2 Sesión 2	97

4.3.2.1 Objetivo	98
4.3.2.2 Evolución	98
4.3.2.3 Proceso	98
4.3.2.3.1 Calentamiento	98
4.3.2.3.2 Técnica de música, dibujo y escritura	99
4.3.2.4 Cierre de sesión	101
4.3.2.5 Observaciones	101
4.3.3 Sesión 3	103
4.3.3.1 Objetivo	103
4.3.3.2 Evolución	103
4.3.3.3 Proceso	103
4.3.3.3.1 Calentamiento	103
4.3.3.3.2 Técnica de danza con pintura	104
4.3.3.4 Cierre de sesión	105
4.3.3.5 Observaciones	105
4.3.4 Sesión 4	106
4.3.4.1 Objetivo	106
4.3.4.2 Evolución	106
4.3.4.3 Proceso	107
4.3.4.3.1 Calentamiento	107
4.3.4.3.2 Técnica de escultura con papel cartón	107
4.3.4.4 Cierre de sesión	109
4.3.4.5 Observaciones	109
4.4 Aplicación del re-test para determinar resultados de la eficacia	110
4.5 Resultados de los test y del taller de Arteterapia	110
4.5.1 Informe cuantitativo final	110
4.5.2 Informe cualitativo final	127
4.6 Conclusiones	131

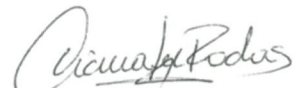
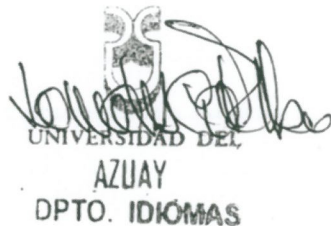
Conclusiones generales	133
Recomendaciones	135
Bibliografía	136
Anexos	140

RESUMEN

Esta investigación propone el desarrollo de un taller de arteterapia para expresión de emociones dirigido a personas que bajo la influencia de grandes avances tecnológicos como las redes sociales, teléfonos celulares, e-mails, chatrooms, etc., han ido bloqueando paso a paso su capacidad para comunicar directa y honestamente sus sentimientos y pensamientos formados a lo largo de sus experiencias de vida y los cambios que ésta conlleva. El estudio se realizó con quince jóvenes de primer año de psicología clínica de la Universidad del Azuay que presentaban índices altos de ansiedad con el fin de que expresaran sus sentimientos reprimidos a través de medios simbólicos artísticos y disminuyeran su ansiedad a lo largo del taller manejado desde una perspectiva humanista que tuvo lugar en el Centro de desarrollo personal “Mandala” en la ciudad de Cuenca. El objetivo principal fue determinar la efectividad de las técnicas arteterapéuticas en la disminución de índices de ansiedad y además dar a conocer con mayor profundidad al arteterapia, la cual es casi desconocida y subestimada dentro nuestro medio.

ABSTRACT

This research proposes the creation of an art therapy workshop for the expression of emotions targeted to people who have blocked their capacity to communicate their feelings and thoughts directly and honestly because of the influence of the great technological advances such as social networks, cellular phones, e-mails, chat rooms, etc. Fifteen students of the first year of clinical psychology of Universidad del Azuay, who presented high levels of anxiety participated in this study in order to help them express their repressed feelings and lower their anxiety levels through artistic symbols handled from a humanistic perspective throughout the workshop, which took place in the personal development center "Mandala" in the city of Cuenca. The main goal was to determine the effectiveness of art therapy techniques in the reduction of anxiety levels and to understand art therapy more profoundly, since it is almost unknown and underestimated in our society.



Translated by,

Diana Lee Rodas

Introducción:

Las técnicas alternativas, aunque poco conocidas en nuestro medio, han logrado formar parte importante dentro de las opciones de terapia escogidas por las personas, puesto que la mayoría ya está tomando consciencia de la importancia de conocerse a uno mismo y de comunicar con asertividad y empatía sus sentimientos, para así, poder mantener mejores relaciones interpersonales y una armonía consigo mismos.

La propuesta de la creación de un taller de arteterapia para la expresión de emociones nace a partir de la preocupación actual que se tiene por el hecho de que existen patrones establecidos por la sociedad en relación al hecho de que expresar sentimientos es símbolo de debilidad, y aparte la tecnología, que si bien es un avance beneficioso para múltiples áreas, ha atrofiado la comunicación directa entre las personas especialmente jóvenes, los cuales al ser incapaces de expresar sus sentimientos, van acumulando pensamientos e imágenes que quedan reprimidas dentro de sí y que pueden influir negativamente en el desenvolvimiento correcto de sus actividades diarias.

Además, es importante recordar que la edad por la que atraviesan los jóvenes adultos puede ser generadora de ansiedad debido a los múltiples cambios que deben atravesar como es el cambio de colegio a universidad, dudas sobre la carrera elegida, nuevas amistades, cambios de horarios, mayor responsabilidad en todos los aspectos, etc., y si a esto se suma la represión de emociones, podrían desarrollarse problemas como el que se plantea en esta investigación, la cuál se trata de síntomas ansiosos que pueden desencadenar entre otras cosas, un trastorno de ansiedad.

Después de anotar de manera general la problemática que se va a tratar a lo largo de esta tesis, cabe indicar que su desarrollo se va dando de forma progresiva, indicando en cada capítulo los temas que fundamentan ésta investigación.

En el capítulo I se presenta la introducción, fundamentos y generalidades de la Gestalt, así como la propuesta de terapia que ésta corriente plantea junto a las condiciones en las que se puede llevar a cabo.

El capítulo II trata sobre los aspectos de la ansiedad, su etiología, diferenciación con términos similares, manifestaciones clínicas, clasificación de sus trastornos y tratamiento. Es apropiado indicar que solo se enumerarán las variantes de los trastornos de la ansiedad ya que ésta investigación trata sobre síntomas más que de un trastorno como tal.

El capítulo III se enfoca en el Arteterapia, su nacimiento y evolución, forma de aplicación, distintos enfoques, técnicas y características, que la han llevado a convertirse en una terapia independiente y de prestigio

Para concluir, en el capítulo IV se desarrolla la propuesta del taller de Arteterapia para expresión de emociones indicando las técnicas y recursos empleados, así como el análisis de resultados y conclusiones a las que se llegaron acerca de la eficacia de estas técnicas.

Finalmente, se quiere recalcar que el arte ha sido escogido como medio de expresión de emociones en esta investigación, ya que no requiere necesariamente de palabras habladas o escritas (difíciles de hallar para algunas personas), sino que se vale del mundo de los símbolos para que la persona exprese de la manera más

agradable para ella, todo lo que lleva dentro, permitiéndole hacer catarsis e iniciar su autoconocimiento y desarrollo personal.

Cabe recordar antes de iniciar la lectura de esta investigación, que para el arteterapia no es necesario ser un artista ni tampoco las obras que se realizan deben ser del agrado de otras personas, ni siquiera del terapeuta, pues para el único que la obra debe tener valor, es para el creador de la misma y es el terapeuta el que irá interpretándolas junto al cliente, buscando siempre alcanzar un equilibrio para mejorar la calidad de vida de la persona.

CAPÍTULO I

LA GESTALT, UNA TERAPIA DE CONTACTO

*Lo importante no es lo que han hecho conmigo, sino lo
que hago yo con lo que han hecho conmigo.*

(Paráfrasis de Sartre, 1966).

La Gestalt nace como la tercera corriente más fuerte en psicología después del psicoanálisis y la corriente cognitivo-conductual, teniendo importantes variaciones con ellas, como son el dar mayor énfasis al aquí y ahora más que al pasado, y a las emociones en lugar de a los pensamientos.

La palabra Gestalt es de origen alemán y su significado ha sido adaptado al mundo entero ya que su traducción no es exacta en todas las lenguas. Por este motivo es conocida como Gestalt (con pronunciación en alemán: Guéchtalt) en todo el mundo.

Aunque para muchos puede parecer una corriente relativamente nueva, estudios realizados han corroborado que ésta palabra aparece por primera vez en 1523 en una traducción de la Biblia, pero con el paso de los años, su significado se ha ido modificado y por lo tanto el desarrollo de ésta teoría en el área psicológica viene dándose desde hace muchos años atrás (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 17-20).

1.1 Definición:

Gestalten significa “poner en forma, dar una estructura significativa”. Pero en realidad, más que de Gestalt, sería más exacto hablar de “Gestaltung”, palabra que indica una acción prevista, en curso o terminada, que implica un proceso de puesta en forma, o de una “formación”, por lo que la psicología de la Gestalt es conocida también como la “psicología de la forma” en donde las Gestalt inacabadas se refieren a cuando el ciclo no se ha desarrollado de forma completa, es decir, cuando la situación puede haber quedado inacabada y puede pasar a constituir un elemento preconsciente de presión interna, pudiendo ser movilizador o fuente de neurosis (Muñoz, X. 2010. p. 5).

Los diccionarios comunes mantienen la definición que hace referencia a la “psicología de la Gestalt”, según la cual el campo perceptivo, intelectual, mnésico, afectivo, etc., se organiza espontáneamente bajo la forma de conjuntos estructurados y significantes (formas buenas o Gestalten fuertes y gestantes). La percepción de una totalidad no puede reducirse a la suma de los estímulos percibidos, ya que el todo es diferente de la suma de las partes; una parte en el todo es diferente a esta misma parte aislada o incluida en otro todo debido a que tiene propiedades particulares de su lugar y de su función en cada uno de ellos (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 13-15).

1.2 Historia de la Gestalt:

La terapia Gestáltica a pesar de haber nacido en Francia, permaneció desconocida en este país por más de 30 años desde su nacimiento, probablemente porque se seguía el pensamiento racional y no se aceptaba nada que no se basara en el pensamiento “causa-efecto” tradicional fundado prácticamente por Descartes y sus seguidores. Sin embargo la corriente de raíz europea se extendió rápidamente a los

países germanos y anglosajones, llegando posteriormente a Canadá, México, América del Sur, Australia, Japón, etc., y es hasta los años ochenta, que en Alemania y América del Norte se había convertido en uno de los métodos de terapia, de desarrollo personal y de formación más extendidos, muy por delante del psicoanálisis.

En Alemania fue introducida desde 1969 y enseñada a partir de 1972 en diversos institutos, entre los cuales está la *Fritz Perls Academy* que hasta 1987 había formado a 1500 practicantes profesionales de Gestalt, entre ellos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc., mientras que en Francia eran solo 100 aproximadamente a pesar de ser países vecinos, pues los franceses debían salir a estudiar Gestalt en el extranjero.

Cabe resaltar que la Gestalt ha relucido formalmente a partir de las instituciones de Fritz Perls ("Padre de la Gestalt"), psicoanalista judío de origen alemán, emigrado a los 53 años a Estados Unidos, quien tomando eclécticamente conceptos de otras corrientes, formuló su propuesta de "Terapia Gestáltica", la cual desde ahí en todo este trayecto, ha sido bautizada con varios nombres y conocida por los mismos, como son: terapia de la concentración, terapia del aquí y del ahora, psicoanálisis existencial, psicodrama imaginario y terapia de contacto.

El gran aporte de Perls y sus colaboradores, incluida su esposa, es haber elaborado una síntesis coherente de diversas corrientes filosóficas, metodológicas y terapéuticas europeas, americanas y orientales, constituyendo así una nueva Gestalt, en el cual "el todo es diferente a la suma de sus partes". La Gestalt se sitúa en un cruce entre el psicoanálisis, las terapias psicocorporales de inspiración Reichiana, el psicodrama, el sueño dirigido, los grupos de encuentro, los enfoques fenomenológicos existenciales y las filosofías orientales.

Con el pasar de los años, la Gestalt se ha convertido en uno de los métodos más populares de terapia, de desarrollo personal y de formación (muy por delante del psicoanálisis, del psicodrama y del enfoque “no directivo” o “centrado en el cliente” (Rogers), por lo que actualmente en los Estados Unidos y en el resto del mundo existen muchas decenas de instituciones que brindan formación en esta corriente. Su enseñanza se imparte regularmente a psicólogos, trabajadores sociales y pastores religiosos que brindan psicoterapia individual o de grupo a cientos de miles de personas y llevan a cabo también grupos de desarrollo personal.

En la actualidad la Sociedad Francesa de Gestalt ha ido formando institutos que hasta la actualidad ya son muy numerosos a lo largo del mundo entero, ya que más allá de ser una simple psicoterapia, esta corriente se presenta como una verdadera filosofía existencial, un “arte de vivir”, una manera particular de concebir las relaciones del ser vivo con el mundo (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 18-22).

1.3 Teoría de la Gestalt:

La Gestalt desarrolla una perspectiva unificadora del ser humano, integrando al mismo tiempo sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales, permitiendo así una experiencia global. Pone énfasis en la toma de conciencia de la experiencia actual, el aquí y el ahora, y rehabilita la experiencia emocional y corporal. Ahora, no se trata de negar el peso de las experiencias de la primera infancia y tampoco de minimizar la presión cultural, sino más bien de buscar una coherencia interna de mi “estar en el mundo global” a fin de descubrir y desarrollar mi propio estilo de vida.

La Gestalt incita básicamente, en un primer momento, conocerse mejor y a aceptarse tal como se es y a no querer cambiar para encajar con un modelo idealizado, ya sea individual o social, interno o externo, político o religioso.

Considera que las percepciones obedecen a un determinado número de leyes: una totalidad no se reduce a la simple suma de los estímulos percibidos. Así pues, el todo es distinto de la suma de las partes, una parte de un todo es algo más que esa misma parte aislada o incluida en otro todo.

La Gestalt no explica los orígenes de los problemas, sino que investiga los caminos hacia nuevas soluciones y es movilizador del cambio, aspecto en el que se diferencia especialmente del psicoanálisis y la corriente cognitivo-conductual.

Por lo tanto la Gestalt no trata de comprender y analizar comportamientos, sino más bien de favorecer la toma de conciencia global de la forma de funcionar y de la integración de la experiencia presente y los mecanismos de defensa que posee la persona, permitiéndole arreglar los bloqueos y problemas y también experimentar nuevas maneras de funcionar, de calmar miedos, dudas y sufrimientos, considerando que no hay necesidad de sufrir para curarse (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 21-28).

1.3.1 La Gestalt, una terapia de contacto y su teoría del self:

El self no se trata de la persona como tal, sino de su manera de ser, en el momento preciso, en el lugar preciso. Se trata de fenómenos en curso de las fronteras del contacto entre “yo mismo” y el entorno inmediato.

En el ciclo del contacto, la Gestalt toma mucho en cuenta esta forma fundamental del hombre de relacionarse con el medio, proponiendo dividir cada experiencia en cuatro tiempos en torno a la noción del contacto: el precontacto, la toma de contacto, pleno contacto y el postcontacto.

1.3.1.1 La función del self:

El self o forma de adaptación al entorno, evoluciona según cuatro modos principales llamados “funciones del self”.

- a) Ello:** se refiere a las sensaciones y necesidades (conscientes e inconscientes) de la persona, que la hacen actuar sin decisión voluntaria.
- b) Personalidad:** es aquello permanente en la persona. Es la imagen que se tiene de sí mismo. La personalidad se manifiesta antes y después de cada ciclo de contacto y de cada experiencia, actualizando la imagen que la persona tiene de sí misma.
- c) Ego:** son las elecciones conscientes de las cuales la persona se siente plenamente responsable y que le permiten orientar su comportamiento. Se desarrolla en función de sus necesidades actuales y de su personalidad habitual. Se trata de lo que quiere y decide el entorno presente.

La teoría del self ayuda a clasificar el funcionamiento mental y social, y a detectar las perturbaciones y a manera de limpieza, permite reajustar constantemente la imagen de que la persona tiene de sí mismo, pues ésta teoría le permitirá sacar mayor provecho de su potencial latente (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 65-67).

1.3.1.2 Las resistencias:

Es un término utilizado por la Gestalt para referirse a los mecanismos de defensa utilizados por la persona durante el ciclo de contacto frente a cada experiencia, las cuales no siguen un movimiento regular sino que siempre tienen retrocesos, detenciones, etc.

Algunos ejemplos de resistencias son:

- **La confluencia:** será patológica si ya no hay frontera entre yo y el otro, por ejemplo si se obedece ciegamente al otro.
- **Las introyecciones:** son aquello que se ha guardado sin haberlo elaborado bien con el fin de “respetar” a los demás y de mantenerse en equilibrio con la sociedad.
- **La proyección:** consiste en traspasarle al otro aquello que le preocupa a la persona. Por ejemplo: se atribuyen los propios estados de ánimo al otro.
- **La deflexión:** es una evitación del deseo o necesidad, que a menudo se da por no tener que abordar un conflicto.

Estos mecanismos de resistencia son la mayoría de veces mas o menos inconscientes, y la Gestalt ayuda a detectarlos y a utilizarlos de la mejor manera, para afinar el contacto y no para romperlo (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 67-72).

1.4 Principales leyes de la Psicología de la Forma:

Antes de pasar a explicar las leyes en las que se basó Perls para formar la psicología de la Gestalt, se enumerarán las ideas básicas de ésta teoría para poder hacer relación con las leyes más adelante nombradas.

Entonces, para la Gestalt:

- Lo primario es la organización y la totalidad, no los elementos aislados.
- El “Todo” es más que la suma de las partes.
- Un cambio en la totalidad se traduce en un cambio en las partes y en sus relaciones.
- Cada elemento de la totalidad tiene un valor en función de la estructura a la que pertenece.

Ahora se presentan a continuación las leyes básicas que fundamentan esta corriente:

- **Ley de la proximidad:** la unión de las partes de un todo se realiza en el sentido de la menor distancia, es decir, las partes más cercanas tienden a ser percibidas como conjuntos o grupos de elementos.
- **Ley de la semejanza:** tendencia a reunir en grupos a los elementos semejantes (la proximidad y semejanza de las formas aumentan la fuerza de la forma, es decir, en nuestra psiquis tendemos a reunir todas las experiencias relacionadas con un mismo tema).
- **Ley del cierre:** tendencia a percibir las formas incompletas como si fueran completas. La percepción permite a la persona agregar la “parte que falta”.
- **Ley de figura y fondo:** toda forma es percibida con respecto a un fondo. No existe el uno sin el otro.
- **Ley del movimiento común:** se reúnen aquellos movimientos que se mueven juntos o en oposición a los que reposan.
- **Ley de la Buena Forma o Pregnancia:** la organización será tan buena como las condiciones lo permitan. Se percibe de la mejor forma posible.

Estas leyes de percepción hacen relación a la forma peculiar que tiene el ser humano de percibir la realidad. Las dos más importantes para Fritz Perls fueron la ley de Figura-Fondo y la del Cierre, e integrándolas formó su terapia Gestáltica (Muñoz, X. 2010. p. 5-7).

1.5 Principios metodológicos del enfoque Gestáltico:

- No se trata de comprender, analizar o interpretar los acontecimientos, comportamientos o sentimientos, sino más bien de favorecer la toma de conciencia global sobre la manera como funcionamos y de nuestros procesos: de ajustamiento creativo al medio ambiente, y de la integración de la experiencia presente, de nuestras evasiones y de nuestros mecanismos de defensa o resistencias.
- Se trata de una actitud básica que se diferencia del psicoanálisis y conductismo, y que constituye una “tercera vía” original que busca comprender y aprender, pero sobre todo experimentar, con el fin de ampliar al máximo nuestro campo de vivencias y nuestra libertad de elección, tratando de salir del determinismo del pasado, permitiendo así a la persona adquirir libertad y responsabilidad.
- No se trata de negar el peso de la herencia biológica, ni de las experiencias de la primera infancia, tampoco de minimizar la presión cultural del medio social, sino que se trata más bien de buscar una coherencia interna del “ser en el mundo” en su conjunto con el fin de desarrollar un “espacio” de libertad, un propio estilo de vida en su especificidad y en su originalidad.
- La Gestalt estimula a conocerse mejor y a aceptarse tal y como se es y no a querer cambiar para imitar un modelo de referencia idealizado, ya sea individual o social, interno o externo, filosófico, moral, político o religioso.
- La terapia Gestalt motiva a seguir las corrientes internas de la personalidad, aprovechando los cambios del ambiente y manteniendo la responsabilidad

en las elecciones que se hayan realizado (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 19-21).

1.6 La terapia:

La palabra terapia es definida por el diccionario Robert como un conjunto de acciones y prácticas destinadas a sanar o a tratar las enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que la salud no es la ausencia de enfermedad o de dolencia, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social.

Es así, que desde el punto de vista holístico, la terapia señala al mantenimiento y al desarrollo del bienestar armonioso y no a la cura o a la reparación de algún problema que haya.

La corriente Gestáltica es un cambio de lo conocido a lo desconocido, pues a diferencia de otras, se basa en las elaboraciones de la conciencia y en una transformación de la energía, sin embargo, como cualquier otra corriente, busca el bienestar del cliente, con la diferencia de que ésta valora el derecho a la diferencia y la originalidad irreductible de cada ser.

Para Goldstein (uno de los primeros maestros gestaltistas de los fundadores de la Gestalt: Fritz Perls y su esposa Laura), lo normal debe definirse, no por la adaptación, sino, al contrario, por la capacidad de inventar normas nuevas. Pues la Gestalt reúne la noción de desarrollo personal, de formación y de apertura del potencial humano. En cuanto a la formación, el cambio aparece con una nueva forma de sentir, percibir, conocer, expresar y actuar.

Como se dijo anteriormente, la terapia Gestáltica pone énfasis en la toma de conciencia de la experiencia actual (el aquí y el ahora, englobando el resurgimiento causal de una vivencia pasada) y rehabilita el sentimiento emocional y corporal, generalmente censurado en occidente, y busca desarrollar una perspectiva unificadora del ser humano, integrando a la vez sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales, “permitiendo así una experiencia global donde el cuerpo pueda hablarse y la palabra encarnarse” (Anne Rosier).

La terapia favorece un contacto auténtico con los otros y con uno mismo. Un ajustamiento creativo del organismo al medio que lo rodea, así como una toma de conciencia de los mecanismos interiores que empujan al sujeto muchas veces a conductas repetitivas. Realza también los procesos de bloqueo o que interrumpen el ciclo normal de satisfacción de las propias necesidades y descubre las evasiones, miedos, inhibiciones e incluso ilusiones de las personas.

Como objetivo, la Gestalt no busca simplemente encontrar y explicar los orígenes de las dificultades del cliente, sino también experimentar soluciones nuevas, pues frente a la búsqueda del “por qué” prefiere el “sentir” como movilizador del cambio.

En Gestalt se trabaja a partir de lo que surge en el instante, pudiendo ser una percepción, una emoción o una preocupación actual de volver a vivir una situación pasada mal resuelta o “no terminada, inacabada” o bien, perspectivas del futuro inciertas.

Por lo general, el trabajo es individualizado incluso cuando se trabaja en grupo, el cual se utiliza como apoyo o “eco” amplificador (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 14-16, 22-23).

1.7 El terapeuta:

El profesional de la Gestalt y su cliente son dos socios comprometidos en una autentica relación dual, que es justo lo que caracteriza a la Gestalt, pues los dos mantienen una relación en donde el cliente está al mismo nivel que el terapeuta, y éste último manifiesta buen grado de simpatía, comparte sus ideas y sentimientos, y trata su cliente como un verdadero compañero.

El terapeuta no decide por sí solo la dirección del trabajo, sino que se pone a disposición del cliente para acompañarlo atentamente en el avance de la exploración que este último decide hacer por sí mismo. Su papel consiste pues, en permitir y favorecer más que en comprender o hacer, sin embargo su participación está controlada ya que puede tener una aceptación limitada de su cliente, pudiendo rechazar algunas de sus propuestas. (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 29-31).

Perls definía tres posturas básicas que puede tener el terapeuta:

- 1) **La apatía psicoanalítica:** que se refiere a la neutralidad indulgente con poca implicación e intervención mínimas.
- 2) **Empatía Rogeriana y psicoanalítica:** trata de ponerse en el lugar del cliente para comprenderle mejor y vibrar con él.
- 3) **La simpatía:** consiste en ofrecer al cliente la verdadera presencia de un compañero atento y competente dentro de un autentico dialogo Yo/Tú (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 40-44).

1.8 Población a la que se dirige la Gestalt:

La terapia Gestalt se practica con objetivos muy diversos y en varios contextos como son:

- Psicoterapia individual frente a frente (dual).
- Terapia de parejas (con las dos partes presentes simultáneamente).

- Terapia familiar.
- Grupos abiertos de terapia (una vez por semana o un fin de semana al mes).
- Grupos de desarrollo del potencial personal de cada uno, en instituciones (escuelas, establecimientos para jóvenes inadaptados, hospitales psiquiátricos, etc.).
- Empresas del sector industrial o comercial, para mejorar el contacto, relaciones humanas, solucionar conflictos, estimular la creatividad, etc.

También su aplicación corresponde principalmente a las personas que sufren de problemas físicos, psicosomáticos o físicos, catalogados como patológicos, a personas que enfrentan dificultades o conflictos existenciales frecuentes (soledad, duelo, depresión, conflicto, ruptura, inactividad, bloqueos, sentimientos de ineficiencia o de impotencia, etc.), y por supuesto, está dirigida a cualquier otra persona de cualquier edad o a cualquier institución, pues la terapia Gestalt busca un pleno desarrollo del potencial latente de cada persona, y no solo busca un “ser mejor” sino un “ser más”, busca una mejor calidad de vida (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 16, 24-25).

1.9 Técnicas Gestálticas:

En Gestalt, el síntoma se considera como una llamada específica de la persona, pues es el lenguaje que ha escogido, por ejemplo: si el síntoma es corporal, será considerado como un canal que permite un contacto más directo con las capas subordinales profundas del cerebro. Aquí el profesional de la Gestalt suele intervenir activamente, y aunque no dirige, actúa y provoca reacciones en el cliente, es decir, que interactúa con él, lo escucha y anima a alcanzar su máxima expresión con técnicas de amplificación.

La Gestalt integra y combina de manera original un conjunto de técnicas variadas, algunas inspiradas en el psicodrama y otras tomadas de otros enfoques como por ejemplo el análisis transaccional. A estas técnicas a veces se les llama “juegos” o “ejercicios” y entre ellas están las técnicas verbales y no verbales, como son: el despertar sensorial, el trabajo de la energía, la respiración, el cuerpo o la voz, la expresión de la emoción, el trabajo a partir de los sueños, la creatividad (diseño, modelado o escultura, música, danza, pintura, etc.), sin embargo, hay que recalcar que lo esencial de la Gestalt no está en sus técnicas, sino en el espíritu general del que procede y que las justifica.

A continuación explicaremos brevemente las principales técnicas que más comúnmente se utilizan durante en el trabajo de terapéutico de la Gestalt:

1.9.1 Awareness: se trata de estar atento al flujo permanente de las sensaciones físicas (exteroceptivas y propioceptivas), de los sentimientos, de tomar conciencia de las “figuras” que aparecen en el “fondo”, el mismo que está constituido por el conjunto de la(s) situación(es) que se ve(n) y de la persona que uno es, dentro del plano corporal, emocional, imaginario, racional o del comportamiento.

Este ejercicio es una técnica clásica de calentamiento, en donde la actitud principal responde a cuatro preguntas:

- ¿Qué estas haciendo ahora?
- ¿Qué sientes tú en este momento?
- ¿Qué estas tratando de evitar?
- ¿Qué quieres tú, qué esperas tu de mí? (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 22).

1.9.2 El “Hot Seat” y la “Silla Vacía”: por lo general se utiliza para expresión y catarsis de situaciones inacabadas. La silla ardiente es conocida también como *open seat* o asiento abierto, lo que se refiere a que está abierto para el siguiente cliente que esté listo para iniciar un proceso terapéutico con el terapeuta. Al frente de los dos, se coloca una silla vacía en donde se puede proyectar un personaje imaginario con el que se desee interactuar, dando inicio al proceso terapéutico frente al grupo o con las personas que se encuentren presentes, y si es necesario el terapeuta intervendrá.

Actualmente en lugar de silla vacía se utiliza un cojín grande o cualquier otro objeto (vestidos, joyas, etc.), y el grupo se sienta en el suelo y alrededor o sobre cojines de varios tamaños y texturas, lo cual permite mayor intimidad y comodidad de las personas. El cliente decidirá cómo interactuar con el objeto escogido (que puede representar a un padre fallecido, a los celos, a una enfermedad, etc.) y podrá hacerlo de forma imaginaria, o comunicar verbalmente su interacción, o con movimientos corporales, etc., dependiendo como se sienta más cómodo. Al final, es la evolución de éste contacto el que va a determinar el mantenimiento de un ir y venir constante entre la relación fantaseada y la relación presente en el aquí y ahora con lo que representa el objeto (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 22-24).

1.9.3 La puesta en acción: propone una acción visible o tangible de alguna situación vivida o fantaseada, a través de movimientos corporales y emociones, permitiendo así al cliente vivir la situación más intensamente, es decir representarla, experimentar y explorar los sentimientos mal identificados, olvidados, rechazados y desconocidos (se prohíben durante las sesiones cualquier acto violento o sexual, pero

en el caso de que existan manifestaciones de agresividad, sí se pueden representar de una forma controlada) (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 24-25).

1.9.4 El monodrama: es una variante del psicodrama, en donde el protagonista mismo representa diferentes papeles, por ejemplo: a él mismo y a su madre, y así representa el conflicto que tiene con ella. Es importante que la persona se desplace a diferentes lugares cada vez que cambie de papel.

Esta técnica facilita la puesta en escena del propio sentimiento a medida que se va representando una situación, evitando la presencia de una persona externa. El objetivo no es representar a la otra persona o situación como es realmente, sino como las percibe el cliente (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 25-26).

1.9.5 Las polaridades: permite explorar, reconocer e integrar mejor las polaridades o lados opuestos de una relación al representarlos mediante el monodrama explicado anteriormente. El objetivo es buscar un equilibrio dinámico entre los dos extremos (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 26).

1.9.6 La amplificación: uno de los temas principales de la Gestalt es hacer explícito lo implícito, proyectando en una escena exterior lo que se siente o lleva en el interior, permitiendo tomar mayor conciencia de la forma en que se está llevando el aquí y ahora (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 27-28).

1.9.7 La confrontación directa: en Gestalt no se habla de alguien, sino que se le habla directamente, permitiendo así pasar de una reflexión interna intelectual a una relación de contacto emocional (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 29).

1.9.8 El trabajo de sueños: en Gestalt a diferencia del psicoanálisis, los sueños no se abordan por asociaciones libres o por interpretaciones, sino por una descripción y presentación sucesiva de los elementos del sueño con las cuales el que sueña deberá identificarse. Se considera que cada uno de los elementos soñados son una expresión parcial de la persona que duerme (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 30).

1.9.9 La expresión metafórica: el lenguaje corporal y verbal no son los únicos utilizados en Gestalt, pues el lenguaje simbólico o metafórico es muy utilizado especialmente a través de expresiones artísticas como: dibujo o pintura, modelaje o escultura, producción musical, danza, etc., con lo cual el cliente podrá identificarse posteriormente (Ginger, S. y Ginger A., 1993. p. 31).

1.10 Conclusiones:

A lo largo del capítulo se han expuesto los aspectos generales de la Gestalt, la cual nace como una corriente que toma principios psicoanalíticos y cognitivo-conductuales para fusionarlos y crear su propia teoría. Sin embargo, a pesar de nacer de ellas, posee fundamentos que desafían a las dos corrientes anteriores sin dejar de lado aspectos importantes presentes en todas las corrientes psicológicas como es la influencia de experiencias pasadas.

Lo que la hace única, es la importancia que da al presente y el énfasis que da a la normalidad, pues es una corriente positivista que busca los aspectos positivos de la persona y trabaja en ellos.

Su objetivo, al igual que toda terapia psicológica, es trabajar por la búsqueda constante de una armonía para brindar una calidad de vida mejor a la persona.

En Gestalt, los clientes suelen quedarse sorprendidos al descubrir que pueden trabajar las circunstancias de un contacto que ha salido bien, pues no se ven obligados a pisar terrenos pasados y abordar únicamente períodos infelices, y cabe recordar que todos tenemos derecho a la felicidad y que en realidad ninguna terapia puede ahorrar lágrimas, pero hay que aceptar que a veces es necesario dar vueltas a los momentos difíciles del pasado. La clave está en no quedarse en él, ya que de esta manera, se estaría perdiendo de vista lo que se vive en el presente y lo que podemos cultivar y desarrollar de él.

La cura resultará dolorosa al inicio, pero la ternura y el humor que se obtienen del aprendizaje forman parte de cualquier tratamiento, y será el profesional Gestáltico el que deberá asumir su papel con la ética y responsabilidad necesarias para saber cuando su cliente requiere un tratamiento integrado con otras áreas de la salud.

CAPÍTULO II

LA ANSIEDAD Y SUS TRASTORNOS

La ansiedad es un término conocido y utilizado por casi la mayoría de personas para referirse (cuando es normal) a una reacción psicobiológica básica adaptativa ligada al instinto de conservación, que se da frente a un peligro presente o futuro, para motivar conductas apropiadas y superar dicha situación. A diferencia de ésta, la ansiedad se puede volver patológica cuando se transforma en una respuesta exagerada frente a un peligro, objeto o situación externa (a veces no real), que interfiere negativamente en la vida laboral, social y familiar de la persona que la sufre.

En este capítulo explicaremos con mayor profundidad la definición de ansiedad, sus manifestaciones, clasificación y la función que cumple en la vida de las personas, pues aparte de ser conocida como un elemento central en la psicopatología, es un elemento de defensa y protección para nuestra vida cotidiana, siempre y cuando su naturaleza anticipatoria se de frente a sucesos reales, ya que de suceder lo contrario, el sujeto podrá desarrollar un trastorno de ansiedad para el cual necesitará tratamiento.

2.1 Antecedentes históricos:

El concepto de ansiedad y sus trastornos ha ido evolucionado a lo largo de la historia, gracias al aporte de investigaciones de científicos como Cullen (1710-1790), Freud (1856-1939), Rosenham y Seligman (1984), entre otros, hasta llegar a la categorización de trastornos emocionales del DSM-IV (TR) y CIE-10 que tenemos en la actualidad.

En un inicio, el concepto de ansiedad era un elemento incluido dentro del tradicional concepto de neurosis, utilizado por primera vez por el profesor William Cullen, quien interpretó los trastornos emocionales como un resultado de alteraciones del sistema nervioso. Posteriormente Sigmund Freud desarrolló de forma significativa el concepto de neurosis y en particular la psicopatología de la ansiedad, a la cual conceptuó como una “teoría de señal de peligro” destacando que consistía en una reacción emocional útil para señalar la presencia de una situación peligrosa o amenazante. Estableció que ésta constituía el componente central de las neurosis. Con este aporte, el término neurosis describía los trastornos emocionales y también se refería a procesos de defensa contra la ansiedad, con lo que Freud describió dos grandes tipos de neurosis, según la ansiedad fuera experimentada o inferida: en el primer tipo incluyó las neurosis fóbicas y las neurosis de ansiedad, y en el segundo tipo la neurosis obsesivo-compulsiva y la histeria (fue el aporte de Freud el que sirvió definitivamente para conceptuar a las neurosis como trastornos de origen no orgánico).

Contemporáneos a Freud, Rosenham y Seligman en 1984, describieron un sistema clasificatorio parecido, categorizando las fobias, pánico, ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático en el grupo de ansiedad observada, y los trastornos obsesivo-compulsivos, la histeria (trastornos somatoformes) y la disociación (trastornos disociativos) en el grupo de ansiedad inferida.

A pesar de la variedad de clasificaciones según cada autor y su percepción teórica, podemos ver que la influencia del concepto de neurosis fue dominante en la creación del sistema de clasificación y diagnóstico de trastornos emocionales más influyente en occidente, el Diagnostic and statistical manual (DSM), el cual en su primera y segunda edición aún mantenía el término neurosis para referirse a los trastornos asociados a la ansiedad o trastornos psiconeuróticos (término utilizado por Freud).

La nueva era de los trastornos de ansiedad nació cuando en la edición número tres del DSM, la clasificación de los trastornos de ansiedad apareció mucho más descriptiva y detallada que las dos anteriores, pues tenía criterios definidos específicamente y era más fiable y válido, y lo más significativo, es que evitaba los conceptos etiológicos psicodinámicos aún presentes en las ediciones anteriores (Belloch et al., 1995. p. 57 - 66)..

Actualmente, contamos con la cuarta edición del DSM, la cual tiene modificaciones sustanciales de algunos criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad. Además, se conoce que la quinta edición ya ha sido elaborada, pero no se conocen los cambios realizados en ella aún, sin embargo, estos cambios, su evolución e influencia, ha permitido separar los trastornos emocionales de las alteraciones psicóticas, permitiendo una mejor categorización y un lenguaje común entre científicos y profesionales de la salud.

2.2 Definición:

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente (Cía, Alfredo, 2002. p. 34).

Tobal (1996) refiere que la ansiedad “es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloban aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, y aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos” (Tobal, 1996. http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_de_anxiedad).

Spielberger, Pollans y Worden (1984. p. 263) definen el estado de ansiedad como “una reacción emocional que consiste en un sentimiento de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo” (Amparo et al., 1995. p. 55). Sin embargo, autores que han trabajado en una línea más experimental como Wolpe (1979), definen a la ansiedad de manera simple, manifestando “que es la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo” (Belloch et al, 1995. p. 55).

En resumen, podemos ver que a pesar de existir ciertas diferencias en las definiciones, todas tienen algo en común, esto es, que la ansiedad tiene una propiedad o función adaptativa, que nos ayuda a ajustarnos al medio; pero si los síntomas de ésta se mantienen en el tiempo, pasarán a ser trastornos y ya no una conducta adaptativa (si el estímulo no es amenazante, se tratará de una fobia).

2.2.1 Diferencia entre ansiedad y otros términos semejantes:

La ansiedad por ser un concepto muy empleado en psicología, tiende a relacionarse con otras definiciones como son el miedo, fobia y angustia, creando confusión y ambigüedad en sus significados.

La ansiedad también suele confundirse con el estrés, sin embargo hay muchos autores que hablan de estrés y ansiedad como una misma entidad, pues sus características son casi iguales y se usan como un mismo término por su difícil diferenciación (Belloch, A., 1995. p. 53-54).

A continuación explicaremos brevemente cada uno de estos términos y su diferencia con la ansiedad, pues queremos evitar cualquier confusión que pueda presentarse más adelante a lo largo de éste capítulo:

2.2.1.1 Ansiedad y angustia: Los dos términos derivan de la raíz indogermánica “*angh*” que significa estrechez y constricción, y también malestar o apuro. A partir de la influencia latina (la cual distinguió entre “*anxietas*” y “*angor*”) y posteriormente mediante el influjo de la psiquiatría francesa, que diferenció entre “*anxiété*” (malestar e inquietud del espíritu) y “*angoisse*” (sentimiento o constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud), se estableció en España la separación entre ansiedad (predominio de componentes psíquicos) y angustia (predominio de componentes físicos). Sin embargo, en la actualidad, el término “ansiedad” suele asumirse con sus cambios somáticos y cognitivos (Belloch et al., 1995. p. 54).

En resumen, la angustia se siente como amenaza de muerte inminente y de perder el control de uno mismo sin saber a qué atenerse. Mientras que la ansiedad se vive como la posibilidad de que pueda ocurrir cualquier cosa, sintiendo incertidumbre e inseguridad (Cía, Alfredo, 2002. p. 34).

2.2.1.2 Ansiedad y Miedo: ansiedad y miedo se diferencian porque el miedo se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad se trata más bien de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible. Sin embargo es muy difícil hacer una distinción entre los dos, ya que los estímulos externos pueden existir aunque no sean fácilmente identificables. Hay estímulos que inducen miedo y ansiedad, y que pueden ser de tipo interno, los cuales le resultan al sujeto más difíciles de determinar que los estímulos externos.

El autor Epstein (1972) entiende al miedo como “un conductor que motiva a la conducta de evitación o de escape al percibir un estímulo amenazante”, mientras que la ansiedad sería “un estado emocional de miedo no resuelto o un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza” (Morer, A., 2007. http://www.ayudapsicologica enlinea.com/monograficos_ansiedad.html).

Barlow (1998), explica de otra manera que “el miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente caracterizado por alta activación y afecto negativo con una orientación hacia el presente que posee más componentes primitivos, biológicos y en cierto grado automáticos (reacción de defensa)...”. Mientras que la ansiedad “es una combinación difusa de emociones (de estructura cognitivo-afectiva) orientada hacia el futuro” (Belloch et al., 1995. p. 55).

A pesar de todas las variedades de conceptos y diferencias entre el miedo y ansiedad, podemos ver que estos términos vienen utilizándose de forma similar, ya que tienen un significado semejante.

2.2.1.3 Ansiedad y Fobia: se habla de fobia cuando hay evitación o escape de una situación. Marks (1969), en su obra “*Fears and phobias*” explica que “para que la fobia tenga relevancia clínica, tiene que implicar un componente subjetivo de miedo desproporcionado en relación al carácter amenazante de la situación, es decir, cuando el miedo es claramente superior al que se esperaría de la situación dada..., mientras que la ansiedad, se caracteriza por su naturaleza anticipatoria de una señal o amenaza de peligro para la propia persona” (Belloch et al, 1995. p. 55).

Morer (2007) manifiesta que la naturaleza anticipatoria de la ansiedad, cuando el peligro es real, le otorga un papel importante para la adaptación, y se transforma en desadaptativa cuando el miedo es infundado o irreal (Morer, 2007. http://www.ayudapsicologiacanlinea.com/monograficos_ansiedad.html).

2.3 Etiología:

Los trastornos de ansiedad pueden desencadenarse por una variedad de factores, entre los que están las experiencias de vida, los rasgos psicológicos y los factores fisiológicos. Sin embargo, la etiología de los trastornos de ansiedad varían de acuerdo al enfoque psicológico, pues cada uno, como para todas las patologías, tiene su percepción, pero la mayoría coinciden en que la predisposición genética y los procesos psicológicos sumados a experiencias influyentes al desarrollo de ansiedad, son los mayores factores que influyen en el desarrollo de un trastorno de ansiedad, así como de cualquier otra enfermedad.

Entonces específicamente, el aumento de estrés y los mecanismos inadecuados de afrontamiento a situaciones adversas, pueden contribuir al desarrollo de ansiedad. Y obviamente, también los antecedentes familiares y genética influyen de manera significativa en el desarrollo de los trastornos de ansiedad (Leonard et al, s.a. http://es.brainexplorer.org/editorial/Editorial_index.shtml).

2.3.1 Factores psicológicos y situacionales:

La hipótesis de “susceptibilidad generalizada” es la más apoyada en cuanto a la etiología de los trastornos de ansiedad. Esta propone que diferentes factores psicológicos, junto a sucesos vitales estresantes y la manera en que el individuo afronta o se adapta a los mismos, determinan el riesgo general a padecer diferentes enfermedades, en este caso, podrían llevar al desarrollo de un trastorno de

ansiedad. Ésta hipótesis se complementa con la existencia de una personalidad predispuesta a las enfermedades.

Las personalidades más asociadas a problemas de ansiedad, son las personalidades con rasgos temerosos, ansiosos o inhibidos, que pertenecen al *cluster C*:

- Trastorno de personalidad evitativa.
- Trastorno de personalidad dependiente.
- Trastorno de personalidad obsesivo – compulsiva.

Existen estudios realizados por Friedman y Booth-Kewley (1987), que afirman que la disposición ansiosa y el neuroticismo pueden ser considerados factores de riesgo vinculados a la personalidad, y que incrementan la vulnerabilidad al desarrollo de enfermedades; por ejemplo: se ha visto una frecuente relación (90%) entre el trastorno de ansiedad social y el trastorno evitativo de personalidad (Cía, Alfredo. 2002. p. 378).

2.3.2 Factores biológicos:

En cuanto a los factores biológicos, se ha visto que hay un vínculo entre los trastornos de ansiedad y las alteraciones en áreas específicas del cerebro como el cerebelo y rombencefalo, sumadas a un desequilibrio en neurotransmisores cerebrales que regulan la ansiedad, como son la noradrenalina, serotonina y ácido gammaaminobutírico conocido como GABA (Leonard et al, s.a. [http://es.brainexplorer.org/ editorial/ Editorial_index.shtml](http://es.brainexplorer.org/editorial/Editorial_index.shtml)).

Existen varias manifestaciones en las que puede presentarse la ansiedad:

- **Síntoma:** como componente de un cuadro orgánico o clínico funcional (enfermedades en que la ansiedad puede ser uno de los principales síntomas), por ejemplo: hipertiroidismo, trombo embolismo pulmonar, hipoglucemia.
- **Síndrome psíquico:** por ejemplo trastorno somatomorfo, trastorno adaptativo.
- **Enfermedad en sí mismo:** por ejemplo en un trastorno de ansiedad.

Por lo tanto, la ansiedad puede ser:

- a) Parte de las causas de las enfermedades.
- b) Una consecuencia de ellas.
- c) Una expresión de comorbilidad, y/o
- d) Puede acompañar a la evolución de la enfermedad como una reacción a la misma (adaptativa), o puede presentarse ante la exacerbación de un proceso orgánico.

Además, el uso, abuso, abstinencia o interacción de drogas lícitas e ilícitas, son otro factor muy influyente en el desarrollo de una enfermedad o de un trastorno de ansiedad (Cía, Alfredo, 2002. p. 378 - 379).

2.4 Ansiedad estado vs. Ansiedad rasgo:

Es importante saber distinguir cuándo se trata de un estado de ansiedad, es decir, cuando es simplemente emocional, o cuándo se trata de un rasgo relativamente estable de la personalidad.

Un estado ansioso se caracteriza por sentimientos subjetivos que son conscientemente percibidos como tensión y aprensión, y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo.

Mientras que la tendencia o rasgo ansioso, se trata de una diferencia individual relativamente estable en la predisposición ansiosa. Eysenck (1967, 1981) dice que los neuróticos se caracterizan por presentar una intensa actividad del sistema nervioso autónomo y tasas muy lentas de habituación a los estímulos, por lo que la tendencia a la ansiedad se correlaciona entre 0.6 y 0.8 con el llamado neuroticismo (Cía, Alfredo, 2002. p. 47).

Los autores Spielberger, Pollack et y col. (1984) afirman que “las personas con elevadas tendencias o rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y responden a la mayoría de situaciones, viviéndolas como peligrosas o amenazantes, viendo al mundo también de esta manera y experimentando reacciones de “ansiedad estado” más frecuentemente y con mayor intensidad que las personas que no tienen una tendencia ansiosa. Mientras que, la ansiedad estado se considera un proceso emocional que refleja las diferencias individuales en la predisposición ansiosa (Cía, Alfredo, 2002. p. 47).

2.5 Perspectivas teóricas:

2.5.1 La ansiedad y el psicoanálisis: anteriormente se indicó cómo Freud explicaba la ansiedad y se explicó cómo la neurosis fue uno de los conceptos originarios e influyentes para entender a los trastornos de ansiedad actuales.

Hoy, las teorías psicoanalíticas actuales consideran a la ansiedad como una señal para el Yo de un impulso inaceptable, que está intentando liberarse y adquirir una representación consciente. Como señal, ésta provoca en el Yo la adopción y activación de defensas contra las presiones que proceden del Ello. Si las defensas

funcionan correctamente, la ansiedad desaparece, pero si la represión no es completamente efectiva, el individuo puede presentar una variedad de síntomas psiconeuróticos. Las defensas que se utilizan son de tipo conversivo, de desplazamiento y de regresión, y a través de éstas, los impulsos adquieren una expresión parcial, aunque desviada, en los síntomas de tipo histérico, fóbico u obsesivo-compulsivo según sea el mecanismo de defensa predominante.

Cuando las demás defensas no desempeñan ningún papel, la ansiedad aparece como único síntoma, y si alcanza niveles por encima de su funcionamiento normal como señal, se presenta en toda su expresión en forma de un ataque de pánico.

El significado de la ansiedad depende de la naturaleza del conflicto, el que a su vez es producto de las experiencias infantiles del individuo que han ido formando su estructura psíquica.

Para el psicoanálisis, los estímulos y amenazas del ambiente actual son los que activan los conflictos y traumas que la persona lleva consigo, causando alteraciones del equilibrio psíquico.

Esta teoría diferencia cuatro categorías de ansiedad:

- **Ansiedad del Super-Yo:** sentimientos de culpa frente a algo considerado incorrecto, y el temor a ser descubierto.
- **Ansiedad de Castración:** miedo a lesiones corporales o disminución de la capacidad corporal.
- **Ansiedad de Separación:** anticipación temerosa a la pérdida de algún vínculo significativo.

- **Ansiedad Impulsiva o del Ello:** temor a perder el control de los impulsos y a actuar de una forma irracional (especialmente en individuos con tendencia a la agresión) (Cía, Alfredo, 2002. p. 45).

2.5.2 Ansiedad, emoción y cognición: la ansiedad considerada desde una perspectiva evolutiva es definida como “un estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cual es la detención rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia”. En algunos pacientes ansiosos puede estar tan desarrollado este proceso de detección de peligro, que se vuelven hipervigilantes y exageran las ocasiones y severidad de los posibles peligros que se les puedan presentar. En estos casos, la ansiedad viene a ser patológica o disfuncional.

2.5.2.1 El Cognitivismo de Beck: el constructor central de esta teoría, son los esquemas, el cual es definido por Barlett (1932) como “un cuerpo integrado de conocimiento acumulado en la memoria a largo plazo” que influyen sobre los procesos de memoria, percepción, atención y de comprensión.

Beck y Clark (1988) afirman que “estos esquemas son los que guían los procesos de evaluación, codificación, organización, acumulación y recuperación de la información, y que mediante ellos, los estímulos coherentes con los esquemas existentes son elaborados y codificados, mientras que la información inconsciente o irrelevante es ignorada u olvidada”. Por lo tanto, los esquemas desadaptativos de una persona ansiosa, percibirán a las amenazas físicas o psicológicas, con un sentido exagerado de vulnerabilidad, pues afirma que las personas ansiosas se vuelven hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una

situación, pero no tienden a reaccionar igual frente a sus aspectos positivos o benignos.

También Beck y Emery han visto que existen similitudes en cuanto al procesamiento de información entre pacientes ansiosos y depresivos, pues en los dos, los esquemas desadaptativos distorsionan sistemáticamente los procesos de percepción, acumulación y recuperación de información, aunque en los pacientes ansiosos se informa y procesa selectivamente los pensamientos e imágenes vinculadas a la ansiedad. Hay estudios que dicen que los ansiosos tienden a interpretar los estímulos ambiguos como amenazantes. Es por eso que parecen utilizar gran parte de su capacidad cognitiva en escaneo y percepción de estímulos de este tipo (amenazante) y no tanto a los de las demandas del día a día (Cía, Alfredo, 2002. p. 51-55).

2.6 Componentes y manifestaciones clínicas de la ansiedad:

Sandín y Chorot (1986) refieren que la ansiedad no es un fenómeno unitario ya que, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres modos o sistemas de respuesta: subjetivo o cognitivo, fisiológico o somático, y motor o conductual. A este grupo de sistemas se lo conoce como “Triple Sistema de Respuesta de la ansiedad” (Belloch et al., 1995. p. 56 - 57).

2.6.1 Sistema subjetivo-cognitivo: o verbal-cognitivo. Está relacionado con la propia experiencia interna, ya que sin ella, la ansiedad difícilmente podría tener valor clínico. Se relaciona también con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados de ansiedad. La persona experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira y tristeza y semejante a la experiencia del miedo, como se explicó anteriormente (Belloch et al., 1995. p. 56 - 57).

Morer (2007) indica que dentro de este sistema se pueden manifestar pensamientos, ideas o imágenes, que influyen en las funciones superiores.

Entre estos pensamientos, imágenes e ideas, están:

- Preocupación.
- Miedo o temor (respuestas de miedo en términos físicos como huida).
- Inseguridad.
- Pensamientos negativos,
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Dificultad para concentrarse y/o para tomar decisiones.
- Sensación de fallar.
- Sensación de vergüenza.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada de dificultad para pensar con claridad (Morer, 2007.http://www.ayudapsicologiacadenlinea.com/monograficos_ansiedad.html).

2.6.2 Sistema fisiológico-somático: la ansiedad suele acompañarse de cambios fisiológicos, dentro de los cuales los más característicos son un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Estos cambios pueden ser externos e internos:

- Cambios externos: Sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular (contracturas), palidez facial, náusea, diarrea, etc.

- Cambios internos: Aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.

Algunos de ellos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas tanto voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.) como involuntaria o parcialmente voluntariamente (palpitaciones, vómitos, temblor, eyaculación precoz, enuresis, frigidez, etc.) (Belloch et al., 1995. p. 57).

2.6.3 Sistema motor-conductual: Corresponde a los componentes observables de conducta, que aparte de hacer referencia a la expresión facial y movimientos o posturas corporales, incluyen también a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación (Belloch et al., 1995. p. 57).

Morer (2007) menciona algunos de los estados motores que pueden presentarse:

- Hiperactividad o inquietud motora
- Morderse las uñas.
- Morderse los labios.
- Hacer sonar los nudillos.
- Paralización motora.
- Movimientos repetitivos.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación (Morer, 2007. http://www.ayudapsicologicaenlinea.com/monograficos_ansiedad.html).

2.7 Ansiedad clínica o patológica:

Como se indicó al inicio de éste capítulo, la ansiedad posee una utilidad biológico-adaptativa importante, pues posee la capacidad de señalar un peligro o amenaza para el individuo gracias a su naturaleza anticipatoria, sin embargo, ésta puede tornarse en patológica si se funda en valoraciones irracionales de amenaza.

Cuando la ansiedad es leve, produce una sensación de inquietud, intranquilidad y desasosiego, pero cuando es muy severa, puede llegar a paralizar al individuo y vendría a transformarse en pánico (Cía, Alfredo, 2002. p. 34).

Aguilera y Santana (2007) mencionan en su libro, que a pesar de que todo ser humano experimenta ansiedad en una u otra época de su vida, existen personas para las cuales la ansiedad se vuelve una condición emocional permanente o casi permanente con un agobiante sentimiento de preocupación o temor, sin que exista un motivo real que justifique su estado, y es ahí cuando su utilidad se convierte en desadaptativa (Aguilera, 2007. p. 87 - 88).

Amparo Belloch et al. (1995), de manera semejante, mencionan en su obra que la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real (objetivo) de la situación, sino que puede ocurrir de forma irracional frente a situaciones de escaso peligro objetivo, o bien frente a situaciones que carecen de peligro real. Por lo tanto, la ansiedad puede ser entendida como una respuesta normal y necesaria, o como una respuesta desadaptativa, la cual vendría a ser una ansiedad patológica o clínica (Belloch et al, 1995. p. 54).

Según algunos autores como Spielberger et al. (1984), a diferencia de la ansiedad normal, la patológica o clínica es una manifestación más frecuente, intensa y persistente que la ansiedad normal, es decir, a nivel general la ansiedad patológica se caracterizaría en principio por presentar ciertas diferencias cuantitativas en

relación a la ansiedad normal (un nivel más elevado de ocurrencia, intensidad y duración). Pero también hay diferencias cualitativas entre la ansiedad normal y la patológica, o bien entre las distintas categorías clínicas (Belloch et al., 1993. p. 56).

La distinción entre ansiedad clínica y no clínica, se establece por la demanda que hace la propia persona en relación al tratamiento, la misma que puede estar determinada, aparte de los propios problemas de ansiedad, por otros factores como las características de personalidad, creencias personales de enfermedad, presiones familiares, entre otras.

En el caso de que se trate de ansiedad clínica, se desarrollará un trastorno de ansiedad, el cual puede manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. Los cambios más comunes son los que explicamos anteriormente (Belloch et al., 1995. p. 54 - 56).

Por lo explicado anteriormente, no se puede hablar de una marcada diferencia entre si es mayor la población de ansiedad clínica o si es mayor la población de ansiedad normal, pues la alteración de algunos sujetos “no clínicos”, resulta no clínica simplemente porque no han acudido a consulta psicológica o a una clínica.

2.8 Comorbilidad entre los trastornos de ansiedad:

La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresión, trastornos somatoformes, psicosomáticos, disfunciones sexuales, alteraciones del sueño, alcoholismo y drogadicción, es un fenómeno muy común. Por este motivo, como habíamos indicado al inicio de éste trabajo, científicos y profesionales de la salud han tomado a la ansiedad como una característica central presente en casi todos los trastornos psicopatológicos.

Cuando existen casos de comorbilidad, suelen implicarse estrategias de intervención diferenciales para cada uno de los cuadros, tomando en cuenta el origen, curso y pronóstico del cuadro diagnosticado.

En cuanto a la comorbilidad entre la ansiedad y depresión, los pacientes con diagnóstico principal de depresión mayor tienden a exhibir tasas elevadas y consistentes de diagnósticos comórbidos de ansiedad, y viceversa. Por la concurrencia existente entre los síntomas de ansiedad y depresión, algunos autores han designado como entidad clínica el “trastorno mixto de ansiedad-depresión”, pues las dos rara vez se presentan como entidades puras.

Aunque algunos autores como Clark y Watson (1991, p. 332) están de acuerdo con la existencia del trastorno mixto, el cual existe cuando ni los síntomas de ansiedad ni los de depresión predominan claramente. Sin embargo, otros indican que las personas que presentan síntomas mixtos de ansiedad y depresión representan un tipo de población con alto riesgo para desarrollar formas más severas de trastornos afectivos (por ejemplo, depresión mayor) o de trastornos de ansiedad (por ejemplo: trastorno de pánico) cuando son expuestos a algún suceso vital importante.

Para los autores que no están de acuerdo con la existencia de este “cuadro mixto”, éste diagnóstico puede representar una fase residual de una forma más severa de trastorno ya sea de depresión o de ansiedad (Belloch et al., 1995. p. 67 - 72).

Lo anterior no implica que por ser entidades que se presentan rara vez de forma pura, deban confundirse sus conceptos, pues los dos cuadros tienen aspectos comunes pero también tienen fenómenos específicos de cada uno, y el conocimiento de éstos fenómenos específicos, es el punto fundamental para saber brindar el tratamiento indicado en cada uno de los casos.

Según los autores Clark y Watson (1991), lo que caracteriza y diferencia a los pacientes depresivos con los pacientes con ansiedad, es el bajo afecto positivo, pues el alto afecto negativo, si bien es un elemento común a la ansiedad y depresión, tiende a ser más característico de la ansiedad, mientras que la indefensión es más propia de la depresión (Belloch et al., 1995. p. 74).

Nota: El DSM-IV considera al trastorno mixto de ansiedad-depresión dentro del trastorno de ansiedad no especificado, mientras que el CIE-10 sí lo define como trastorno mixto de ansiedad-depresión en los casos en que, estando presentes los síntomas de los dos cuadros, ninguno de ellos predomine claramente ni tenga la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico separado (Belloch et al., 1995. p. 71).

2.8.1 Comorbilidad en la infancia y adolescencia: El principal síndrome característico de la infancia-adolescencia es el trastorno de ansiedad de separación, el cual coexiste a veces con otros trastornos de ansiedad u otros de depresión, pues al igual que en la adultez, los síntomas depresivos y ansiosos se solapan entre sí (Belloch et al., 1995. p. 70 - 71).

En la tabla 1 presentamos algunos aspectos comunes entre la ansiedad y depresión.

2.9 Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM - IV (TR):

- Trastorno de pánico (crisis de angustia)
- Agorafobia.
 - Trastorno de pánico sin agorafobia.
 - Trastorno de pánico con agorafobia.
 - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

- Fobia específica (antes fobia simple)
 - Tipo animal.
 - Tipo ambiente natural.
 - Tipo sangre, inyección, herida.
 - Tipo situacional.
 - Otro tipo.
 - Fobia Social (trastorno de ansiedad social)
 - Tipo generalizado.
 - Tipo no generalizado.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastorno de estrés postraumático
 - Tipo agudo.
 - Tipo crónico.
 - Trastorno de estrés agudo
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Trastorno de ansiedad por condición médica.
 - Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
 - Trastorno de ansiedad no especificado.
 - Trastorno de ansiedad de separación (Inicio en la infancia o adolescencia)
- (Belloch et al., 1995. p. 64).

Tabla 1: Aspectos comunes entre la ansiedad y depresión.

DEPRESIÓN	ASPECTOS COMUNES	ANSIEDAD
BAJO AFECTO POSITIVO	ALTO AFECTO NEGATIVO	HIPERACTIVACIÓN FISIOLÓGICA
- Tristeza - Anhedonia - Pérdida de interés - Apatía - Tendencias suicidas - Baja activación simpática - Pérdida de apetito - Inhibición psicomotora - Sentimientos de inutilidad - Percepción de pérdida	- Irritabilidad - Preocupación - Baja concentración - Insomnio - Fatiga - Agitación psicomotora - Llanto - Sentimiento de inferioridad - Culpa - Baja autoestima	- Miedo - Pánico - Nerviosismo - Evitación - Inestabilidad - Alta activación simpática - Tensión muscular - Hipervigilancia - Percepción de amenaza/peligro
DESESPERANZA	INDEFENSIÓN	INCERTIDUMBRE

Fuente: Amparo Belloch et al, 1995. p. 74. (Basado en Clark y Watson, 1981 y Alloy et al., 1990) *Ansiedad y Depresión: Aspectos comunes y aspectos específicos.*

2.10 Tratamiento de la ansiedad:

Los autores Toro y Yepes (2004) refieren en su obra que el objetivo principal del tratamiento consiste en la reducción de los síntomas a un nivel tolerable, ya que ha menudo no es posible eliminarlos por completo. Si los síntomas son leves y se asocian con factores estresantes psicosociales, el manejo farmacológico puede ser suficiente. Sin embargo, para síntomas más severos o duraderos, sí es necesario

combinar el tratamiento farmacológico con tratamiento psicológico u otros tipos de tratamiento que resulten eficaces para el paciente (Toro y Yepes, 2004. p. 207).

2.10.1 Tratamiento no farmacológico:

Una parte muy importante del tratamiento es la evaluación, incluyendo el examen físico y la explicación respectiva acerca de la ausencia de la enfermedad física. Estas medidas no sólo ayudan a descartar otras enfermedades, sino que alivian la ansiedad y sirven para establecer una adecuada relación médico-cliente.

La psicoeducación, es otro aspecto fundamental en el tratamiento no farmacológico, y consiste en comunicar de forma sencilla un diagnóstico específico o el diagnóstico de impresión que se tenga, en este caso el del trastorno de ansiedad que se haya identificado, evitando culpabilizar al paciente y ofreciéndole un pronóstico alentador, en el caso de ser real esta apreciación.

La psicoterapia de apoyo incluye la oportunidad de que la persona exprese sus preocupaciones sobre sus problemas familiares, económicos o de salud que lo estén afectándolo, y luego el terapeuta deberá explorar las relaciones entre éstos y los síntomas que presenta su cliente.

Otras opciones terapéuticas son la relajación muscular, la biorretroalimentación y la meditación. Estas técnicas pueden producir una respuesta de relajación muscular que disminuye la ansiedad dándole a la persona cierto grado de control sobre sus síntomas. Las técnicas de relajación son un instrumento muy útil para controlar y disminuir la ansiedad en diversas situaciones y patologías, y una vez que se domine la aplicación

de éstas técnicas, podrán combinarse con otras, ya sean cognitivo-conductuales, guesálticas, sistémicas, etc., obteniendo resultados muy efectivos a través de una terapia integral (Cía, Alfredo, 2002. p. 396–402).

Otras estrategias se derivan de la terapia del comportamiento. Estas pretenden modificar el comportamiento de evitación y la percepción cognitiva que acompaña a la ansiedad mediante algunas técnicas como por ejemplo: la desensibilización sistemática, detención y detección de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, etc.

El ejercicio físico regular es otra estrategia útil en personas que sufren trastornos o síntomas de ansiedad, pues los ayudará a enfocarse en otras cosas y más que nada le permitirá relajarse. (Toro y Yepes, 2004. p. 207).

En fin, existen múltiples corrientes psicológicas y cada una tiene sus técnicas dentro de la aplicación del tratamiento, por lo tanto la intervención dependerá de la corriente que siga el terapeuta. En nuestro caso, la investigación se trata de las técnicas de arteterapia, las cuales daremos a conocer en el siguiente capítulo.

2.10.2 Tratamiento farmacológico:

Los ansiolíticos benzodiacepínicos (BZD) son las drogas más prescritas en esta entidad (especialmente en TAG) y tienen además una mayor evidencia de efectividad. Se ha visto que aproximadamente el 70% mejoran al tomar la medicación, pero de éstos en el 40% hay remisión de los síntomas y el 30% mejora parcialmente. Si la medicación está bien prescrita, la respuesta es rápida en la primera semana, pero si con dosis adecuadas ésta no se obtiene, es recomendable reevaluar el diagnóstico.

También los antidepresivos tricíclicos, a pesar de haber sido poco estudiados en personas con trastornos de ansiedad, muestran que tienen cierta utilidad en dosis más bajas que las empleadas en pacientes con depresión (Toro y Yepes, 2004. p. 207).

2.11 Conclusiones:

Como hemos visto, la ansiedad constituye uno de los factores principales en nuestra supervivencia. Si ésta no da un resultado adecuado por múltiples motivos, podría transformarse en el elemento principal para desencadenar en nosotros un trastorno o enfermedad mental, y más aún si tenemos la predisposición genética que fomente el desarrollo de una de ellas. Ahora bien, todos hemos sentido ansiedad frente a ciertas situaciones de la vida, pero lo importante es saber detectar si son síntomas de desequilibrio, puesto que como cualquier otro, afectará a nuestro desempeño mental y físico, y si no es tratado a tiempo, podría impedirnos llevar una buena calidad de vida.

En el caso de que el terapeuta llegue a sospechar la existencia de un problema de ansiedad, debe tener cuidado al momento de diagnosticar, pues debe determinar si se trata de un aspecto de la personalidad de la persona o de un estado emocional de ansiedad, por lo que la evaluación es un aspecto principal y sumamente importante al momento de iniciar un proceso terapéutico, en donde la ayuda psicológica puede ser muy efectiva, y más aún si se integra con tratamientos complementarios en el caso de ser necesarios.

Se espera poder romper con el mito de que solo una persona enferma debe buscar ayuda, pues se debe recordar que el terapeuta brindará la atención correspondiente a las necesidades del paciente o persona a la que atiende, ya que el objetivo único

y principal es alcanzar el bienestar y sanación de la persona y devolverle la sensación y convicción de que es una persona funcional y útil dentro de la sociedad y para sí mismo.

CAPÍTULO III

ARTETERAPIA

“La creatividad es la expresión de la existencia en sí misma.”

(Winnicott, D., 1999).

El arte se presenta a lo largo de la historia de la humanidad como parte de cada cultura, representando las vicisitudes presentes en cada sociedad y en cada época, siendo inherente a la expresión y comunicación del hombre. Los artistas siempre han sabido representar aspectos propios de la sociedad y la cultura en las que han vivido. En este sentido, el arte es un medio expresivo y comunicativo por excelencia. Por otro lado, puede ser manifestado de múltiples maneras como son dibujos, artes plásticas, drama, así como las imágenes mentales, entre otras cosas; y su contenido es sumamente rico e importante ya que representa contenidos inconscientes que el sujeto manifiesta involuntariamente mediante la realización de sus obras, consiguiendo de por sí una transformación en el individuo.

Es así, como el hombre mediante las formas artísticas es capaz de manifestar sus sentimientos, emociones, pensamientos y sensaciones que le resultan complicados de poner en palabras.

3.1 Antecedentes históricos:

Las terapias por la expresión artística nacieron y se desarrollaron en Estados Unidos de América, donde se denominaron "Expressive Arts Therapies", dada la amplia aplicación de métodos artísticos en el marco terapéutico y pedagógico.

Desde 1971 las principales referencias del arteterapia son las investigaciones de Winnicott sobre el “objeto transicional”, sin embargo, existen estudios de que este tipo de terapia ya se utilizó en Europa desde 1940. (Buchelli, P. 2010).

Las imágenes y su importancia se originaron como reacción a la práctica analítica con Sigmund Freud a través de la libre asociación de ideas, los sueños, etc., y también con Carl Jung a través de los arquetipos establecidos por la historia de la humanidad.

El arteterapia no da relevancia a las palabras ya que aunque en el lenguaje están presentes las imágenes a través de las metáforas, siempre existe la dificultad de volcar dichas imágenes en palabras. Por este motivo, el arteterapia evita el puente del lenguaje, para adentrarse directamente en el mundo de las imágenes (Arias, Diana y Vargas, C., 2003. p. 13 – 18, 34 - 36).

3.2 Definiciones:

La Asociación Americana de Arte Terapia (AATA) define esta disciplina como:

“El arte terapia es una profesión establecida en la salud mental que ocupa los procesos creativos de la realización de arte para mejorar 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 stress, aumentar el auto-estima y la auto conciencia, y alcanzar la Introspección” (Castillo, B. 2007, “Arte terapia al servicio del proceso de reparación de una adolescente en riesgo social con abuso sexual en la infancia” Santiago de Chile).

El arteterapia es la aplicación científica del arte en un proceso terapéutico con personas que desarrollan su capacidad de creación de imágenes, símbolos y

metáforas para recuperar, desarrollar e integrar todo su potencial físico, mental, emocional y espiritual, con lo que aprenden a concienciar sus problemas o trastornos y a desarrollar sus propias habilidades, facultades y recursos para afrontar éstos y suprimir sus efectos. A este proceso Jung lo llamaba “Individuación” y la Psicología Humanista lo denomina “el ser humano integrado”.

Este tipo de terapia se fundamenta en la unión de los conocimientos y la práctica de arte y psicología, desde los cuales se sabe que todas las personas tenemos la capacidad de proyectar en formas artísticas, nuestras imágenes internas, en las cuales podemos aprender a leer las claves simbólicas de nuestro subconsciente.

En este proceso terapéutico no es relevante que la persona tenga conocimientos técnico-artísticos para realizar una elaboración artística concreta. Lo que realmente importa es lo que pasa y se manifiesta durante esta elaboración o actuación, tanto en su mundo interior como en su relación con el terapeuta.

El desarrollo del potencial de creación artística, innato en toda persona, conduce progresivamente a la identificación de los propios recursos que han de permitir indagar y descubrir soluciones a sus dificultades, pues la elaboración del trabajo artístico abre el camino a la libre expresión, a la intuición, a la imaginación y al lenguaje verbal y no verbal.

Esta terapia actúa de manera transdisciplinaria, es decir, utilizando de forma integrada y alternativa diversas expresiones artísticas, de la forma más adecuada y adaptada a las características y preferencias de cada persona. Es así, que el arteterapia integra las diversas expresiones artísticas (artes plásticas, música, literatura, danza, teatro, psicodrama, poesía) y aspectos de las ciencias humanas (psicología, educación por el arte, filosofía, sociología), para abordar la cura y el desarrollo humano, a través de la expresión creativa y estética. Implica un conjunto

de herramientas teórico-metodológicas de carácter terapéutico, preventivo y de desarrollo, que incluyen de manera fundamental el trabajo con diferentes lenguajes artísticos y, que teniendo un efecto terapéutico, se emplea en diversos campos de aplicación: psicoterapia, acompañamiento a pacientes con dolencias físicas, trabajo en comunidades, docencia, tareas institucionales, crecimiento personal, entre muchas otras. El enfoque es siempre clínico, pero no es necesariamente el campo de aplicación.

En resumen, el arteterapia es una disciplina del campo de la psicoterapia en la que se emplean recursos de las artes con objetivos terapéuticos. Ella resulta de la convergencia de las teorías de la Psicología y las técnicas y conocimientos artísticos, abarcando así las especialidades de Musicoterapia, Danza y Movimientoterapia, Psicodrama, Biblioterapia y Arteterapia Plástica (<http://www.terapia-de-arte.com/inicio.htm>. 2005).

3.2.1 Relación entre arte y psicología:

El intento de crear una obra de arte permite una liberación en algunos aspectos, pero también es una fuente de tensiones, ansiedades y preocupaciones. Se puede desarrollar la destreza en la percepción y apreciación del arte con otra habilidad de producción o ejecución (<http://www.terapia-de-arte.com/inicio.htm>. 2005).

3.3 Objetivos del arteterapia:

El objetivo principal es en esencia el mismo para todas las corrientes psicológicas: alcanzar el bienestar de quien acude a la terapia, produciendo un cambio en su desequilibrio. (Arias, D. y Vargas, C. 2003. p. 14).

Para este proceso terapéutico, se busca facilitar herramientas prácticas que a partir de una imprescindible base teórica, permitan el empleo de la expresión artística en diversos ámbitos y tareas profesionales.

La potente eficacia de la expresión artística se basa en la multiplicidad de funciones del arte: estéticas, comunicativas, educativas, terapéuticas, transformadoras, expresivas, cognitivas, creativas y heurísticas. Éstas funciones se interrelacionan, complementan y multiplican, más aún, si se emplea de modo transdisciplinaria, transitando de una expresión artística a otra.

Lo peculiar de esta formación es que:

- Facilita un abordaje teórico-práctico de la expresión artística transdisciplinaria.
- Genera un espacio de aprendizaje donde en todos los temas se prioriza lo grupal y lo vivencial propiciando el desarrollo de habilidades que combinan el conocimiento y el estilo personal de cada alumno.
- Provee un amplio conjunto de herramientas para la utilización de la expresión artística en los campos más diversos: educativos, sanitarios, socioculturales, organizacionales, comunitarios.
- Su objetivo es utilizar herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos internos del individuo, cuya puesta en palabras resulta incompleta o dificultosa por diversas causas, apelando a medios no verbales (<http://juegosyartesdaconsciencia.blogspot.com/2009/04/fundamentos-del-arte-terappia.html> Heras, C., 2008).

3.4 Fundamentos científicos:

El arteterapia como tratamiento psicológico es relativamente nueva y aun se encuentra en fase de desarrollo. Como en otras disciplinas no existe consenso sobre la forma de aplicarla, pues depende de las diversas corrientes.

Como dijimos anteriormente, el objetivo del arteterapia es el mismo para todas las corrientes psicológicas: el bienestar del que acude a la terapia.

3.4.1 Enfoques psicológicos del arteterapia:

3.4.1.1 Arteterapia y psicoeducación: se utiliza como medida preventiva a problemas futuros especialmente en niños y adolescentes, por eso es tan necesaria en el ambiente escolar. El objetivo es diagnosticar e identificar las necesidades reales de los niños.

3.4.1.2 Arteterapia conductual: aplica a metodología de Skinner que profundiza en la importancia de la observación del comportamiento para observar la conducta tal como se presenta en el ambiente. Esta rama aplica técnicas de modificación del comportamiento, mediante el condicionamiento y el procedimiento de moderación. El terapeuta ayuda al paciente a involucrarse en el manejo de los materiales y le ayuda a participar activamente de las sesiones. Estas técnicas se usan especialmente con personas con trastorno psíquico severos; también ejerce una función pedagógica a través de técnicas que requieren construcción de objetivos bidimensionales y tridimensionales. En las sesiones de arte terapia conductual los clientes aprenden a relacionarse con el entorno, lo cual les otorga un sentimiento de satisfacción y avanzan en los procesos cognitivos que la arte terapia conductual les propone.

3.4.1.3 Arteterapia cognitivo conductual: se basa en la importancia que tiene la percepción en los procesos cognitivos y la manera en que cada persona hace uso de ella para interactuar con el entorno. Este proceso se denomina “construcción personal”, y puede expresarse de forma verbal y no verbal. Así realizar trabajos de

arte ofrece la oportunidad de expresar ideas no verbales que son parte del sistema de construcción final de un individuo. La arte terapia cognitiva conductual provee a la persona de un espectro mayor de soluciones a sus problemas. Se utiliza con adultos mediante dibujos, collage, fotografías con valor afectivo, lo cual sirve para aumentar el control de las emociones internas, identificar el nivel de explosividad, disminuir la ansiedad ante determinadas emociones, disminuir las estrategias de evasiones, etc.; y también es aplicable a niños mediante el dibujo la escritura, la pintura etc., lo cual pretende tratar modelos defectuosos de pensamiento incentivar la solución de problemas y generar elección de comportamientos , aprende nuevas formas de acción, creación de imágenes mentales para transformar el comportamiento como podría ser o nos gustaría que fuese.

3.4.1.4 Arteterapia dirigida al desarrollo cognitivo: es utilizada para medir, identificar y desarrollar las herramientas cognitivas de los individuos, ya que el arte se considera como un lenguaje no verbal. Esta también contempla el tratamiento de los desordenes emocionales, derivados de los problemas cognitivos. este tipo de arte terapia ayuda a desencadenar el concepto de orden secuencial a través de la pintura, mediante la creación de secuencias de colores, así como organizar grupos de figuras con colores. También ayuda a desarrollar conceptos espaciales, mediante la observación de dibujos.

3.4.1.5 La tercera fuerza: en oposición a las terapias basadas en el análisis de las determinaciones psíquicas, existe otro enfoque que ve en la naturaleza humana la posibilidad de crecimiento y desarrollo, en donde las cuestiones existenciales son muy importantes para la orientación del individuo, debido al sentido que cada uno le otorga a la existencia y los conflictos que derivan de esa realidad. Este grupo de orientación se conoce con el nombre de tercera fuerza por ser una alternativa al psicoanálisis. Dentro de esta corriente están:

3.4.1.5.1 Arteterapia Gestáltica: el cuerpo es parte esencial de esta terapia, con lo cual los gestos y expresiones, sonidos y movimientos, se entiende como parte importante de los sensorial y por tanto de la percepción. La producción de arte se enciende como una forma de autoconocimiento pero siempre recordando la importancia que tiene la totalidad, pudiendo aplicarse a través de nuestras propias creaciones. Mediante la obra de arte en la terapia Gestaltica se logra explorar la interacción entre los fenómenos físicos y psicológicos, en donde el cliente puede ver la estructura de su comportamiento, de tal forma que pueda producir cambios en su experiencia destinada a la percepción del individuo como algo orgánico. De esta forma tanto el terapeuta como el cliente ven la evolución cambio o transformación de los contenidos que aparecen en las diversas sesiones. Puede ser directiva o no directiva. En esta terapia es fundamental el movimiento y lenguaje corporal por lo que no todos los clientes no terapeutas pueden utilizarla. Los resultados son muy satisfactorios tanto para niños como para adolescentes, sin discriminar a otras personas de otra edad.

3.4.1.5.2 Arteterapia Humanista: sus objetivos son resolver los conflictos o problemas y reconocer la identidad a través de la expresión creativa y encontrar las premisas básicas que nos permiten ver a la vida con sentido. Este tipo de arte penetra en las necesidades y sentimientos del individuo, así como en el origen de las tensiones que pueda enfrentar. Utiliza la danza, la música, la poesía y el drama, con lo cual pretende transformar los sentimientos antes que borrar las preocupaciones y sentimientos de malestar. Esta corriente considera la creación como algo innato en donde la creatividad se involucra en las formas de asumir la existencia.

3.4.1.5.3 Arteterapia expresiva centrada en la persona: contempla en su funcionamiento la música, la danza, la escultura, la escritura, la imaginación o la meditación, puede aplicarse individualmente o grupalmente, pues cualquier proceso creativo es útil para desarrollar las potencialidades del individuo. En esta terapia también se abordan las polaridades, las tensiones entre la alegría y la tristeza, la paz y la violencia, el pesimismo, lo bueno y lo malo, etc.

3.4.1.5.4 Arteterapia transpersonal: tiene en cuenta los aspectos espirituales del individuo, en donde el papel de la terapia no consiste en realizar diagnósticos sobre quien acude a ella sino que trata de trabajar con la intencionalidad y autenticidad fundamental en el ser humano. Hace uso de ejercicios procedentes del yoga o el taichí, ejercicios de respiración, relajación, trabajo corporal y visualización. Para esta terapia la meditación, en donde el proceso de la realización de la obra es tan importante como la obra realizada (Arias, D. y Vargas, C. 2003. p. 37 - 64).

3.5 Relación entre Humanismo-Gestalt-Arteterapia:

Cuanto más elemental sea el nivel psicológico de un ser humano, más fielmente deben reflejar sus dibujos aquello que correspondería a su estado psicológico. Hay que tener en cuenta que el contenido de la percepción no es igual a la suma de las cualidades correspondientes a la imagen proyectiva.

Cuando la precisión del estímulo no permita modificaciones manifiestas como cambio de iluminación, tiempo de exposición, etc., la percepción consistirá en organizar el material sensorial para constituir configuraciones de Gestalten simples y buenas. (Hogg, J., et al. 1995. p. 238-239).

3.6 Arteterapia y su metodología:

En este proceso terapéutico se crea una relación triangular Cliente-Terapeuta-Obra. Puede ser directiva o no directiva, individual, familiar o grupal. Una vez finalizada la obra, se observa y analiza su sentido y lo que expresa, no mediante interpretaciones del terapeuta sino más bien pautas y preguntas que éste realiza al paciente para encontrar emociones, sentimientos, desconocidos, etc. La disfunción de la capacidad simbólica puede ser origen de patologías como la esquizofrenia o la afasia.

Diagnostica desordenes mentales, sirve en asistencia de enfermos terminales, tratamiento de experiencias traumáticas, enfrentamientos a circunstancias excepcionales, para el desarrollo y crecimiento personal y problemas de aprendizaje. Es aplicable a niños, adultos, jóvenes, familias, parejas y grupos.

3.6.1 Arteterapia de grupo: se desarrolla en el contexto en las diferentes orientaciones de la psicología, en donde lo más importante es la interacción de las personas durante las sesiones, puede ser directiva o no directiva. Las técnicas que se utilizan son las mismas que las usadas en la terapia individual, sin embargo el drama y la danza son utilizadas con mayor frecuencia.

3.6.2 Arteterapia familiar: implementa medios gráficos para observar las relaciones existentes entre sus miembros, y su objetivo es encontrar nudos para producir transformaciones y cambios al interior de la familia. Se utiliza frecuentemente el dibujo, la pintura, el colage, la creación de libros de familia, construcción de proyectos y murales en donde participen todos los miembros. Es necesaria la cooperación y disposición de todos los miembros. Las obras creadas ayudan a articular nuevas formas de relaciones y a quitar la rigidez de hábitos disfuncionales. Permite entender

la forma de operar del otro, por lo cual la técnica del psicodrama es la más efectiva (Arias, D. y Vargas, C. 2003 p. 100-105).

3.7 Artes que se utilizan en arteterapia:

Los primeros usos terapéuticos del arte en psicoterapia los realizó Carl Jung, especialmente la pintura. El desarrollo del arte como terapia muestra la producción estética de los individuos para expresar sus más profundas emociones. Las creaciones de personas con trastornos mentales, se toman en cuenta como vías simbólicas y expresivas más allá del simple rastreo de síntomas ya que sirve como vehículo para la curación del dolor humano. A continuación presentamos algunos medios de expresión de sentimientos a través del arte.

3.7.1 Música:

Conmueve, crea y cambia estados de ánimo, pues sirve de medio para expresar significados sin necesidad de utilizar las palabras. Puede ser utilizada en todo tipo de personas y enfermedades y sobre todo en pacientes con dificultades de lenguaje, discapacidad o problemas de comunicación. Es un complemento para tratar problemáticas de aprendizaje, atención, memoria y concentración. Se utiliza en contextos de problemas emocionales, físicos o cognitivos que crean en una persona. Sirve para tratar también a personas marginadas socialmente, enfermos terminales o degenerativos, personas que buscan crecimiento personal. La música tiene poderes curativos al producir efectos en la respiración mejorando el metabolismo, controlando emociones y estimulando el pensamiento mediante sus vibraciones. Dentro de la musicoterapia, existe el “*EFEECTO MOZART*”, que facilita las actividades cerebrales que requieren las matemáticas y la lógica, así como el razonamiento espacio-temporal. Se usa

en discapacitados mentales, ciegos, sordos (a través de las vibraciones), personas con problemas de habla (paladar hendido, etc.) personas con parálisis cerebral, parálíticos, personas con tumores, artritis, problemas circulatorios, personas con problemas ortopédicos, entre otros.

3.7.2 Danza y movimiento corporal:

Es muy importante en la socialización. Implica la expresión a través del cuerpo, es utilizado en las desordenes alimenticios, en trastornos psíquicos, en niños víctimas de abuso sexual, mendigos, población carcelaria y abuso de drogas, personas con enfermedades crónicas, entre otros trastornos. Su objetivo fundamental es el desarrollo de la imagen de nuestro cuerpo. Tiene efectos benéficos sobre los procesos fisiológicos, permite el autocontrol emotivo estimula la sensación de bienestar, se adquiere confianza en sí mismo y en los demás, estimula la concentración, memoria, etc. Algunas veces se combina con el canto y con la presencia de instrumentos musicales. Es aplicable en el tratamiento de trastornos físicos y psíquicos y en el desarrollo personal, busca conseguir integridad y armonía psicofísica. Se implementa con enfermos mentales, los cuales expresan de manera involuntaria sus sentimientos y emociones a través de su técnica, se utiliza también con pacientes discapacitados intelectualmente, con ancianos, personas que se encuentran en silla de ruedas, ciegos y cualquier otra persona a menos que se encuentre completamente imposibilitada de movimiento.

3.7.3 Poesía:

Permite traducir la experiencia emocional y sensual al lenguaje ya que está lleno de imágenes retóricas que sirven para nombrar lo inexpresable. La escritura y lectura de la poesía sirven para entrar en contacto con el interior

de la vida del sujeto. Puede realizarse en forma individual o grupal. La poesía permite ver las cosas desde otra perspectiva a través de las condiciones afectivas y emotivas que esta produce. El objetivo de las sesiones es encontrar imágenes que expresen experiencias vividas. Se utiliza en niños, adultos, discapacitados mentales, enfermos terminales o degenerativos, pacientes con amputaciones, mutaciones, en duelos, personas ciegas, entre otras, para que puedan ubicar cuestiones no resueltas o sentimientos no aceptados.

3.7.4 Narración:

Relatar historias permite recoger las percepciones más profundas de quien las escribe. La escritura o la lectura de la narración ponen a la persona en contacto consigo misma, dejando fluir sus sentimientos y percepciones acerca de sus experiencias de vida en palabras o mediante la lectura de ellas. Puede ser directiva o no directiva. Una técnica puede ser escribir diarios, cartas, pensamientos, sensaciones, fantasías, sueños, etc., lo cual permite el autoconocimiento de la forma en que articulamos nuestras experiencias, expectativas y deseos. La lectura de las narraciones se aplica para lograr transformaciones y emociones en el oyente y permite ver las transformaciones que un individuo sufre a través del tiempo.

3.7.5 Pintura:

Es utilizada también dentro de la terapia ocupacional. Es un medio de expresión para explorar las necesidades psicológicas de los pacientes, las sensaciones y percepciones que tienen frente a los conflictos. Se aplica en instituciones psiquiátricas, carcelarias, geriátricas, como forma de expresión y tratamiento. Puede utilizarse de forma grupal, mediante la creación de

murales, para estimular la interacción social. La terminación de una obra puede aumentar la autoestima, tiene un efecto benéfico sobre el sistema nervioso, ya que actúa como un agente mediador de la conducta perceptiva. Mediante el autorretrato permite explorar la imagen que se tiene de uno mismo.

3.7.6 Dibujo:

Se diferencia de la pintura en que la figura se realiza a través de líneas y puede haber completa ausencia de color. Es una de las técnicas más utilizadas debido a la facilidad de acceso a sus materiales y puede ser directiva o no directiva. En el tratamiento se van comparando los dibujos a lo largo de las sesiones para hacer un seguimiento de los cambios del paciente. Se toma en cuenta la proporción de los dibujos, su tamaño con respecto al papel, el lugar que ocupa cada figura, etc., ya que contribuye a detectar la sensación que dicho dibujo o ausencia del mismo producto, tiene en el individuo. Esta técnica es precisa para los niños, especialmente los que han sufrido violencia familiar, abuso sexual, hospitalización, víctimas de enfermedades degenerativas y también discapacitados intelectuales. Sirve también para los adultos en cuanto a problemas familiares, problemas de relación, estrés, desórdenes de la alimentación, depresión o para acceder al autoconocimiento.

3.7.7 Fotografía:

Se basa en la forma particular de que cada individuo tiene miedo de mirar lo que le rodea, imprimiendo en la fotografía su estado de ánimo, sueños, fantasías y deseos. Mediante la visualización de las fotografías se evocan recuerdos importantes que nos permiten ver los cambios, tanto físicos como

emocionales, de las situaciones y de la persona en sí. Permite pensar, interactuar y percibir las cosas desde distintos puntos de vista. Al fotografiar, el cliente deja fluir su imaginación y expresar los sentimientos, emociones y pensamientos que le produce la imagen que ha captado. Se aplica en personas con trastornos de la alimentación, adictos, sujetos en períodos de rehabilitación, ancianos, en terapia familiar y de grupo y con personas que quieren resolver conflictos emocionales. Se pueden utilizar diapositivas e incluso la actividad se puede realizar en solitario. Se puede utilizar la fotografía Kirlian, en donde la fotografía capta reflexiones energéticas del cuerpo, para observar el estado de salud y el aura.

3.7.8 Collage:

Lo irracional también conforma al hombre, por lo que la imagen creada con recortes y retazos de diversos materiales que pueden ser de dos o tres dimensiones, pueden representar el interior de la persona. Se puede utilizar todo tipo de material incluyendo símbolos propios. Se utiliza especialmente en desordenes de alimentación, estrés, conflictos emocionales, ya que aquí se plasma la contradicción experimentada por estos sujetos. Debe realizarse con total ausencia de pensamientos intencionales, ya que así se muestran realmente las distintas facetas de un problema o de todos los retazos de los que está constituida una persona y las relaciones que hay entre dichas facetas, permite mirar las cosas desde otros ángulos y crear estrategias distintas para resolver conflictos. Es útil en discapacitados mentales ya que les permite desarrollar nuevas habilidades y con personas mayores para reconstruir su biografía a través de fotografías familiares. Sirve también en escuelas y cárceles.

3.7.9 Psicodrama:

Es la representación de una acción en un espacio físico o escenario en donde los clientes representan acontecimientos de su vida y las percepciones, sentimientos y emociones que estos han creado. Suele realizarse en grupos, pero también es posible realizarlos de forma individual, mediante la representación de objetos. Se aplican varias técnicas como son: el doble, el espacio, cambio e inversión de roles, soliloquio inventados por las personas que participan, así como gritos o gruñidos, para expresar sentimientos y emociones.

La escultura es una variación del psicodrama y se utiliza por lo general y mayoritariamente en la terapia de familia, de pareja y dentro del ámbito laboral. La escultura debe surgir de la subjetividad y explorar la intuición y aspectos más personales que afectan al individuo.

3.7.10 Otras artes:

Aunque son menos utilizadas son formas creativas y eficaces de recurrir a la creación plástica e imaginación para expresar la psicología personal. Entre ellas se encuentran:

- El moldeamiento de la arcilla, que sirve como medio de expresión por su plasticidad.
- El vitral, que permite la posibilidad de expresión mediante el trabajo con el color.
- El video, porque permite registrar el movimiento.
- Los títeres y marionetas, que se implementan como parte del psicodrama y se utilizan con gran eficacia con enfermos mentales, discapacitados

intelectuales, niños retraídos, tímidos o con enfermedades degenerativas, agresiones o abusos sexuales o después de una intervención quirúrgica.

- Elaboración de máscaras en donde se intenta abordar el carácter dinámico del rostro humano y también el carácter de ocultación y revelación mediante los gestos.
- El tapiz o arte del tejido, que representa la cohesión social y la unión de la comunidad a través de los lazos. Se utiliza con menos frecuencia.
- Danza de otras culturas, para el concepto integral del ser humano.
- Feng shui, para lograr que el individuo este contratado en la naturaleza.

3.7.11 La opción personal:

Las distintas opciones y corrientes tienen como denominador común a la creatividad y la imaginación, por lo que no es necesario acudir a un profesional para practicar ejercicios de arte que permitan trabajar los conflictos emocionales presentes en la persona. Se pueden utilizar todas las técnicas nombradas anteriormente (especialmente la música), para conseguir una transformación personal ya que aparte de tener este afecto sirven para mantener la salud física y mental (Arias, D. y Vargas, C. 2003. p 109-187).

3.8 Eficacia del arteterapia:

3.8.1 Funcionamiento del arteterapia:

El desarrollo del potencial de creación artística, presente en toda persona, conduce progresivamente a la identificación de los propios recursos que han de permitir indagar y descubrir medios alternativos a sus dificultades.

La elaboración del trabajo artístico abre el camino a la libre expresión, la intuición, la imaginación y al lenguaje verbal y no verbal.

El servicio se ofrece en sesiones individuales o colectivas, o en una combinación de ambas. Cuando el caso lo requiere, el arteterapeuta puede aconsejar la participación de un psicólogo, psiquiatra o de un médico de familia o neurólogo.

El arteterapia se muestra especialmente eficaz en:

- Trastornos emocionales: depresión, ansiedad, estrés, insomnio.
- Desorientación existencial: falta de autonomía y autoestima.
- Problemas relacionales: relaciones familiares y laborales.
- Problemas adaptativos en pacientes afectados por: cáncer, sida y procesos crónicos.
- Situaciones de pérdida y duelo.
- Adicciones y drogodependencias.
- Déficit de Atención e Hiperactividad Infantil.
- Retraso escolar.
- Problemas de aprendizaje (Buchelli, P. 2010).

3.8.2 Medios de trabajo del arteterapia:

3.8.2.1 Cuerpo:

El primer espacio donde surge la consciencia es el cuerpo, en el íntimo contacto con nuestra madre. A partir de esta experiencia, se construye la base de nuestra identidad, y de la manera como nos relacionarnos con el mundo.

En la memoria de los huesos, músculos, articulaciones, órganos, y sistemas del cuerpo van quedando registradas todas las experiencias vividas, para llegar a ser la persona que se es en el presente. Todas las emociones, los pensamientos, y hasta

las fantasías, influyen sobre el cuerpo, siendo a su vez influidas por él. El cuerpo siempre está involucrado cuando surge la pena y la rabia, la felicidad, la nostalgia o cualquier otra emoción.

En el cuerpo existe una sabiduría capaz de avisar cuando algo perjudica a la persona, y que delata la presencia de alteraciones en el plano emocional o mental.

Si se está dispuesto a escucharlo y cuidarlo, el cuerpo puede llegar a ser el templo del espíritu.

3.8.2.2 Juego:

Es una actividad espontánea y libre donde el ser humano, desde la temprana infancia, comienza a explorar sus límites y posibilidades. Gracias al juego, va elaborando y asimilando las primeras experiencias emocionales, y comienza a dar forma al pensamiento y ensaya su identidad en proceso.

En la libertad del juego es posible ir descubriendo lo que la persona es. Aquí y ahora, sin un objetivo establecido, sólo por el placer de jugar, la persona o cliente se entrega a un libre flujo de acciones, sentimientos, e imágenes, que pueden contribuir a su autoconocimiento y trabajar en él.

El juego viene a ser pregunta y al mismo tiempo respuesta sobre la identidad en proceso.

3.8.2.3 Arte:

Puede ser comprendido como un acto o actitud básica y natural del ser humano que ha sido practicado por los pueblos antiguos, y que generalmente está obstruido por hábitos y rutinas.

El arte se manifiesta como una acción creativa, develando niveles sutiles de la realidad. Busca a través de sus obras un sentido de la armonía, el equilibrio, y la belleza, que sea aplicable a la vida cotidiana, con el propósito de vivir creativamente y trabajar en el autoconocimiento del cliente, en el caso de tomar un papel terapéutico, como lo es el arteterapia.

3.8.2.4 Ritual:

Es una práctica ancestral que han utilizado los seres humanos en su necesidad de revivir el pacto con lo sagrado y salvar así la angustia por la sobrevivencia.

Se instala como un espacio de conexión con las fuerzas profundas que sostienen la personalidad de la persona y le dan un significado trascendente a la vida cotidiana.

Se utiliza como una manera de llevar los símbolos que se han ido produciendo o descubriendo a través del juego y el arte, al plano concreto de las acciones y el cuerpo. Y es así, cómo en ese momento de comunicación con el inconsciente, se pueden sanar heridas e instalar nuevos recursos de equilibrio psicológico (<http://juegosyartesdelaconsciencia.blogspot.com/2009/04/fundamentos-del-arte-terappia.html>. Heras, C. 2008).

3.8.3 Beneficios del arteterapia:

- Expresar sentimientos
- Focalizar problemas
- Desarrollas habilidades creativas
- Promover el crecimiento
- Identificar áreas de conflicto
- Mejorar la comunicación
- Resolver conflictos interpersonales

- Descubrir las habilidades para solucionar los problemas (<http://juegosyartesde laconsciencia.blogspot.com/2009/04/fundamentos-del-arte-terappia.html>. Heras, C. 2008).

3.9 Condiciones del arteterapia:

3.9.1 La producción: el medio creativo no verbal es utilizado como herramienta intermediaria y vamos junto al paciente en busca del sentido que tiene dentro del proceso terapéutico. De tal manera que no es el producto artístico el objetivo de esta práctica, sino el contenido (la mayor de las veces inconsciente) que va arrojando a lo largo del trabajo con cada paciente.

La experiencia demuestra que los pacientes van descubriendo lo que habita sus imágenes a medida que las van describiendo, lo que tiene un efecto sorpresivo muy interesante. Las producciones toman un fuerte valor de registro.

El arte permite acceder a la posibilidad de nombrar y significar aquellos contenidos que no están disponibles fácilmente, por las razones que fueran, para trabajar sobre ellos, aunque si bien no todos los pacientes, por su patología particular, están en reales condiciones de verbalizar, el trabajar solamente desde el nivel de la imagen, mantiene su potencial expresivo y terapéutico. (HOGG, J. et al. 1995. p. 230).

3.9.2 El rol del arte terapeuta: La clave para entender la función del terapeuta descansa en la comprensión de su medio. La aspiración básica del terapeuta es hacer accesibles a personas perturbadas, el goce y la satisfacción que el trabajo creativo pueden proporcionar, y, por su percepción y destreza terapéutica, hacer que dichas experiencias sean significativas y valiosas para la personalidad total.

Kramer, sintetiza el trabajo del arte terapeuta en tres habilidades:

- Tener “ojo terapéutico”
- Tener la capacidad de contener
- Significar los contenidos que la persona vierte según sus necesidades.

Como terapeutas se tiene que adoptar una postura estudiando el "aquí y ahora" del evento. Esto es el rol del terapeuta trabajando con la gente visto como un co-creador más que un “experto asesor”. Esta postura de “no saber” abre la posibilidad de descubrir nueva información acerca del paciente porque permite que la creación de imágenes sea respetada como algo individual que tiene una variedad de significados (Alves, P. 2004).

3.10 Aplicaciones del arteterapia:

Puede aplicarse para el individuo y su relación con el entorno, en las siguientes personas:

3.10.1 Niños y adolescentes: que tienen dificultades emocionales, de comportamiento y cuyas necesidades no son atendidas en la familia ni en la escuela. Se tratan dificultades de aprendizaje, relaciones sociales y familiares, cuestiones emocionales y las dificultades de aprendizaje en el entorno. Con esta población es muy frecuente el modelo no directivo.

Según Shirley Riley (2001) el arteterapia tiene un punto a favor en el tratamiento con los adolescentes. Afirma que los adolescentes son muy sensibles acerca de su autoimagen sobre todo frente a sus amigos, y la inminente estigmatización que provee la terapia verbal, es amenazadora para ésta. Además piensan que cualquier

otro tipo de abordaje psicológico es para personas con desordenes mentales severos.

Los adolescentes no vienen con estos prejuicios a la terapia de arte, precisamente porque es una terapia no verbal dónde los materiales son sinónimo de placer y al mismo tiempo amortiguan las ansiedades de ser analizados.

Otro hito importante es que el arte terapeuta debe mantenerse en una postura neutral y no interpretar el producto, los adolescentes se presentan muy suspicaces frente a los poderes interpretativos del terapeuta. Resguardar este status lo llevará a instalar la confianza que es la base de la relación terapéutica. Este principio de neutralidad debe ser establecido desde el principio de la relación. El arte terapeuta no posee magia para ver el arte, la “magia” proviene del adolescente.

Riley (2001) también comenta acerca de las características del arte adolescente manifestado en la terapia: “A los adolescentes en particular les atrae hacer símbolos y representaciones gráficas, por lo tanto les atrae más usar el arte como lenguaje que el lenguaje verbal”. Esta preferencia por ocupar el lenguaje simbólico en la terapia es de gran ayuda para el terapeuta en el conocimiento del problema, porque el paciente ocupa la metáfora y la narrativa para explicar el producto.” Esto lo libera de la ansiedad de hablar directamente del conflicto. Además de esto, menciona que la utilización de símbolos y metáforas en el arte terapia ayuda a la persona a poner fuera el conflicto (el conflicto ya no es la persona, sino un agente externo) y por ende tomar distancia ayudando a resolverlos mejor (B. Castillo. 2007).

3.10.2 Arte terapia con ancianos: la muerte, la soledad y el abandono son las cuestiones más preocupantes dentro de la población geriátrica, con lo cual el arteterapia permite expresar los temores y sentimientos sobre estos aspectos a

través de las obras de arte, las cuales estimulan su imaginación y mantiene las funciones emocionales, sociales y mentales de los ancianos de tal forma que contribuyen a mejorar su calidad de vida, elevando su autoestima. Puede realizarse en grupo o individual. En estos casos además de la pintura y el dibujo, la literatura es un elemento de gran valor (Arias, D. y Vargas, C. 2003. p. 105-107).

3.10.3 Entornos multiculturales: la migración puede traer problemas, como sentimientos de soledad, rechazo, aislamiento, etc., lo cual crea conflictos y tensiones. Mediante esta terapia los inmigrantes, pueden expresar sus sentimientos frente a esta situación, así como los problemas escolares y de baja autoestima que puede darse en los hijos de estas personas.

3.10.4 Dificultades de aprendizaje: que se dan debido a discapacidades intelectuales u otro tipo de alteraciones de aprendizaje. Mediante los objetos de arte el individuo expresa las emociones producidas por el desajuste personal y social que les crea su discapacidad. Puede hacerse en forma individual o en grupos reducidos. Sirve para detectar el grado de desarrollo mental del paciente. También tiene un papel facilitador entre la terapia y la realidad del paciente. Permite que los afectados por un retraso mental severo encuentren otras formas de expresión.

3.10.5 Trastorno Bipolar: el terapeuta trata de restaurar el significado y valor de la vida del paciente, en donde la recreación de los momentos de valor, sirven para aprender de la experiencia personal y verla desde otra perspectiva. Brinda la posibilidad de retomar la responsabilidad sobre la propia vida. El papel de la terapia consiste en ayudar a la persona a encontrar los mecanismos necesarios para no pasar de un extremo a otro (sino hallar un punto medio), lo cual depende del desarrollo y la autoestima. La terapia puede ser directiva o no directiva, siempre

prefiriendo la realización veloz de las obras, de modo que el cliente no tenga mucho tiempo para pensar y el resultado de la obra se relacione con lo inmediato de su entorno.

3.10.6 Ámbito social: muchos individuos resultan excluidos del funcionamiento de la sociedad ya que no encuentran o disponen de las herramientas para formar parte activa de ella, lo cual les ha llevado a adquirir conductas antisociales. El arteterapia crea mecanismos para explorar este tipo de problemáticas ayudándolos a encontrar herramientas para un mejor funcionamiento dentro de la sociedad.

3.10.7 Violencia y agresividad: el arteterapia representa una vía de exploración de la situación de violencia a la que se llegó y sus motivaciones más profundas. Las sesiones pueden comenzar de modo directivo, para que el paciente describa los acontecimientos que terminaron con el acto delictivo, mediante su creación, dejando fluir sus sentimientos y emociones frente a ello, pudiendo encontrar que el conflicto se deriva de la soledad, el abuso sexual, violencia familiar etc. Se puede utilizar el cómic como vía de narración.

3.10.8 Mendicidad: el arteterapia aporta la posibilidad de que estas personas dejen fluir sus sentimientos y emociones a cerca de la soledad y falta de comunicación a través de sus obras de arte, lo cual puede llevarnos a conocer las causas de su mendicidad y también sirve para estimular la socialización.

3.10.9 Prisiones: en la cárcel el arte se utiliza como herramienta ocupacional para los internos y también para que expresen sus sentimientos frente al encarcelamiento y a las conductas antisociales que lo llevaron allí. Puede realizarse en grupos o individualmente.

3.10.10 Personas con Sida: el arteterapia explora las necesidades psicológicas de estos pacientes, sus sentimientos y contradicciones producidos por esta enfermedad. Se puede realizar en forma grupal o individual y es necesario que las sesiones se den en forma directiva. También permite explorar los mecanismos de defensa que utilizan estos pacientes, permite recuperar la autoestima para activar la reflexión sobre la esperanza fundada en cada persona, para abordar los cambios dados en la sexualidad y las relaciones sociales que se han dado por la enfermedad; es útil también como diagnóstico para detectar la presencia de trastornos mentales asociados al VIH, como la demencia.

3.10.11 Suicidio: el arteterapia explora la fuente de los conflictos que llevan a alguien a desear la muerte. Es útil la creación de dibujos y pinturas que desvelan el mundo personal del sujeto. Suele ser directiva en estos casos y los terapeutas describen cambios en los dibujos cuando la terapia ya ha avanzado.

3.10.12 Abuso de drogas y alcohol: esta enfermedad es considerada un conflicto narcisista en donde hay imposibilidad de expresar emociones y sentimientos a través de las palabras y se rechaza a las terapias centradas en el lenguaje, por lo que la arte terapia es el medio perfecto para que se expresen y exploren conflictos y sentimientos de una forma no verbal a través de las imágenes, con lo cual la persona aprende sobre su enfermedad y encuentra mecanismos para superarla. Se pueden utilizar técnicas de la terapia Gestalt.

3.10.13 Desordenes de la alimentación: el arteterapia utilizada con anoréxicas y bulímicas tiene como objetivo que los pacientes que la sufren tomen conciencia de su imagen verdadera, además de la noción de control. A través del análisis de las obras de arte se identifican sus conflictos y mecanismos de defensa, con lo cual al

final de la terapia se alcanza la autonomía y autocontrol. La más utilizada son los autorretratos (Arias, D. y Vargas, C. 2003. p. 67-100).

3.11 Conclusiones:

Como se ha podido ver a lo largo del capítulo, existen otros medios aparte de las palabras verbales o escritas que se pueden utilizar para expresar sentimientos, pensamientos y emociones. El arteterapia es uno de ellos y es aplicado en múltiples centros y lugares para trabajar no solo con salud mental, sino también en terapia ocupacional en asilos, en escuelas, en cárceles u otras instituciones, en enfermedades físicas, etc.

No está demás recordar que éste tipo de terapia, a pesar de ser muy antigua, prácticamente está abriéndose campo recién a lo largo de nuestro país, sin haber tomado en cuenta antes el hecho de que puede ser útil en muchos de los ámbitos a los cuales no se ha podido llegar mediante otras maneras tradicionales y más que nada pudiendo ser una de las principales elecciones de terapia por muchos. Además, cualquier método que lleve a la persona a conseguir un equilibrio en todos los aspectos de su vida, es útil y efectivo, sea el que sea, siempre y cuando no haga daño al sujeto ni a los que lo rodean, pues el objetivo del arteterapia, como en cualquier otra terapia, es brindar a la persona una mejor calidad de vida.

Finalmente, se espera dejar muy en claro que para hacer arteterapia, la persona a la que se la aplica no necesariamente debe ser un artista o un maestro en ninguna rama del arte, ya que las obras que vayan surgiendo a medida que avance el tratamiento, poseerán su propio significado y simbología de acuerdo a la interpretación que la persona dé a sus obras con ayuda de su terapeuta. Es decir, podrá ir viendo la evolución y transformación que sufren sus creaciones artísticas al igual que se fueron presentando cambios a lo largo de su propia vida.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DEL TALLER DE ARTETERAPIA PARA EXPRESIÓN DE EMOCIONES Y RESULTADOS

La tecnología en la actualidad prácticamente ha anulado la expresión de emociones de forma verbal-directa, permitiendo que las personas se refugien en su computadora o celular para comunicarse, dejando totalmente atrás la comunicación directa que incluye lo visual, personal y verbal.

Por lo dicho anteriormente, en el siguiente capítulo explicaremos el desarrollo de la propuesta, la cual consiste en llevar a cabo un taller de arteterapia que se dividirá en cuatro sesiones.

El taller tiene como objetivo principal comprobar la eficacia de las técnicas arteterapéuticas en la disminución de ansiedad de estudiantes de primer año de psicología clínica de la Universidad del Azuay, los cuales fueron seleccionados como muestra de investigación para el desarrollo de ésta tesis, de una manera que se dará a conocer más adelante en este capítulo. Además, se pretende que los estudiantes inicien, con esta manera indirecta, su proceso terapéutico y que se interesen también en continuar con el mismo cuando termine el taller.

4.1 Propuesta del taller de arteterapia:

Debido a que la mayoría de personas de nuestra sociedad actual consideran que la expresión de sentimientos es un signo de debilidad o no les es posible expresar sus sentimientos por múltiples motivos, es interesante crear un taller que permita la

expresión de sentimientos mediante formas no necesariamente verbales, sino mediante técnicas no verbales como son la danza, pintura, poesía, entre otras.

La motivación principal para esta creación es que si las persona no expresan lo que llevan dentro, se generarán conflictos internos que posteriormente pueden manifestarse con múltiples síntomas como la ansiedad, lo cual afecta entre otras cosas, a las relaciones interpersonales que el individuo mantiene con su medio.

El trabajo del taller se efectúa con estudiantes de sexo masculino y femenino de los dos cursos matutino y vespertino pertenecientes a 1er año de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, comprendidos entre los 17 a los 28 años de edad, a los cuales se les aplicará el Test Escala de Ansiedad de Hamilton y que obtengan un puntaje mayor a doce puntos en el mismo. Se trabaja con personas de esta edad ya que por lo general son individuos que están atravesando una etapa de transición al pasar del colegio a la universidad, teniendo además que modificar ciertos hábitos en su comportamiento. Además, los cambios de esta nueva etapa pueden desencadenar síntomas de ansiedad como son: inquietud, fatiga, dificultad de concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, etc., pudiendo, entre otras cosas, llegar a desarrollar un trastorno de ansiedad, el cual no les permitirá mantener una buena calidad de vida.

4.2 Metodología del taller de arteterapia:

El taller se llama “Taller de arteterapia para expresión de emociones”. Algunos profesores de la Universidad del Azuay como la Mst. Ana Lucía Pacurúcu, el Psicólogo Clínico Xavier Muñoz y el Dr. Alfonso Calderón han colaborado con sus ideas y tiempo, lo cual permite el desarrollo de este proyecto y la presentación del mismo a los estudiantes.

4.2.1 Fase de presentación:

Para comenzar, se ingresará a los dos cursos de primer año de psicología clínica de la Universidad del Azuay del período 2010 - 2011 y después de una breve charla sobre el arteterapia (prácticamente todavía desconocida en nuestro medio), se solicitará su colaboración y disposición para aplicarles grupalmente la Test Escala de ansiedad de Hamilton. Después de la aplicación, se planteará la idea de proyecto a realizar comprobando el impacto que este cause en los estudiantes.

4.2.2 Fase diagnóstica:

De las sesenta y dos personas que forman los dos cursos, quienes vienen a ser el universo para esta investigación, aquellos que obtengan un puntaje mayor a doce en el resultado del test y estén dispuestos a seguir el taller, podrán formar parte del grupo base o grupo de muestra para la realización del mismo, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión antes enumerados. Esto es necesario para poder establecer una comparación cuantitativa equitativa al final del taller mediante la comparación de los resultados obtenidos en la primera aplicación y los obtenidos en la aplicación del re-test que se les aplicará al final del taller para así poder verificar la efectividad de las técnicas arteterapéuticas en la disminución de ansiedad.

4.2.3 Encuadre del taller:

Se planteará la idea a los estudiantes de la realización de un taller vivencial de arteterapia que se dará en un período de cuatro sábados desde las 9h00 hasta las 13h00. Por el motivo de que la mayoría de estudiantes son adolescentes, se correrá el riesgo de que éste día no resulte favorable para

ellos; sin embargo establecer otro día resulta más complicado debido a que entre semana todos tienen más ocupaciones fuera de la universidad. Se indicará que no tiene ningún costo, excepto por los pocos materiales que deberán llevar, lo cuales generalmente se consiguen en casa.

Se solicitará puntualidad y compromiso durante las cuatro sesiones del taller, pues el proyecto y su éxito dependerá de que los estudiantes sigan todo el proceso durante el taller, a medida de que al final se pueda verificar su evolución.

4.2.4 Fase de conclusión:

Después de haber recibido los puntajes del test, los estudiantes que deseen asistir se comprometerán y accederán a las condiciones planteadas, se les explicará los materiales que deben llevar y el lugar donde se realizará el taller, el cual será en el centro del Psicólogo Clínico Xavier Muñoz, llamado "Centro de desarrollo personal "Mandala". Así, se concluye la presentación después de tomar los nombres, teléfonos y correos electrónicos de los estudiantes que se sumen al grupo que asistirá al taller.

Nota: en nuestra presentación, de los dos cursos, veinte y dos personas accedieron al taller, pasaron a firmar y anotaron su número telefónico y correo electrónico, y con ellos se planteó varias opciones de horarios. Cuando éste estuvo establecido, se fijó el compromiso para ayudar y asistir a las cuatro sesiones, y se indicó que para la realización de este estudio o investigación, entre muchas otras cosas, se necesita madurez y honestidad durante su realización.

Es interesante ver que algunas de las personas que obtuvieron las mayores puntuaciones en el test, no mostraron interés en asistir al taller; pero otras personas que obtuvieron puntuaciones no tan elevadas (de doce por ejemplo), si lo hicieron.

A la semana siguiente, cuando inició el taller, lastimosamente la muestra se redujo aún más, quedando 15 personas en total. El requisito era que debían haber tomado el Test Escala de Ansiedad de Hamilton para así poder medir de manera cuantitativa el aumento o disminución de ansiedad que obtengan al final.

Al final el taller se llevo a cabo bajo todas las condiciones planteadas al inicio en el encuadre, pues consistió de cuatro sesiones realizadas cada una en un sábado, durante cuatro sábados. Las sesiones duraron 4 horas cada una de 9h00 a 13h00 y en ellas se realizaron algunas técnicas arteterapéuticas para expresión emocional mediante trabajos manuales, plásticos y corporales.

A continuación se nombran las técnicas utilizadas en el taller:

- **Autorretrato:** expresión emocional a través de trazos para reflejar la percepción que se tiene de uno mismo.
- **Danza con pintura:** expresión emocional a través de movimientos corporales acompañados con dibujos para expresión de sentimientos reprimidos.
- **Música, dibujo y escritura:** expresión emocional mediante pintura, símbolos, música y palabras, para trabajar en empatía y correcta percepción de emociones de los otros y correcta expresión de las emociones de uno mismo.
- **Escultura:** expresión de emociones mediante artes plásticas para trabajar en el perdón y superar el pasado.
- **Carta:** expresión de emociones mediante palabras escritas

4.3 Desarrollo del Taller de Arte Terapia:

A continuación se explicará cómo deben llevarse cada una de las cuatro sesiones del “Taller de arteterapia para expresión de emociones” y al final se adjuntarán observaciones y sucesos que sucedieron durante la realización del proyecto en sí.

Cabe resaltar que a pesar de que al inicio muchos estudiantes mostraron interés en el proyecto y en el arteterapia, al final no se tuvo la acogida esperada, pues el número de muestra se redujo a quince personas. Parece que las condiciones del taller no fueron accesibles para todos o el tema en sí no les pareció de mucho interés. Sin embargo, las quince personas que asistieron, colaboraron siguiendo las consignas correctamente y estuvieron dispuestos a trabajar y abrirse a una nueva experiencia como es la de realizar un viaje al interior de uno mismo mediante el arte en algunas de sus variaciones.

Antes de iniciar con la explicación del proceso, se debe hacer énfasis en el hecho de que el terapeuta que lleve a cargo el taller, estará en toda la libertad de improvisar en algunos aspectos de cada sesión y en las técnicas a realizar, es decir, podrá utilizar técnicas de calentamiento de su preferencia, música ambiental o de relajación que le parezcan adecuadas, etc., siempre teniendo en cuenta las características que cumple el grupo con el que va a trabajar, para asegurarse que está realizando las improvisaciones adecuadas.

4.3.1 Sesión 1:

4.3.1.1 Objetivo: Introducir a los estudiantes al conocimiento del arteterapia mediante una presentación teórica y mediante técnicas vivenciales para trabajar en la expresión de sus emociones, utilizando las artes plásticas y trazos en papel.

4.3.1.2 Evolución:

Los estudiantes llegaron algunos a tiempo y otros llegaron retrasados pero se espero que todos lleguen para iniciar. Al inicio se mostraron algo tímidos y no compartían mucho entre ellos, pero a pesar de todo eso, se acomodaron y cumplían las consignas que se plateaban, y todos excepto dos, se mostraban nerviosos y algo ansiosos por empezar y saber que harían a partir de ese día. El Psicólogo Clínico Xavier Muñoz estuvo presente para darles la bienvenida al centro a los estudiantes y agradecerles la colaboración para la investigación.

4.3.1.3 Proceso:

4.3.1.3.1 Charla introductoria: La charla consiste en explicar brevemente la historia del arteterapia, sus aplicaciones, sus técnicas, etc., procurando siempre utilizar términos comprensibles. Explicamos el funcionamiento y utilidad del arte en la terapia psicológica para expresión de sentimientos reprimidos y contenidos inconscientes. Además se dan a conocer los diferentes enfoques en los que ésta es aplicada. Se entrega una carpeta con hojas en blanco y con un resumen teórico de lo visto en la charla.

Posteriormente se pasa a aplicar dos técnicas de arteterapia: Autorretrato y Escultura en plastilina.

4.3.1.3.2 Calentamiento:

Para iniciar se utiliza relajación con música preferiblemente solo instrumental. Las personas se acuestan y se va mencionando que una luz (preferiblemente azul o blanca) pasa por cada parte de su cuerpo, relajando y buscando poner la mente en blanco. Se refuerza autoestima con frases

positivas, pues la relajación se realiza con visualización positiva. Al final se abren lentamente los ojos.

4.3.1.3.3 Técnica del autorretrato:

Materiales: - Espejo mediano (de mano o más grande).

- Papel en blanco tamaño A2.

- Pinturas, marcadores, lápiz.

Procedimiento:

Cuando abren los ojos después de la relajación, se les pide que cada sujeto se sitúe en el suelo con sus materiales personales, en un lugar escogido por cada uno de ellos. En seguida se les pide que se miren fijamente al espejo, que miren sus ojos, boca, nariz, todos sus rasgos, su rostro, etc. A continuación se les pide que dibujen lo que vieron (es importante que sea solo el rostro). Se les da el tiempo necesario para que todos terminen (aproximadamente 10 – 15 minutos).

Después de que terminen el dibujo, deben encontrar una pareja y hacer un intercambio de dibujos. La persona opuesta debe hacerle preguntas a su compañero acerca de las características que ve. Por ejemplo: Veo estos ojos cerrados, que es lo que estos ojos no quieren ver? o, si el retrato no tiene orejas, qué es lo que estos oídos no desean escuchar? Después se preguntan mutuamente como se sintieron con la actividad, qué es lo que más les gusta y disgusta de su rostro?, qué cambiarían?, etc., y se devuelven los retratos.

4.3.1.3.4 Técnica de escultura con plastilina:

Materiales: - Una hoja de papel en blanco A4.

- Un lápiz, esfero o algo para escribir.

- Plastilina de colores.

Procedimiento:

La técnica se inicia con una relajación que consiste en cerrar los ojos y llevarlos a visualizarse a sí mismos en su habitación y a fijarse en todos los detalles de ésta. Posteriormente deben visualizar a una persona en otra habitación de la casa (su mente escogerá a quién visualizar), a la cual deben acercarse y ésta les entregará algo en sus manos (ellos sabrán que es). Luego, agradecen de la forma que mejor les parezca, se despiden, se retiran del lugar y regresan al “aquí y ahora” lentamente.

Después de la visualización, cada uno toma plastilina de sus dos colores favoritos y realiza una escultura o representación del objeto que se les entregó en las manos.

Luego, escriben una carta dirigida al objeto, a lo que se sintió cuando lo recibieron y a lo que sintieron hacia el objeto como tal (no hacia la persona que lo entregó).

Finalmente, cuando todos terminan, toman sus esculturas y las entregan a un compañero con el que tengan más afinidad, acompañándolo de un abrazo y caricias verbales, físicas o escritas.

4.3.1.4 Cierre de sesión: Se realiza el cierre al final de cada sesión. Se sientan todas las personas en círculo en el suelo, y cada uno debe hacer un aporte acerca de lo bueno que se llevan de la sesión del día junto a sus obras. Los aportes se pueden iniciar de forma voluntaria o no (depende del grupo). Así se levanta la sesión.

4.3.1.5 Observaciones:

Por ser la primera sesión, es posible y normal que no se de un ambiente total de confianza, como nos sucedió a nosotras, por lo que es sumamente importante crear un ambiente de comodidad y seguridad para todos.

En nuestra primera sesión del taller, los participantes se mostraron algo tímidos a pesar de que se conocían por compartir clases, pues miraban a los otros mientras se realizaban las técnicas, no se atrevían a cerrar los ojos en la relajación, temían no dibujar bien, etc. Parece ser que la expresión de sus emociones frente a otros fue considerada una amenaza y generó temor a autodescubrirse o a mostrarse a los demás como son en realidad.

A pesar de eso, la mayoría tenían una sonrisa en el rostro después de la relajación y algunos mencionaron que nunca les habían “hecho eso”, y que se sentían demasiado bien, relajados y muy felices. Decían algunos que sí pudieron poner la mente en blanco o solo concentrarse en las consignas, pero otros manifestaron con honestidad que les costó seguir la técnica, porque se le venían demasiadas cosas a la cabeza.

Hay que indicarles que es normal atravesar por dificultades al iniciar estas vivencias, con más razón si son completamente nuevas, pero que no se apresuren, sino más bien que se dejen llevar, pues éste es un espacio

dedicado exclusivamente para ellos mismos y su trabajo en desarrollo personal.

Al final de la sesión, los estudiantes se sentían contentos, pues expresaron que les pareció muy interesante, y repitieron que eran cosas que nunca habían hecho ni oído antes, pero que en efecto estuvieron nerviosos porque no hay mucha confianza. Otros dijeron que les daba vergüenza dibujar porque no son buenos en eso. Si eso llegara a pasar, se les explica que no se trata de tener o no habilidad, sino que lo importante es el significado que su propia obra refleja para ellos mismos.

También al final realizaron algunas preguntas sobre la aplicación del arteterapia en enfermedades mentales y al final sacaron conclusiones de lo bueno que se llevaban después del inicio de éste proceso, manifestando cosas como: "...Me sorprendió haberme acordado de cosas que pensé que ya había olvidado...", "...Me ayudó tanto a desestresarme...", "...Pintar me hace olvidar de todos mis problemas...", etc.

Cabe decir que las técnicas de calentamiento pueden variar de acuerdo al terapeuta, pues se puede improvisar y crear guiones propios para relajación. Sin embargo, cualquiera que sea la forma en que se lleve la técnica, el terapeuta debe ser muy profesional y siempre recordar que se está trabajando en el bienestar del paciente.

4.3.2 Sesión 2:

Por la intensidad emotiva que se genera en esta sesión, se aplica solo la siguiente técnica y se pasa a hacer el cierre.

4.3.2.1 Objetivo: Detectar sentimientos reprimidos correspondientes a algunas etapas importantes de la vida. Posteriormente trabajar en ellos (de forma individual).

4.3.2.2 Evolución:

A esta sesión llegaron solo doce personas y aunque se les llamó por teléfono a las otras dos, no se consiguió que asistan. El resto del grupo se sentía más cómodo tanto con nosotras como entre ellos ya que se reían y hacían bromas. Además hicieron preguntas sobre los materiales de la sesión anterior si se podían reemplazar algunos de ellos y preguntaron sobre la aplicación en enfermedades psicológicas. Manifestaron que después de la sesión anterior habían sentido un estado de bienestar el resto del día y que habían dormido bien esa noche.

4.3.2.3 Proceso:

4.3.2.3.1 Calentamiento:

En esta sesión, el calentamiento se realiza con una pequeña respiración profunda, inhalando por la nariz y exhalando lentamente por la boca, haciendo consciencia de nuestro cuerpo y del lugar en el que estamos, reforzando que éste es un lugar seguro para ellos y que el trabajo que se realizará hoy será para su bienestar y autoconocimiento.

No se realiza un calentamiento demasiado complejo ni relajante puesto que la técnica aplicada más adelante es específicamente para descargar ansiedad. Es decir, no se pretende que la persona esté demasiado relajada al momento de iniciar la técnica, pero sí lo suficiente como para permitir la salida de contenido inconsciente y tener preparado al individuo.

4.3.2.3.2 Técnica de música, dibujo y escritura:

La técnica se realiza en grupos de tres personas, y como siempre, es preferible que las personas del grupo tengan afinidad entre sí.

Materiales: - 3 medios pliegos de papel en blanco por persona (total 9).

- Pinceles (los más anchos y planos preferiblemente).
- Pintura de colores (por lo menos los básicos).
- Vasos con agua y platos desechables.
- Crayones, marcadores, pinturas de madera, etc.
- Cinta adhesiva.
- Hoja A4 en blanco.
- Lápiz o esfero.

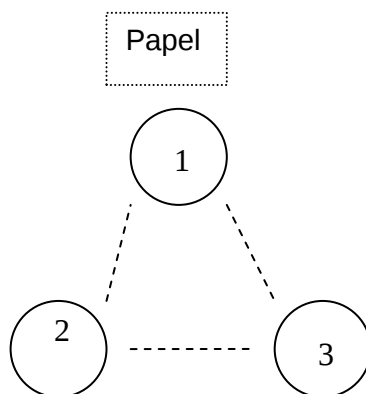
Procedimiento:

Primero se preparan todos los materiales: se pone un vaso con agua, el pincel humedecido, en el plato se ponen las pinturas líquidas, y en la pared se pega un medio pliego con cinta adhesiva en las esquinas.

Escogen quien va a pintar primero y el que ha sido escogido, se para frente al medio pliego pegado en la pared, toma el pincel y sus pinturas, mientras que los otros dos se sientan diagonal a cada lado de él. El número dos, toma una hoja de papel A4, pinturas marcadores y/o crayones; mientras que el número tres toma una hoja A4 y un lápiz o esfero (ver diagrama 1).

Diagrama 1

Posición en grupo para la técnica de música, dibujo y escritura.



Fuente: Castro, Pamela y Martínez, Angélica.

Cuando todos los grupos están en posición (debe haber completo silencio), se tocarán tres canciones que generarán distintos sentimientos y traerán recuerdos de ciertas épocas de la vida de las personas (por ejemplo: de su infancia). Cada canción tendrá de 2 a 3 minutos, y este tiempo será el mismo que cada persona tendrá para crear su obra.

Cuando inicie la canción, el número uno pintará en el papel lo que la canción le haga sentir, utilizando los colores que desee y puede hacerlo con pincel y también con sus dedos si lo desea. El número dos, dibujará lo que le hace sentir la pintura del número uno, mientras que la persona número tres, escribirá lo que la pintura del número uno le hace sentir.

Así, el número uno pintará las tres canciones y las otras personas realizarán el mismo procedimiento indicado anteriormente, hasta que los tres hayan terminado. En el caso de que al número uno le falte pintura o la canción haya terminado y necesita otro pliego de papel en la pared, serán los números dos y tres quienes lo abastecerán con todo lo necesario.

Finalmente cuando todos hayan terminado, se limpia toda la habitación, las obras se ponen a un lado para que se sequen y se pasa a realizar el cierre de sesión.

4.3.2.4 Cierre de sesión: nuevamente como en el cierre de la sesión anterior, se sientan todos en círculo en el suelo, y empiezan a compartir sus experiencias durante la sesión (no se obliga a nadie que no desee compartir) y se cierra la sesión con lo que cada persona diga que se lleva de ella (algo positivo). Se despide, agradece y se levanta la sesión.

4.3.2.5 Observaciones:

La aplicación de esta técnica en nuestro taller fue muy exitosa y emotiva. Los estudiantes no se sintieron tan cohibidos esta vez, pues colaboraron y se abrieron completamente. Pudimos ver que en la primera canción con la que se trata de llevarlos a recordar su infancia, algunas obras llevaban colores oscuros como negro y café, pero otras llevaban colores muy vivos como amarillo, azul, tomate, verde, etc. En estos casos, los colores indican los estados afectivos que nacieron en la persona mientras tocaba la canción. Entonces, por lo general, si se pinta con colores oscuros, es un indicativo de problemas no resueltos en tales etapas, o malos recuerdos generados en las mismas; y viceversa, si se pinta con colores y trazos vivos armónicos entre sí, indicará lo contrario, indicará buenos recuerdos marcados por estas etapas.

Nosotros pudimos ver que las personas que iniciaban con colores oscuros sus obras en las primeras sesiones especialmente, fueron cambiando y siendo más detallistas y expresivos en las siguientes obras y también en los cierres, ya que se abrían al grupo y compartían experiencias muy personales sucedidas en sus vidas.

En esta técnica a algunas personas les faltó material, pero no fue un impedimento para continuar, pues en el grupo se había creado un ambiente agradable y de

confianza, pues los integrantes compartieron los materiales a aquellos a los que les faltaba y parecía que se sentían cómodos durante la técnica.

Estuvieron muy agradecidos en el cierre, mencionaron que sienten mucha gratitud por haberles permitido vivir esta experiencia completamente nueva y casi todos manifestaron que se llevaban aprendizaje sobre ellos mismos y sus compañeros, y esto les sirvió para dar mayor valor a su presente.

Nos llamó la atención escuchar sus testimonios finales, pues luego de compartir la experiencia de cada uno, nos alegró mucho escuchar ciertos relatos que dijeron al final, pues demostraba mucha madurez en ellos. Un testimonio, y el que resume el suceso del que hablamos, decía lo siguiente:

“...Ahora talvez con esto podamos entender más a algunas personas que a veces nos caen mal porque no se llevan con el grupo o porque no se integran. Porque ahora después de escucharnos entre todos, podemos entender que la gente a veces tiene muchos problemas y no tienen con quién hablar sobre eso y se guardan todo. Talvez solo se necesita tratar de entender que algo les pudo pasar y eso les llevó a comportarse y ser cómo son ahora...”.

Por otro lado, algunas personas tuvieron la necesidad de conversar con nosotras al final de la sesión, pues se sintieron muy movilizadas. A ellas se les dedicaron horas individuales para cada una, para poder tratar con profundidad lo que sentían.

En estos casos, el terapeuta deberá realizar una sesión individual con las personas que lo requieran.

A pesar de la carga emotiva, nos sentimos contentos y satisfechos todos al final de la sesión. Se percibía energía muy positiva y también el afán de ayudarse entre compañeros y el deseo de conocerse más estuvo presente.

4.3.3 Sesión 3:

Esta sesión al igual que la anterior, por la carga emotiva que genera, se realiza una sola técnica.

4.3.3.1 Objetivo: representar mediante técnicas corporales y simbólicas a los sentimientos que se manifestaron físicamente en el cuerpo.

4.3.3.2 Evolución:

Los estudiantes llegan a la tercera sesión de manera muy dispuesta a continuar a lo largo del proceso, y se sentían muy agradecidos con esta nueva experiencia que estaban viviendo y las actividades realizadas en cada sesión. Algunos manifestaron haber recordado ciertos eventos de su vida que creían olvidados y aunque algunos de ellos los afectaron dijeron que se sienten mejor porque saben en qué aspectos personales deben trabajar para mejorar.

4.3.3.3 Proceso:

4.3.3.3.1 Calentamiento:

Se puede aplicar cualquier técnica de calentamiento que se desee. Nosotras aplicamos una técnica con poesía. Consiste en lo siguiente:

Las personas escogen un lugar en el suelo donde se sientan cómodos y se sitúan ahí, con una hoja y un marcador, esfero o algo con lo que deseen escribir. A continuación, después de algunas respiraciones, se reproduce el disco compacto llamado “Poemas de colores” de Anna Walter, el cual habla de cada color y lo que representa cada uno de ellos en nuestro cuerpo, en la naturaleza, etc. Los pacientes deben escoger el color con el que más se identifican y deben escribir sobre él. Puede ser a manera de poesía o no,

depende de cada uno. En cualquiera de los dos casos de escritura se les pide que lo hagan en forma espiral.

Nota: pueden compartir con el grupo sus obras si así lo desean, caso contrario se pasa a la aplicación de la técnica de arteterapia.

4.3.3.3.2 Técnica de danza con pintura:

La técnica se realiza en grupos de tres personas (preferiblemente afines entre sí).

Materiales: - 3 pliegos de papel en blanco.

- Pinceles (los más anchos y planos preferiblemente).
- Pintura de colores (por lo menos los básicos).
- Vasos con agua, platos desechables y cinta adhesiva.

Procedimiento:

Esta técnica hace uso de tres canciones, una para cada persona del grupo, quienes se numeran del uno al tres, sin saber que el número uno pintará la primera canción, el número dos la canción dos, y el número tres, la tres.

Para iniciar, se pega el pliego de papel en posición vertical y se prepara la pintura, pincel y agua. Después, se vuelven a posicionar las dos personas sentadas en el suelo en dirección diagonal a la persona “uno”, quien se parará frente a ellos con los ojos cerrados (igual que en la técnica anterior, solo que esta vez la persona de pie cierra los ojos y se para frente a sus compañeros, no dándoles las espaldas).

En seguida, se reproduce la primera canción, y la persona que está de pie, con los ojos cerrados, empieza a bailar y realizar movimientos corporales

inspirados por la canción. Cuando la canción termine, la persona de pie se da la vuelta y empieza a pintar todo lo que sintió mientras escuchó la canción (se le da 3 minutos). Mientras tanto, los dos sentados miran y abastecen a la persona que está pintando con lo que se les pida.

Cuando termine la pintura, la persona dos y tres seguirán el mismo procedimiento y al final se pondrán las obras a secar y se pasará al cierre de sesión.

4.3.3.4 Cierre de sesión:

Se sientan en círculo, siempre preferiblemente en el suelo, las personas comparten sus experiencias, y el terapeuta explica que el número de canción no fue por coincidencia, sino que la canción que ellos escogieron y los sentimientos que se generaron representan los conflictos en los que deben trabajar.

4.3.3.5 Observaciones:

Las canciones deben ser elegidas con cuidado, pues deben generar en la persona un sentimiento específico (miedo, felicidad, etc.) ya que se busca llevarlos a recordar cosas importantes supuestamente “olvidadas”.

La técnica es bastante movilizadora y difícil, pues la persona debe enfrentarse a las otras dos y bailar, lo cual produce mucha ansiedad en la mayoría de personas, especialmente las que tienen mucha inseguridad.

En nuestro taller, algunas personas se sintieron tan cohibidas que no realizaron ningún movimiento corporal durante toda la canción, pero sí se podía ver detalles importantes en sus cuerpos que eran producidos por la canción. Por ejemplo: se podían ver sus párpados temblar, existían movimientos oculares de lado a lado rápidamente, sudor en sus manos y rostro, inquietud corporal, entre otras. Por eso

es importante poner mucha atención al lenguaje corporal durante la sesión, ya que a veces puede resultar incongruente en relación al discurso de la persona.

El hecho de que la persona no dance o no pinte, indica un bloqueo. Probablemente una defensa se activa para proteger la salida de contenidos inconscientes amenazantes para la persona. Este bloqueo no significa que la técnica está mal realizada, sino más bien es un indicativo para saber en qué aspectos trabajar, pues la persona debe tratar de determinar que fue lo que le produjo esa sensación.

4.3.4 Sesión 4:

4.3.4.1 Objetivo: tocar aspectos dolorosos del pasado y aprender a perdonar. Enfocarse en el aquí y ahora llevando lo positivo aprendido del pasado.

4.3.4.2 Evolución:

Es la última sesión del taller y los estudiantes se muestran mucho más desenvueltos en cuanto a comunicación entre ellos y con nosotras también. Algunas personas que al inicio casi no hablaban, ahora han logrado abrirse al grupo y se han dado la oportunidad a sí mismos de expresarse. Los estudiantes preguntan cómo pueden hacer para mantenerse en este proceso y también sobre centros Gestálticos en nuestra ciudad al igual que nombres de terapeutas de esta rama que puedan ayudarlos. Se les entregó la información que solicitaron y se dio paso al inicio de la sesión, sintiendo un ambiente de sensibilidad entre todos.

4.3.4.3 Proceso:

4.3.4.3.1 Calentamiento:

Las personas se acomodan en un lugar de su preferencia, toman plastilina, cierran los ojos, y con música de relajación, empiezan a respirar profundamente hasta relajarse. Luego, mientras van relajándose, deben ir haciendo alguna figura o escultura con la plastilina que tienen en sus manos. El objeto creado debe tener alguna importante significación para la persona, pues actuará como anclaje para recordar un sentimiento de bienestar y relajación adquirido en esta técnica.

4.3.4.3.2 Técnica de escultura con papel cartón:

Materiales: - 1 pliego de papel cartón (para cada uno).

- Hojas de papel A4.

- Esfero o algo para escribir permanente (no lápiz).

Procedimiento:

Cada persona del grupo escoge un lugar cómodo en el que desea estar y lleva consigo todos los materiales nombrados anteriormente. En seguida, se inicia una respiración profunda con los ojos cerrados. Después el terapeuta inicia una narrativa que lleve a la persona a recordar momentos dolorosos del pasado, tratando de marcar detalles como el ambiente en el que sucedieron, el tono de voz, quien lo lastimó, quién estuvo presente, etc., y se deja revivir la(s) situación(es) por un momento. En seguida, el terapeuta lleva al sujeto con la misma narrativa a recordar momentos dolorosos, pero esta vez, aquellos en los que el paciente hizo daño. Se deja que se reviva la situación por un momento.

Después de haber terminado lo anterior, el terapeuta inicia una visualización positiva y habla sobre el perdón, en donde las personas se reencuentran en su imaginación con las personas que lo hirieron y también con aquellos a quienes hirieron, para pedir perdón y perdonar a los demás. Se refuerza todo el tiempo con frases de carácter positivo y se los lleva nuevamente al aquí y al ahora, pidiéndoles que solo lleven consigo mismos las lecciones positivas que aprendieron de aquellos momentos.

Lentamente se van abriendo los ojos, y la persona debe escribir en su hoja todas las ofensas que recibió y las que hizo (si es posible se debe escribir literalmente lo que se recordó y con detalles). Una vez terminado de escribir, la persona toma su papel cartón y debe hacer una escultura que represente a todos esos recuerdos dolorosos del pasado, y debe incluir en ésta, el papel escrito por él (puede incluirlo de la manera que quiera dentro de la escultura).

Finalmente, cuando hayan terminado todos, deben mirar a su propia escultura y hacer introspección sobre ella. En seguida todos se levantan, toman sus esculturas y deben botarlas o deshacerse de ellas en un lugar lejano en donde puedan dejarlo para siempre (por ejemplo: un basurero de la calle cercano al lugar). El terapeuta no acompaña a las personas a botar la escultura, pero antes de que se vayan sí debe recordarles que es el pasado el que llevan en sus manos, y que una vez arrojado, ahí es donde se quedará para siempre. Se les permite a las personas privacidad para poder despedirse de forma adecuada del “pasado” (escultura) de cada uno.

Cuando todos regresan, se sientan en círculo y se pasa a realizar el cierre de sesión.

4.3.4.4 Cierre de sesión:

Cuando todos han regresado y hayan formado un círculo en el suelo, el terapeuta es el único que hablará (a no ser que alguien quiera aportar sobre lo recién vivenciado) y en seguida les guiará a recordar todo lo positivo y las lecciones aprendidas en esta técnica.

En seguida, el terapeuta les entregará una hoja de papel y algo para escribir a cada uno. Las personas deben escribir una carta (positiva preferiblemente) sobre ellos mismos, con el fin de que escriban ¿quiénes son?

Se puede utilizar el siguiente encabezado para que las personas continúen escribiendo después:

“Fondo que me contiene, pinceles y colores que crean y llenan los espacios de mi hoja en blanco, después de haber trabajado, puedes responderme ¿quién soy?”

Una vez terminada la carta, las personas que deseen compartirla con el grupo, están en libertad de hacerlo, caso contrario, el terapeuta expresará su gratitud con el grupo y se despedirá, cerrando así la sesión y el taller.

Nota: si alguien requiere atención psicológica inmediata después de ésta técnica, el terapeuta debe estar dispuesto a darla.

4.3.4.5 Observaciones:

Por la intensidad emotiva generada en ésta técnica, se les recomienda a los asistentes tomar un baño al llegar a sus casas y antes de realizar cualquier actividad, pues las estructuras han quedado muy movilizadas.

Es posible que los contenidos inconscientes empiecen a manifestarse después de cada sesión en sueños, por lo que se sugiere llevar un diario en donde se anote lo que se soñó, para ir trabajando en ello.

Obviamente, lo óptimo es que las personas inicien un proceso terapéutico después del taller, pues ya se han dado cuenta de sus conflictos y pueden trabajar en ellos con ayuda de un terapeuta especializado.

4.4 Aplicación del re-test para determinar resultados de la eficacia:

Después del taller se procedió a la aplicación grupal del re-test del Test Escala de ansiedad de Hamilton, con el objetivo de comparar resultados entre los obtenidos antes del taller y los obtenidos después del mismo.

4.5 Resultados de los test y del taller de arteterapia:

4.5.1 Informe cuantitativo final:

A pesar de que las personas manifestaron sentirse menos ansiosas después de taller, algunos resultados del re-test reflejaron mayor ansiedad en comparación a los resultados de la primera aplicación, lo cual puede suceder debido a que se han movilizado y tocado estructuras inconscientes de alta carga afectiva, las cuales deberán ser tratadas de forma adecuada en un proceso terapéutico completo.

A continuación presentaremos los datos y gráficos de los puntajes obtenidos en la aplicación del test y re-test de la Escala de ansiedad de Hamilton de los 15 estudiantes que siguieron el taller, para determinar si la ansiedad aumentó o disminuyó después de haber seguido el “Taller de arteterapia para expresión de emociones”.

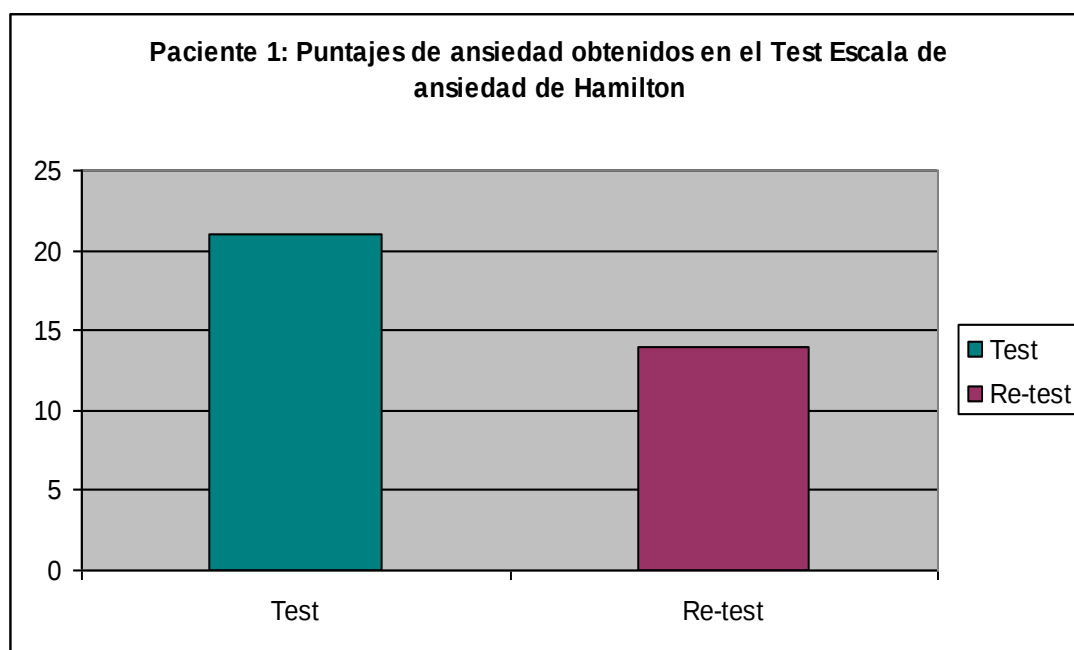
Paciente 1

Tabla 1. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 1.

Nº Paciente:	Test	Re-test
1	21	14

Investigadoras: Castro, Pamela y Martínez, Angélica.

Gráfico 1.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

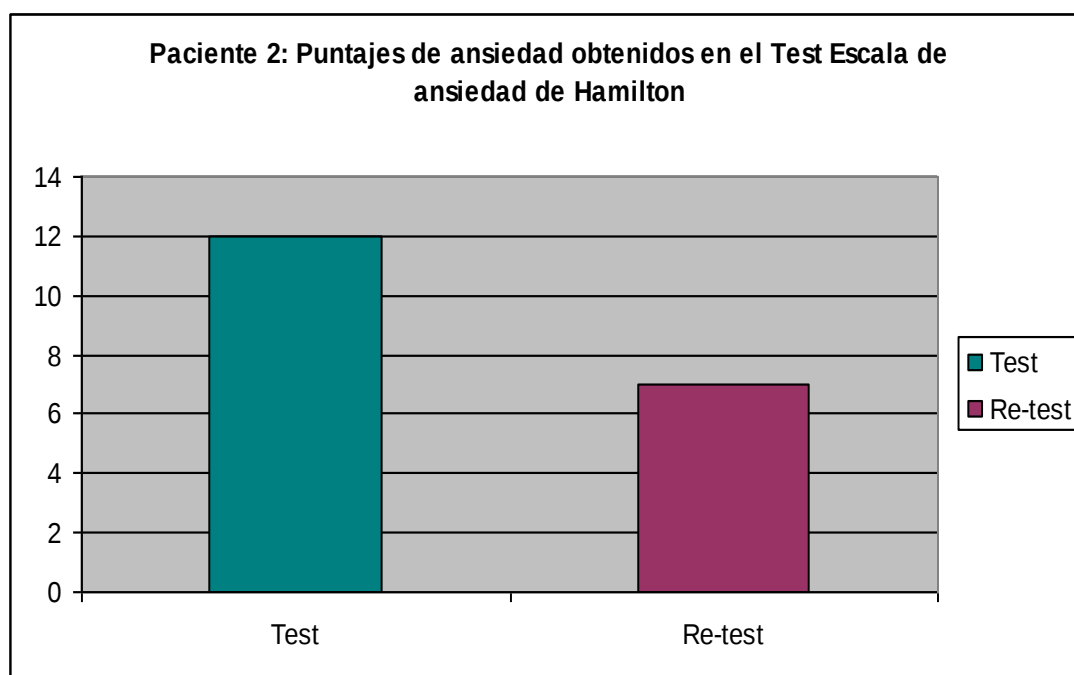
Paciente 2

Tabla 2. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 2.

Nº Paciente:	Test	Re-test
2	12	7

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 2.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

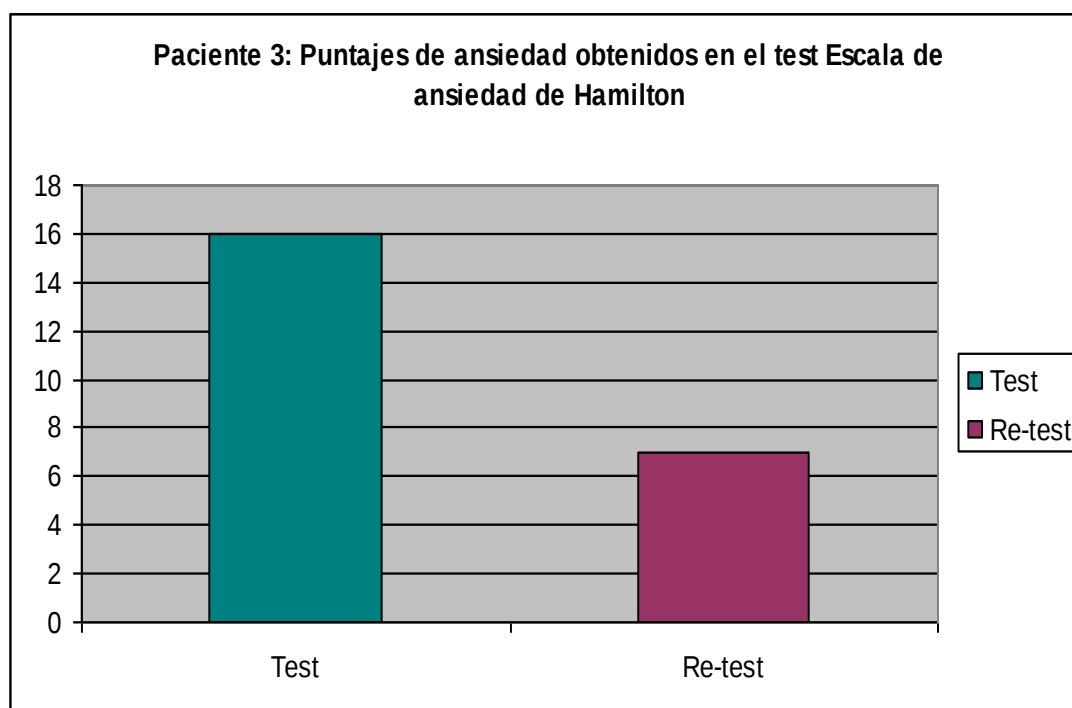
Paciente 3

Tabla 3. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 3.

Nº Paciente:	Test	Re-test
3	16	7

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 3.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

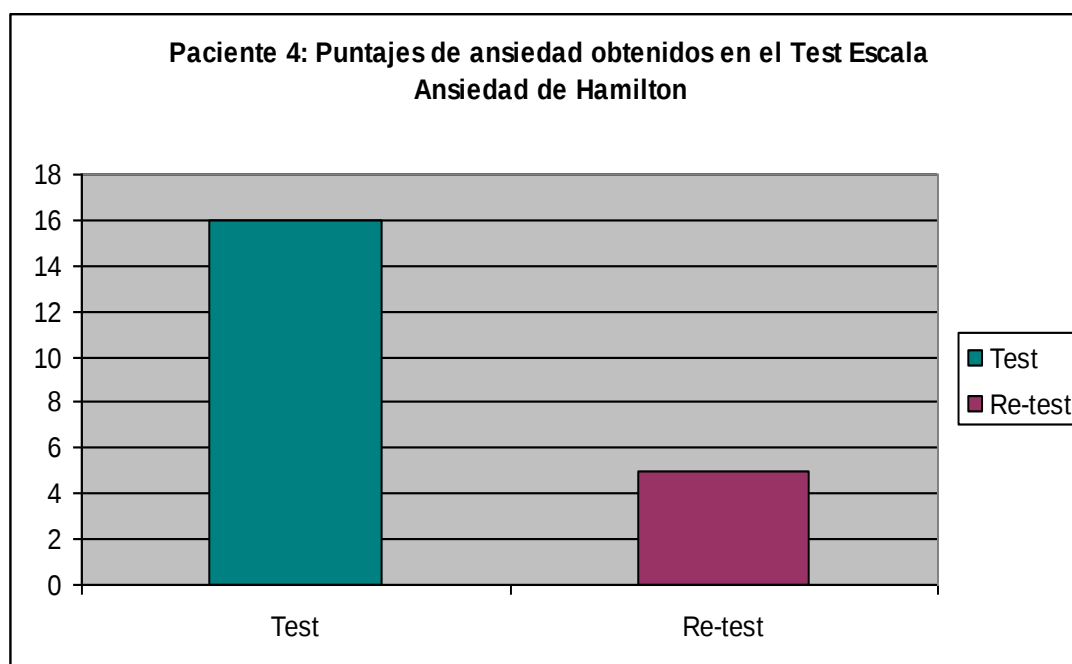
Paciente 4

Tabla 4. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 4.

Nº Paciente:	Test	Re-test
4	16	5

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 4.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

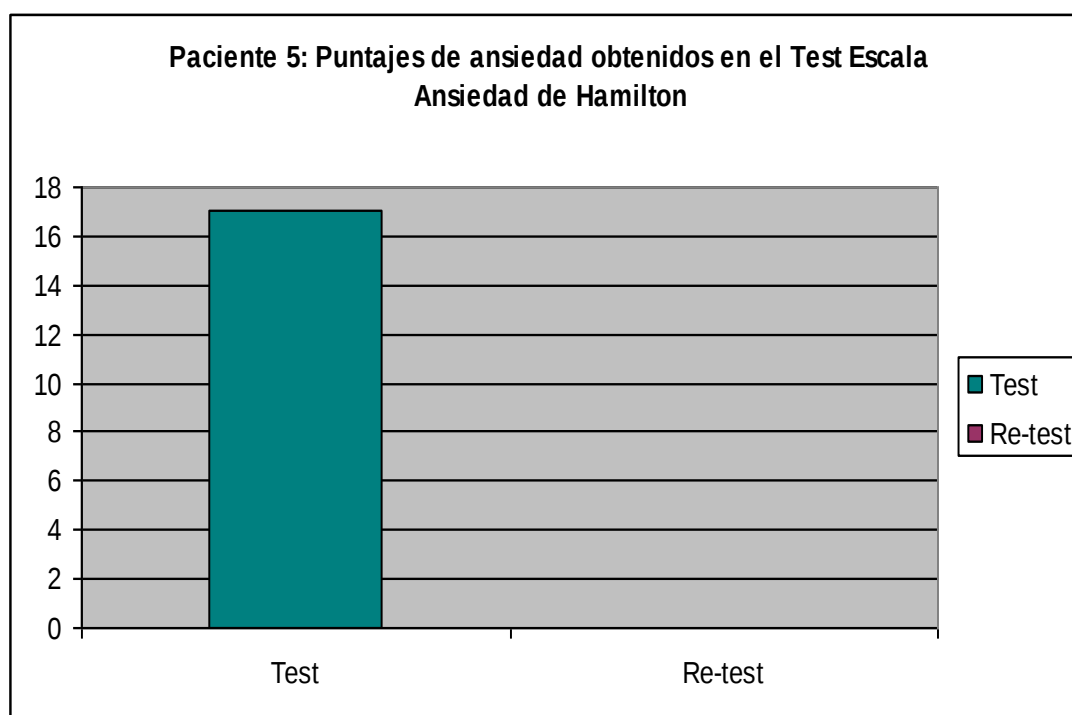
Paciente 5

Tabla 5. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 5.

Nº Paciente:	Test	Re-test
5	17	0

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 5.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

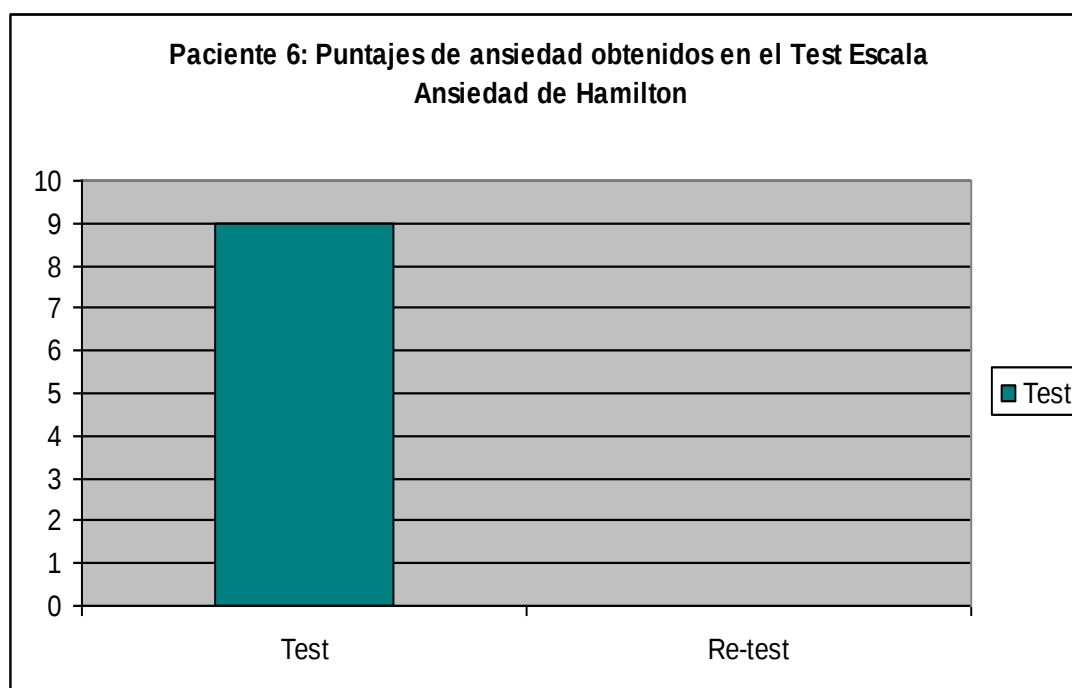
Paciente 6

Tabla 6. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 6.

NºPaciente:	Test	Re-test
6	9	-

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 6.



Nota: el paciente se retiró después del primer día de taller, por lo que no se realiza comparación.

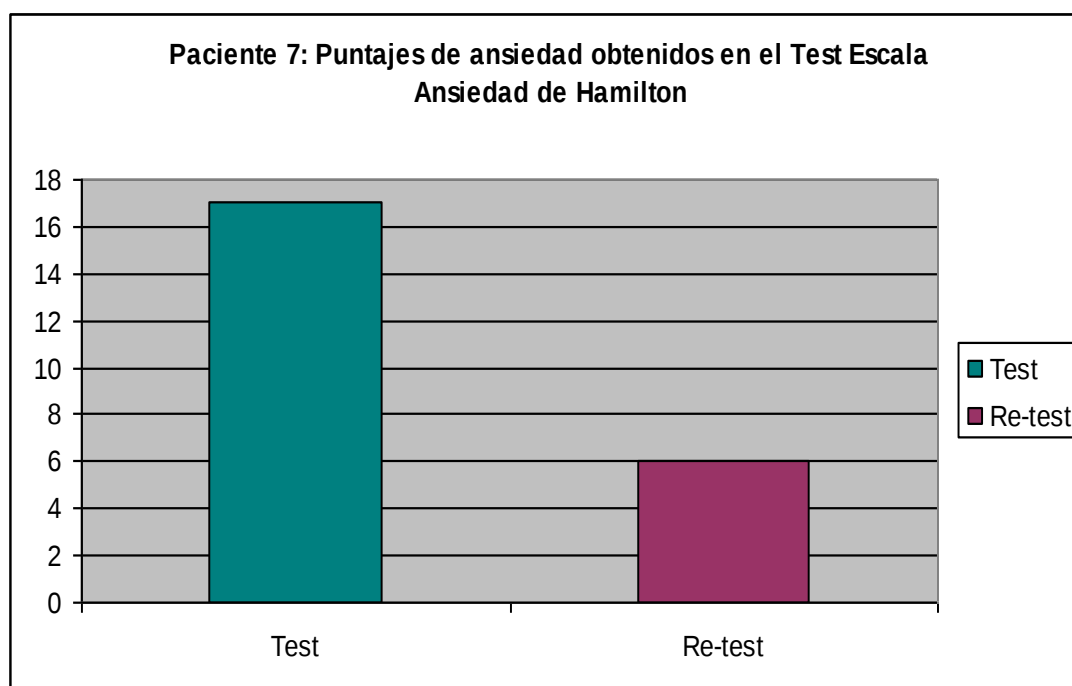
Paciente 7

Tabla 7. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 7.

Nº Paciente:	Test	Re-test
7	17	6

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 7.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

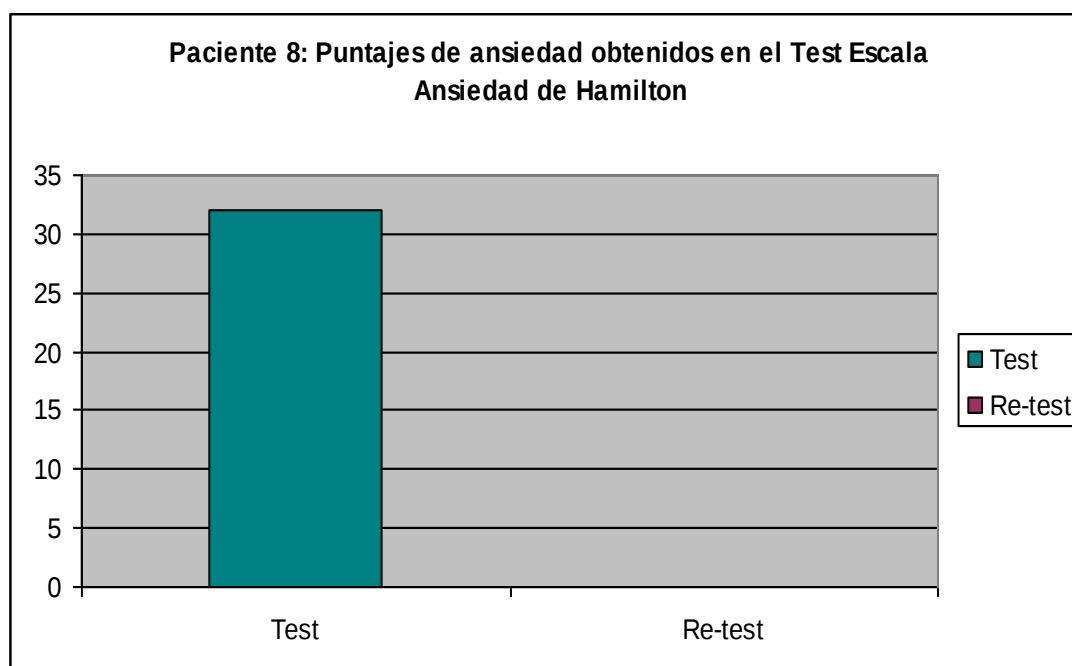
Paciente 8

Tabla 8. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 8.

Nº Paciente:	Test	Re-test
8	32	0

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 8.



Nota: el paciente se retiró después del primer día de taller, por lo que no se realiza comparación.

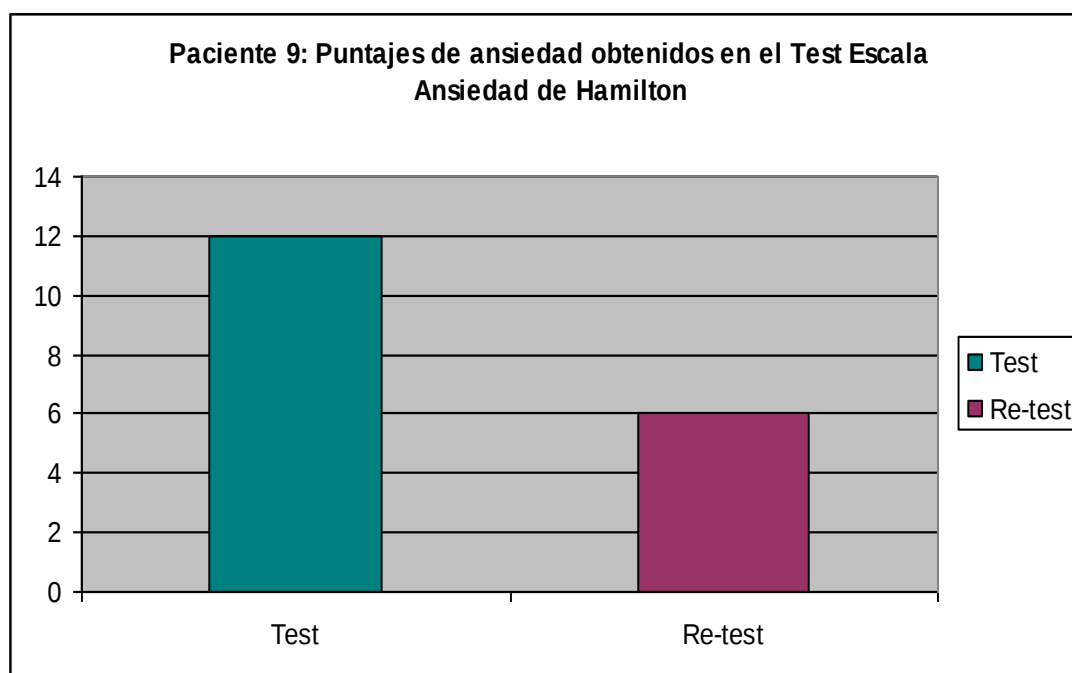
Paciente 9

Tabla 9. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 9.

Nº Paciente:	Test	Re-test
9	12	6

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 9.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

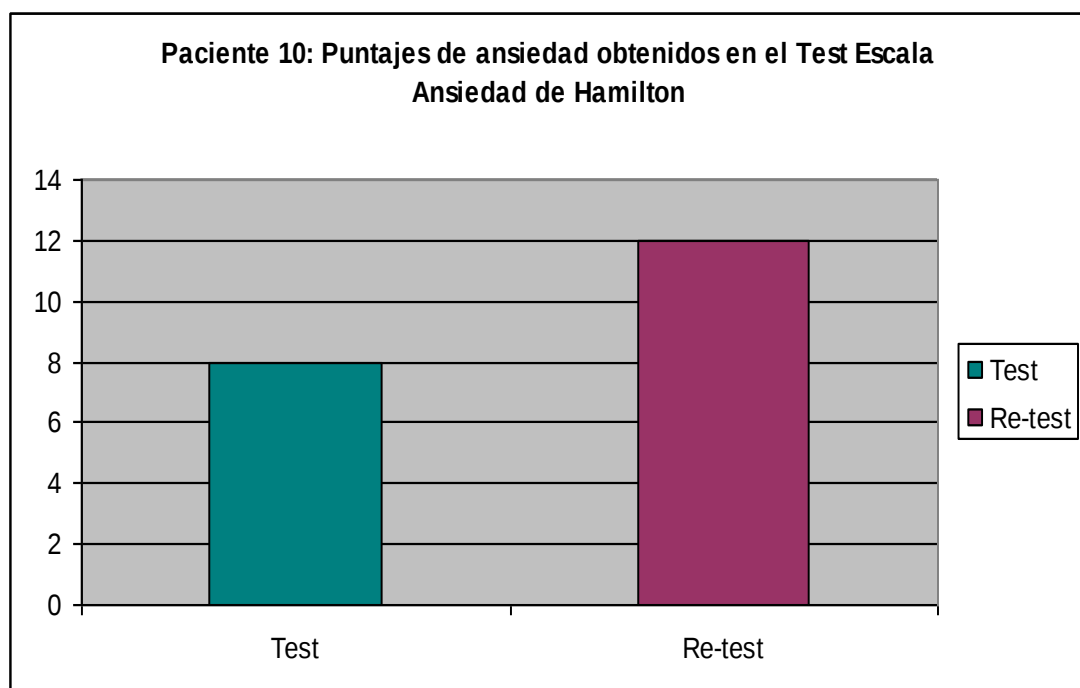
Paciente 10

Tabla 10. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 10.

N° Paciente:	Test	Re-test
10	8	12

Investigadoras. C, P. y M, A.

Gráfico 10.



Interpretación: la ansiedad aumentó después de haber seguido el taller.

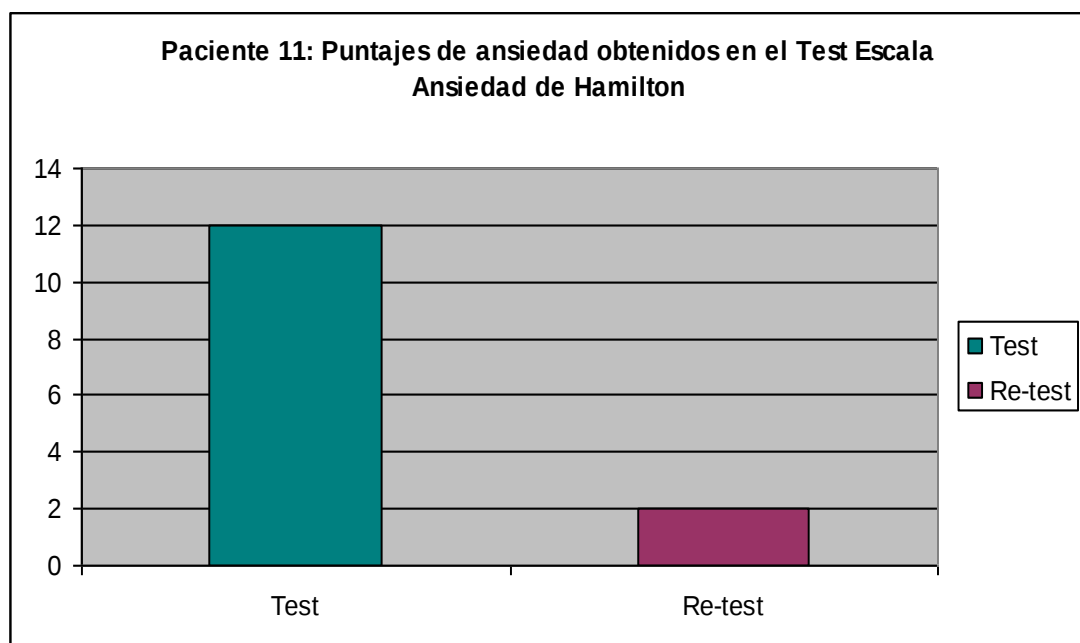
Paciente 11

Tabla 11. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 11.

N° Paciente:	Test	Re-test
11	12	2

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 11.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

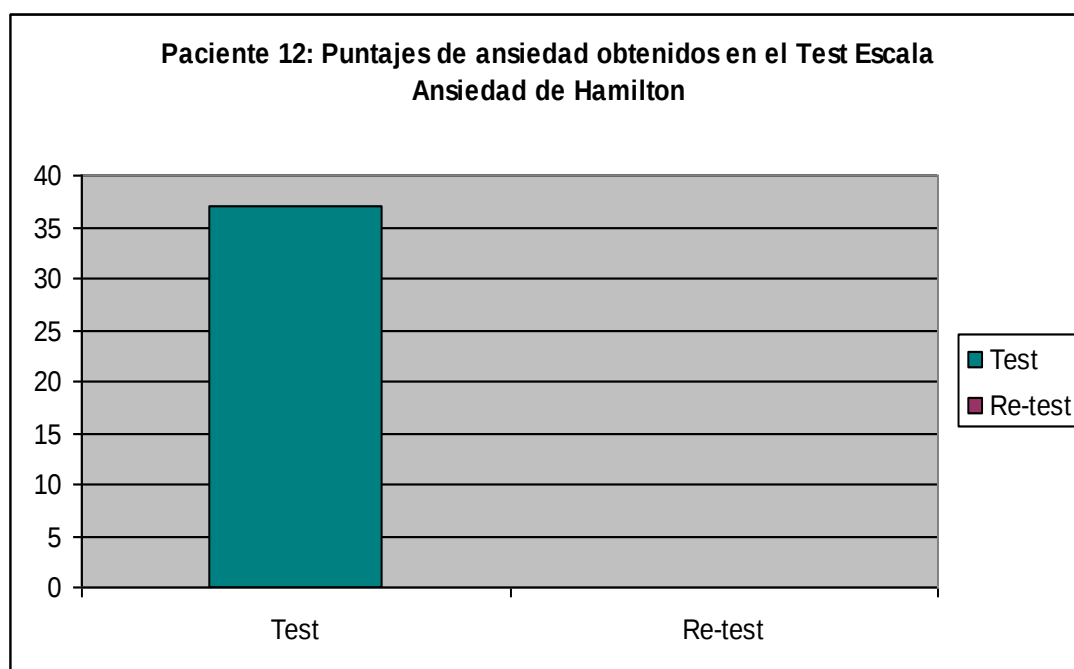
Paciente 12

Tabla 12. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 12.

N° Paciente:	Test	Re-test
12	37	-

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 12.



Nota: después de la charla introductoria se le recomendó retirarse debido a que estaba embarazada y el bebé podía verse afectado de alguna manera.

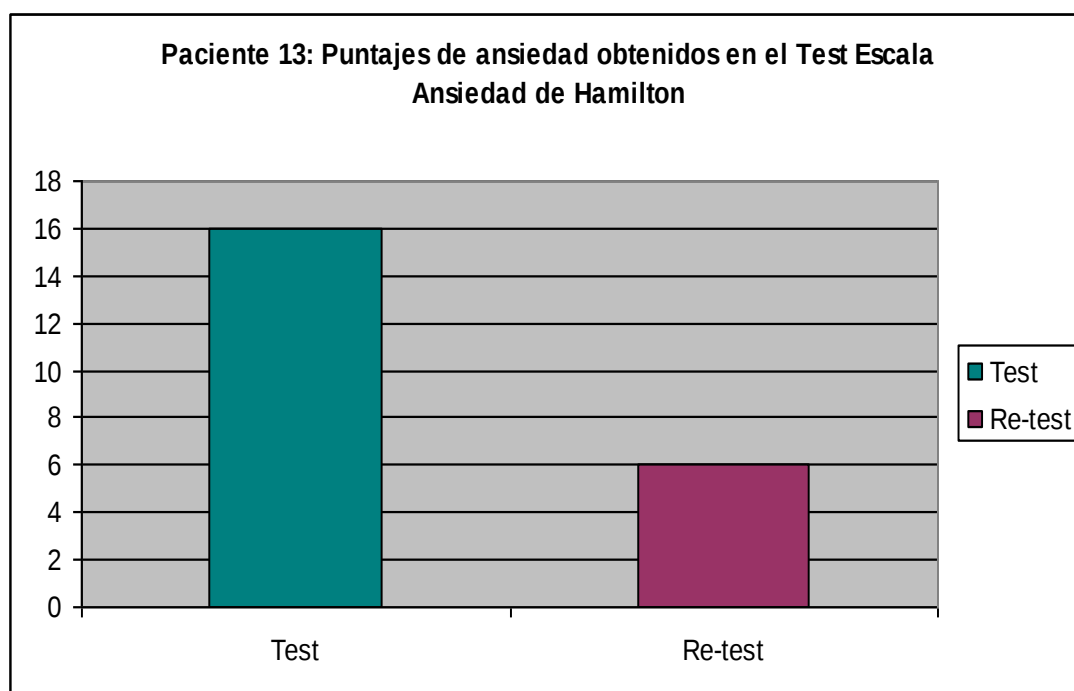
Paciente 13

Tabla 13. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 13.

N° Paciente:	Test	Re-test
13	16	6

Tabla 13. C, P. y M, A.

Gráfico 13.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

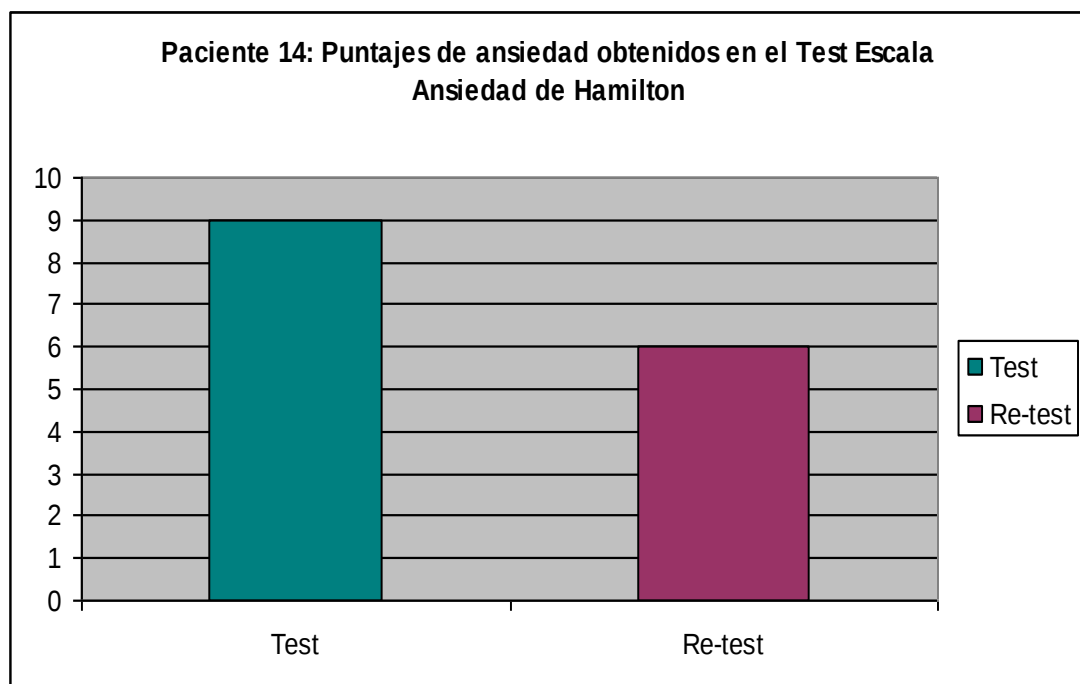
Paciente 14

Tabla 14. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 14.

N° Paciente:	Test	Re-test
14	9	6

Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 14.



Interpretación: la ansiedad disminuyó después de haber seguido el taller.

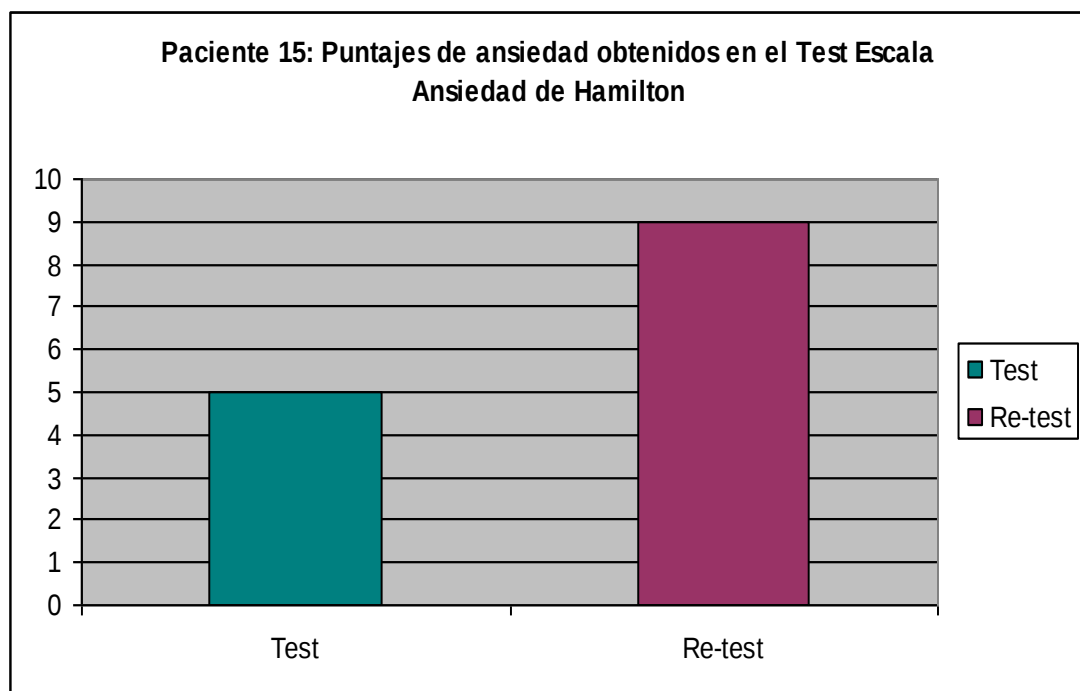
Paciente 15

Tabla 15. Puntajes de ansiedad obtenidos en el Test Escala de ansiedad de Hamilton del paciente 15.

Nº Paciente:	Test	Re-test
15	5	9

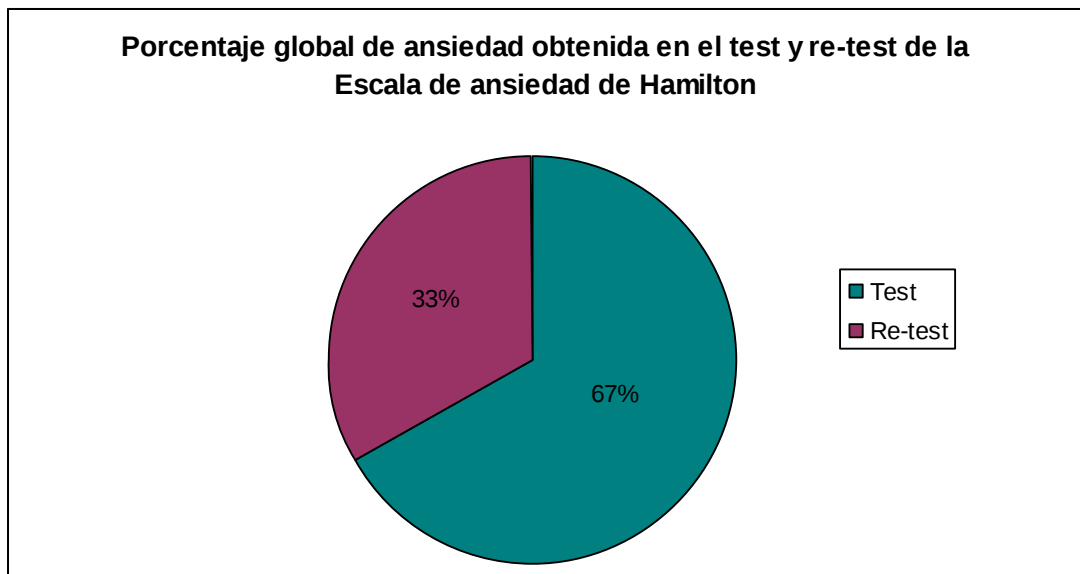
Investigadoras: C, P. y M, A.

Gráfico 15.



Interpretación: la ansiedad aumentó después de haber seguido el taller.

Resultado global



Investigadoras: C, P. y M, A.

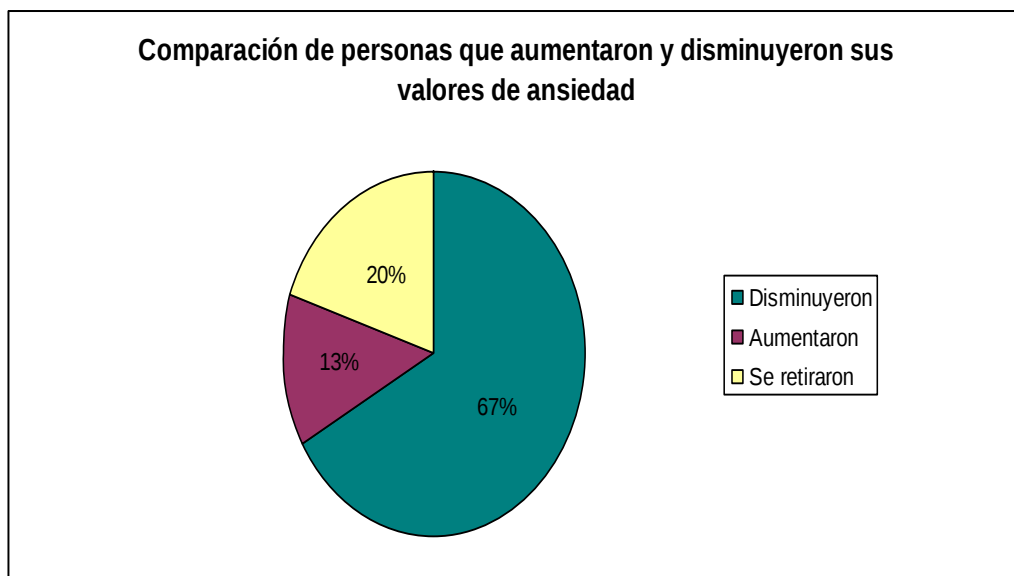
Interpretación: el porcentaje de ansiedad disminuyó un 34% después del taller (No se tomó en cuenta los valores obtenidos de las tres personas que se retiraron).

Después de haber realizado un análisis de los resultados y haberlos representado gráficamente, hemos podido llegar a determinar que el efecto producido por el taller y las técnicas arteterapéuticas, fue positivo, ya que de manera general disminuyó la ansiedad.

A continuación presentamos los resultados y conclusiones cuantitativas globales a la cuales hemos llegado al final de esta investigación:

- Diez pacientes disminuyeron su ansiedad después de haber seguido el taller.
- Dos pacientes aumentaron su ansiedad después de haber seguido el taller.
- Una paciente se retiró al inicio del taller por motivo de precaución por su embarazo.

- Dos pacientes se retiraron después del primer día por motivos desconocidos.



Investigadoras: C, P. y M, A.

Interpretación: el porcentaje global de ansiedad que presentaba el grupo antes del taller era del 67%, y el porcentaje de ansiedad que presentó después del taller fue del 33%, lo cual nos indica que la ansiedad global disminuyó en un 34% después de que el grupo fue sometido a la aplicación de las técnicas de arteterapia.

Como conclusión, los puntajes cuantitativos nos indican que la aplicación de las técnicas arteterapéuticas es efectiva para disminución de ansiedad.

4.5.2 Informe cualitativo final:

Como resultado general, nuestro taller brindó respuestas muy positivas tanto para los estudiantes que nos colaboraron como también para nosotras, pues el compromiso, con algunas excepciones, se cumplió en todos los aspectos, desde el cumplimiento de horarios hasta mantener la madurez y disposición que se esperaba

obtener de ellos y la brindada también de nuestra parte. El grupo resultó ser muy grato y cooperativo en el proyecto, y fue su real interés el principal factor de influencia positiva para poder llevar el trabajo de la manera en que se llevó, pues se generó buena energía y empatía entre todos y se encontraron aspectos que permitirán de hoy en adelante mejorar las relaciones interpersonales y percepciones de uno mismo.

El grupo resultó ser muy grato y cooperativo, además de maduros en cuanto a lo vivido en el ambiente que se desarrolló, pues a pesar de que salieron a la luz historias muy personales dentro del grupo, los integrantes supieron manejar la información con mucha madurez e inteligencia, y salió a relucir su lado solidario y empático, el cual esperamos se siga desarrollando a lo largo de su carrera, para poderla ejercer de la manera más humana posible.

Todos manifestaron sentirse mejor al final del taller y expresaron que les había ayudado mucho todo el trabajo realizado. Al parecer se conocieron un poco más a sí mismos y los lazos entre ellos parecen haberse hecho más fuertes.

Algunos reconocieron aspectos en los que deben trabajar para llevar y percibir de mejor manera sus vidas. Por ejemplo, se manifestó la existencia de duelos no resueltos, comportamientos agresivos, inseguridades, timidez, sentimientos de inferioridad, entre otros; y al final dieron a conocer su deseo por iniciar un proceso terapéutico individual, lo cual fue agradable de escuchar, pues es indispensable dentro de la carrera de psicología clínica.

A continuación se presentarán algunos fragmentos de los testimonios dados por los estudiantes al final del taller:

- Paciente 1: "... me encantó conocer esta forma de terapia porque como no conocemos muchas por estar en primero a veces no sabemos cómo pueden actuar.

A mí me ha ayudado a desahogarme porque a veces uno tiene tantas cosas en la cabeza y nadie a quién acudir...”.

- Paciente 2: “... yo pensaba que solo se trataba de pintar o hacer obras de arte y no me daba cuenta de cómo podía servir en nuestra carrera, pero ahora entiendo y me parece una terapia excelente porque es útil para cualquiera, a mí me ha ayudado a darme cuenta de cuales son las prioridades en mi vida en este momento, y también que cosas he mantenido reprimidas hasta ahora y tengo que trabajar”.

- Paciente 3: “... pensaba que había que ser bueno dibujando o haciendo arte pero yo me di cuenta que no es así en arteterapia porque yo no soy muy bueno pero igual pude expresar las cosas que tenía dentro. Uno va acumulando adentro las cosas y no nos damos cuenta cómo nos puede hacer daño si no sacamos.”

- Paciente 4: “... quiero agradecerles por darnos la oportunidad de vivir esta experiencia, yo me siento muy bien, o sea después de cada sesión me quedo muy relajada y parece que nada puede estresarme porque me acuerdo de las cosas que hice aquí y paso bien el resto del fin de semana y me consigo relajar de toda la semana que he tenido”.

- Paciente 5: “... A mí me encantó especialmente las técnicas de pintura porque yo siempre he pintado y en verdad la gente no se da cuenta de cómo con el arte podemos expresar todo lo que sentimos... yo he tenido siempre problemas en relacionarme con los demás y además no me siento bien conmigo misma, pero en este taller me he sentido muy cómoda, por eso gracias a todos por la confianza que ha habido dentro del grupo ...”.

- Paciente 7: “...yo antes era una persona muy diferente a lo que soy ahora, era muy bravo y malagradecido con mis papás, hacía muchas cosas que no debía, pero

hace algún tiempo empecé a cambiar y me acerqué más a Dios, y con este taller me he podido acordar de cosas que hice y que lastimaron a mucha gente y ahora puedo cambiar más y valorar mucho más a las personas y cosas que tengo a mi alrededor y a mí mismo...”.

- Paciente 9: “... yo también quiero agradecerles a todos porque ésta experiencia ha sido muy especial y nueva para muchos de nosotros, y a mi en lo que me ha ayudado especialmente es en saber que debo trabajar en mi autoestima porque yo nunca me he sentido bien con mi cuerpo y siempre me he sentido cohibida por esto, pero ahora aparte de conocer nuevas cosas para la carrera que escogimos, el curso se ha unido mucho más, especialmente los que estamos aquí...”.

- Paciente 10: “Bueno, yo me llevo de esto mucho aprendizaje y me doy cuenta que siempre voy a tener dentro cosas que me afectan pero lo importante es saber expresarlas y descargarlas y con estas técnicas me doy cuenta que algunas puedo hacerlas en mi casa porque ya veo que no es necesario que sean buenas ni nada, sino que signifiquen algo importante para mí. Yo les agradezco a todos por la confianza y quería disculparme por haber sido medio distante, pero hay muchas cosas en mi vida que me han cambiado, como la muerte de mi mami y el nacimiento de mi hijo, y no poder tenerle a ella cerca en todo esto. Pero ahora sé que son cosas que todavía no supero y por este taller me pude dar cuenta de esto”.

- Paciente 11: “... a mi me encantó el taller y me da pena que hayamos sido tan pocos los que asistimos porque esto les serviría a todos, especialmente a nosotros que vamos a trabajar con personas todo el tiempo. Me llevo aprendizaje y humildad porque este grupo y las técnicas que hemos hecho me han permitido entender o tratar de entender a la gente y porque actúa a veces así, porque a veces juzgamos sin saber sin pensar en que le podrá haber pasado a esa persona”.

- Paciente 13: "...igual que mis amigos, estoy muy agradecida porque de verdad me ha ayudado mucho este taller para saber qué tengo dentro y no me he dado cuenta, y además me ayudó a expresar muchas dificultades por las que estoy pasando porque yo no soy de esta ciudad y estoy lejos de mi familia y no conozco a nadie aquí, entonces también de paso ya hice algunos amigos que se puede ver aquí qué tipo de personas son..."

- Paciente 14: "Yo me di cuenta de que la mayoría de mis dibujos eran negros y me sorprendió ver que use solo colores oscuros y es increíble ver cómo mediante los colores se expresa el estado de ánimo de una persona. He aprendido cómo se usa el arteterapia en nuestra carrera y también pienso seguir una terapia con algún psicólogo después de esto porque pienso que es importante que todos tengamos un apoyo y alguien que nos pueda ayudar a superar los problemas".

- Paciente 15: "...me da pena y creo que ha todos igual que se haya terminado y ojala hayan más talleres como estos, porque en verdad me han hecho sentir bien y como dijo mi compañera me relaja bastante y me hace olvidar de todas las cosas que me han pasado en la semana si han sido malas. Aparte nos hemos unidos bastante y ahora podemos entendernos más entre nosotros. Me llevo mucha paz, porque después de ésta experiencia me di cuenta que tenía muchos sentimientos reprimidos que había callado por mucho tiempo y la verdad me hizo sentir como que liberara un peso de encima; realmente me sentí aliviada".

4.6 Conclusiones:

A lo largo de este taller, los estudiantes aprendieron de la Gestalt, de sí mismos y nosotros de ellos, corroborando una vez más que siempre se puede entender al ser humano y también aprender más de las personas estando cerca de ellas, prestando

atención a los detalles y teniendo en cuenta que el mantener la empatía nos permitirá comprendernos entre nosotros de una mejor manera.

No hay que olvidar que siempre van a existir elementos influyentes en cada uno de nosotros que guiarán nuestros comportamientos y pensamientos. Pues si bien el taller parece haber tenido un alto efecto positivo, debe recordarse que es muy distinto a una intervención terapéutica, ya que el taller es de corta duración y difícilmente será suficiente para disminuir y/o desaparecer toda la ansiedad que siente una persona, como por ejemplo el resultado obtenido del “paciente cinco”.

Por lo tanto, si bien las técnicas de arteterapia demostraron su efectividad en la disminución de síntomas de ansiedad, se debe tomar en cuenta que para obtener cualquier tipo de resultado, bajo cualquier técnica y corriente, se debe acotar a toda intervención los elementos necesarios para trabajar en las necesidades de cada persona y contar con el profesionalismo del terapeuta y la disposición del paciente para trabajar, con el único fin de alcanzar su propio bienestar.

Finalmente, se asegura que los resultados de esta investigación serán de utilidad para todos, y agradecemos la colaboración de quienes hicieron posible la realización la misma, ya que obtuvimos no solo un aprendizaje intelectual sino también nos brindó crecimiento personal; recordándonos y reforzando el pensamiento de que toda experiencia por la que atravesemos en nuestras vidas, no serán más que una lección que nos llevará a estar en mayor contacto con nuestro interior y permitirnos ser más humanos.

Conclusiones generales:

Después de haber realizado este estudio se ha podido llegar a las siguientes conclusiones en relación a los objetivos planteados al inicio de la investigación, los cuales, cabe resaltar, han sido alcanzados satisfactoriamente.

Se ha podido constatar que por motivo de que a los jóvenes principalmente les cuesta expresar sus sentimientos verbalmente por una variedad de motivos, se ha buscado una vía alternativa para ayudar su trabajo de catarsis.

Esta investigación ha permitido ver que trabajar con arteterapia es efectivo para disminuir ansiedad en las personas con índices de ésta, puesto que mediante la simbología se representan conflictos interiores sin necesidad de utilizar palabras en forma verbal, funcionando así el arte como puerta al inconsciente e interior del individuo.

Por otro lado, se pudo ver que en algunos casos la ansiedad aumentó. Después de poner mayor énfasis en estos casos, se pudo ver que lo que había sucedido era porque habían aspectos dentro de ellos que no habían sido trabajados ni superados adecuadamente. Es decir, el arteterapia movilizó estructuras reprimidas y almacenadas en el inconsciente, lo cual generó obviamente en la persona mayor ansiedad. En este caso, el proceso terapéutico debe continuarse ya que el hecho de que los recuerdos amenazantes se encuentren en el inconsciente, no es motivo para suponer que se han superado, sino todo lo contrario, se están manifestando indirectamente a través de canales como síntomas físicos o desequilibrios psicológicos como son los síntomas de ansiedad trabajados en este estudio.

Los análisis tanto cualitativos como cuantitativos fueron congruentes en sus resultados y aparte de eso, satisface saber que ya el arteterapia está abriéndose espacio en nuestro medio, pues si bien algunos no la conocían en absoluto, otros adquirieron mayor conocimiento de ella, y ambos estuvieron de acuerdo en que es una terapia efectiva y divertida para trabajar conflictos, entendiendo que no se trata de hacer obras artísticas maestras, sino que más bien se trata de hacer obras de arte que mejorarán su calidad de vida.

Si bien siempre existirán estímulos estresores y la persona nunca dejará de presentar ansiedad, se quiere aclarar que ésta investigación no tenía como fin disminuirla completamente, pues se trata de una función adaptativa del organismo frente a experiencias de vida y por tal motivo se podría decir que es hasta cierto punto necesaria, pero mediante el arteterapia sí se logró disminuir los índices de ansiedad de los estudiantes con el fin de que no se vea afectada su calidad de vida ni tampoco lleguen a desarrollar trastornos posteriormente.

Finalmente, se debe tomar en cuenta de que el taller fue de corta duración y siempre el proceso terapéutico deberá continuarse en cualquiera de los casos de manera adecuada para trabajar en estructuras psicológicas de la persona que asista al taller y dependerá del caso y del profesionalismo del terapeuta saber si es necesario complementar el tratamiento con algún otro medio para alcanzar el mayor bienestar y equilibrio posible en el paciente.

Recomendaciones:

La urgencia de que se brinde conocimiento y estudio con mayor profundidad acerca de las terapias alternativas dentro del campo de la salud en nuestro medio debe ser tomada en cuenta en seguida, ya que mientras en el resto del mundo son consideradas como principales elecciones de terapia, en nuestro medio son apenas conocidas o mal conocidas. De esta forma se están perdiendo alternativas de terapia que pueden ser las indicadas para trabajar en psicoterapia con algunas personas para las cuales puede ser de extrema utilidad.

Se espera romper con el mito de que expresar sentimientos es signo de debilidad, pues así se pierde la mira de que lo reprimido siempre se manifestará por cualquier camino que encuentre. Nunca se debe olvidar que todos somos seres humanos con sentimientos y emociones propias, las cuales deben ser tomadas seriamente en cuenta.

Finalmente, sería recomendable realizar seminarios dentro de las escuelas de psicología clínica donde se imparta la enseñanza de arteterapia, pues los profesionales y los clientes podrán ver que el desarrollo de sus técnicas, aparte de ser llevadas a cabo en consulta, podrán realizarse diariamente en casa, con lo que la persona irá aprendiendo a interpretar y comprobar su propia evolución.

Bibliografía:

Textos:

[1] ARIAS, Diana y

VARGAS, Claudia

“La creación artística como terapia”

Editorial RBA Libros, S. A. Barcelona, España. 2003. (187 págs.).

[2] BELLOCH, Amparo

y otros autores

“MANUAL DE ´PSICOPATOLOGÍA”

Volumen 2 – Parte IV, p. 3 – 461. Madrid – España, 1995. Editorial McGrawHill. (650 págs).

[3] CÍA, Alfredo Horacio

“La Ansiedad y sus trastornos: manual psicodiagnóstico y terapéutico”

Argentina, 2002. Editorial Polemos. (469 págs.).

[4] GINGER, Serge y

GINGER, Anne.

“LA GESTALT, Una Terapia de Contacto”

Editorial El Manual Moderno S.A. de C. V. México D. F. 1993. (345 págs.).

[5] HOGG, J. y otros autores

“Psicología y Artes Visuales”

Quinta Parte. Capítulo 1 “la Psicología del arte: pasado, presente y futuro” Págs. 21-74. Capitulo 8 “Descubrimiento visual a través del arte” págs. 197-219. Capitulo 10 “Gestalt y Arte” págs. 237-262. (385 págs.) Editorial Gustavo Gili. S. A. Barcelona, España. 1995.

[6] PRESTES, Nadie Alves.

**“SANANDO LAS HERIDAS DEL ALMA:
Con el arte y lo sagrado”** Capitulo I
“Concepto y definición del arte terapia” págs.
72-83, Capitulo II “Qué entendemos por arte
terapia” pags. 86-98, Cap. III “Los medios
artísticos al servicio de la salud” págs. 107.
138-144. 163-164. Cap. IV “Lo sagrado en el
cuidado del alma” pags.171-1185. 208. (221
págs.) Ediciones Abya – Yala. Quito,
Ecuador. 2004.

[7] TORO, R. José y YEPES, L.

“Fundamentos de Medicina-PSIQUIATRÍA”
Trastorno de Ansiedad Generalizada.
Capítulo 17. Págs. 204 – 207. (463 págs.)
Medellín – Colombia, 2004. Editorial CIB.

[8] VARIOS AUTORES

“DSM–IV:Breviario.-Criterios Diagnósticos”
Capítulo “Trastornos de Ansiedad: Trastorno
de ansiedad generalizada”. Pág. 211 –
212. Barcelona – España, 2002. Editorial
MASSON. (347pags.)

Folletos:

[9] AGUILERA, Juan.

“INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA”
Psicopatología de la afectividad, p.87-88.
Cuenca, Ecuador. 2007.

[10] BUCHELLI, Paulina.

“Apuntes de Arteterapia”

Quito, Ecuador. 2010.

[11] MUÑOZ, Xavier.

“PSICOLOGÍA NEOHUMANISTA”

Cuenca, Ecuador. 2010.

Páginas Web:

[12] Centro Integral de Terapia

Terapia de Arte:

<http://www.terapia-de-arte.com/inicio.htm>

México, 2005.

[13] HERAS, Carlos.

Arteterapia:

<http://juegosyartesdaconsciencia.blogspot.com/2009/04/fundamentos-del-arte-terappia.html>. 2008.

[14] Historia del Test Escala de
Hamilton

Test Escala de ansiedad de Hamilton:

<http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-AnsiedaddeHamilton-Anxiety-Scale-HAS>

[15] Leonard y otros autores

Trastorno de ansiedad:

es.brainexplorer.org/editorial/Editorial_index.shtml (s.a).

[16] MORER, Ángela

Ansiedad y Psicología:

<http://www.ayudapsicologicaen>

[línea.com/monograficos_ansiedad.html](http://linea.com/monograficos_ansiedad.html)

2007.

[17] TOBAL, M.

Ansiedad:

es.wikipedia.org/wiki/trastorno_de_ansiedad

1996. Página actualizada el 30 de Julio de

2011.

Monografías:

[18] CASTILLO, Bernardita.

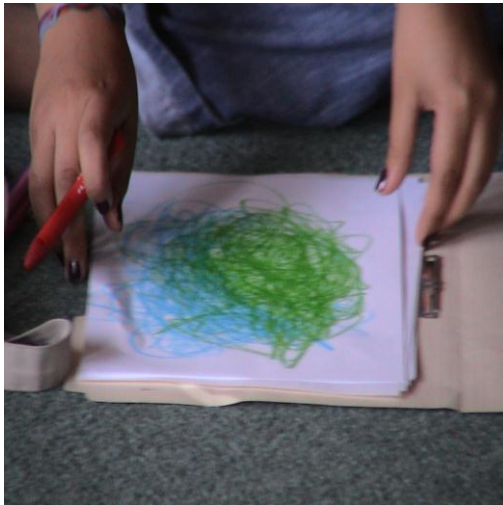
**“Arte terapia al servicio del proceso de
reparación de una adolescente en riesgo
social con abuso sexual en la infancia”**

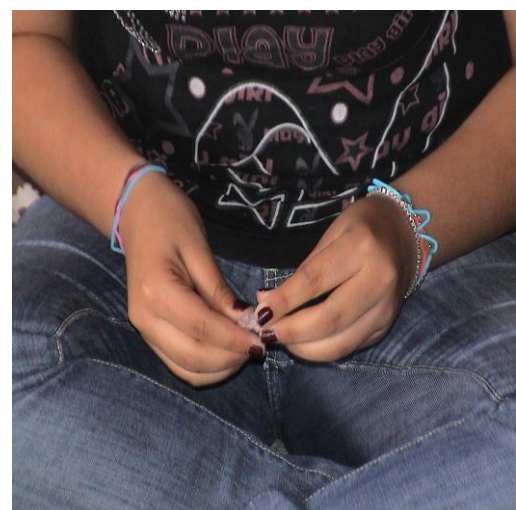
Santiago de Chile, 2007.

Anexos:

- **Anexo 1:** fotografías del taller de arteterapia para expresión de emociones.
- **Anexo 2:** test Escala de Ansiedad de Hamilton.

Anexo 1





Anexo 2

Test: Escala de Ansiedad de Hamilton

Nombre: _____

Edad: _____

Fecha: ____/____/____

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de	☐	☐	☐	☐	☐

	oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	☐	☐	☐	☐	☐
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	☐	☐	☐	☐	☐
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	☐	☐	☐	☐	☐

Puntaje: