

TESIS DOCTORAL

La Intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español

M^a Dolores López Martínez

dirigida por:

Dra. M^a Gracia Ruiz Llamas

Dr. Alfredo Cuervo Pando



Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Septiembre 2009

A mi familia,
y a todos los que
creyeron en este proyecto

ÍNDICE PRINCIPAL

Agradecimientos	1
Introducción	3
a) Origen y tema de la investigación	4
b) El problema de investigación y su contexto	6
c) Hipótesis de trabajo	8
d) Metodología general de investigación	9
e) Objetivos.....	12
f) Justificación de la investigación.....	13
g) Estructura de la Tesis	14
Capítulo 1. Conceptualización del Arteterapia	19
Introducción	19
1.1. Relación Arte y Terapia.....	20
1.2. Análisis de los rasgos divergentes y convergentes de las definiciones de Arteterapia	22
1.2.1. Rasgos divergentes.....	23
1.2.1.1. Arteterapia con mediación Plástica y Visual versus Arteterapia con mediación de diversos medios expresivos	23

1.2.1.2. Psicoterapia con mediación artística versus Proceso Creativo como terapia	26
1.2.2. Rasgos convergentes.....	29
1.2.2.1. La Proyección Artística.....	31
1.2.2.2. La Relación Triangular: Arteterapeuta-Obra plástica-Paciente ...	36
1.2.2.3. Perspectiva y distancia	40
1.2.2.4. Experiencia no verbal.....	43
1.2.2.5. Espacio de juego	48
1.2.2.6. La Permanencia de la obra	51
1.3. Diferencias entre las competencias del Arteterapia y de otras prácticas afines	53
Capítulo 2. Antecedentes históricos y desarrollo del Arteterapia.....	61
Introducción	61
2.1. Raíces Epistemológicas del Arteterapia.....	64
2.1.1. Aportaciones desde el ámbito psiquiátrico: De los ritos mágicos al arte psicopatológico	64
2.1.2. El Arte Vanguardista y su contribución al Arteterapia.....	77
2.1.2.1. El legado expresionista y dadaísta	77
2.1.2.2. La aportación del movimiento Surrealista	90
2.1.3. Influencia de la Educación Artística	99
2.1.3.1. Del Idealismo Romántico a la Pedagogía Progresista.....	99
2.1.3.2. La Corriente Expresiva y su trascendencia en Arteterapia	109
2.2. Desarrollo del Arteterapia.....	115
2.2.1. Sus inicios: de los años treinta a los sesenta. Autonomía disciplinar y profesional.....	115

2.2.2. Los años de expansión: Las décadas de los sesenta y setenta. Asociacionismo, formación académica y publicaciones.....	127
2.2.3. Los Años de Consolidación: Las décadas de los ochenta hasta la actualidad. Institucionalización Profesional.	139
2.3. Inicio y Desarrollo del Arteterapia en España	145
2.3.1. Área Académica y Formativa.....	145
2.3.2. Área Profesional.....	152
2.3.3. Área de Investigación	154
2.3.4. Asociaciones	159
Capítulo 3. Principales Orientaciones Teórico-Methodológicas en Arteterapia.....	165
Introducción	165
3.1. Arteterapia de Enfoque Psicoanalítico	169
3.1.1. Aproximación al psicoanálisis freudiano	169
3.1.2. Aproximación a la Terapia Analítica de Jung.....	184
3.2. Arteterapia de Orientación Humanista.....	198
3.3. Arteterapia de Orientación Psicopedagógica	210
3.3.1. Arteterapia Conductual.....	211
3.3.2. Arteterapia Cognitivo-Conductual.....	216
3.3.3. Arteterapia Orientada al Desarrollo Cognitivo	223
3.4. Arteterapia Ecléctica y Multimodal	240

Capítulo 4. El proceso arteterapéutico	249
Introducción	249
4.1. Principales contextos de la práctica arteterapéutica.....	250
4.2. Desarrollo del proceso arteterapéutico.....	256
4.3. Organización de los participantes.....	262
4.4. Establecimiento del setting arteterapéutico	269
4.4.1. Elementos del setting	273
4.4.1.1. Marco espacial	273
4.4.1.2. Marco temporal	276
4.4.1.3. Técnicas, materiales y recursos.....	279
4.5. Estructura de las sesiones	286
4.6. La evaluación en Arteterapia	295
4.6.1. Momentos de la Evaluación	295
4.6.2. Áreas de Evaluación	297
4.6.3. Métodos de Evaluación	298
4.6.3.1. Técnicas e Instrumentos de Evaluación	299
Capítulo 5. Descripción del Proceso Empírico.....	311
Introducción	311
5.1. Enfoque Metodológico del proceso empírico	311
5.2. Planificación y secuenciación de la encuesta	314
5.3. Consideraciones preliminares de la encuesta	315
5.3.1. Propósito de la encuesta	315
5.3.2. Recursos Disponibles	316

5.3.3. Diseño de la Muestra.....	317
5.4. Proceso de elaboración del cuestionario.....	319
5.4.1. Estructura y contenido del cuestionario	320
5.4.2. Criterios de formulación de las preguntas	325
5.4.3. Formato del cuestionario	326
5.4.4. Procedimientos de validación del cuestionario	327
5.4.5. Distribución del cuestionario.....	331
5.5. Tratamiento de los datos y procedimientos utilizados para el análisis	331
Capítulo 6. Análisis descriptivo sobre la metodología arteterapéutica dentro del contexto español	337
Introducción	337
6.1. Población demandante	338
6.2. Ámbitos de trabajo.....	339
6.3. Campos de aplicación.....	340
6.4. Naturaleza de la intervención.....	342
6.5. Orientación teórico-metodológica	343
6.6. Formato de las sesiones.....	345
6.7. Número de participantes en los formatos grupales.....	346
6.8. Criterios de inclusión en los grupos arteterapéuticos.....	347
6.9. Tipo de intervención.....	348
6.10. Temática de las sesiones.....	349
6.11. Trabajo del arteterapeuta en las sesiones	350

6.12. Estructura de las sesiones	352
6.13. Tiempo dedicado a las fases de las sesiones	353
6.14. Periodicidad de las sesiones	354
6.15. Momento de la evaluación	355
6.16. Procedimientos para evaluar.....	356
6.17. Evaluación del usuario	358
6.18. Evaluación del trabajo arteterapéutico	359
6.19. Técnicas plástico-visuales utilizadas en Arteterapia.....	360
6.20. Criterio terapéutico en la selección de técnicas	362
6.21. Clasificación de materiales en función del tratamiento	362
6.22. Propuestas complementarias.....	363
6.23. Actividades de apoyo	364
6.24. Formación académica anterior a la formación como arteterapeuta	366
6.25. Formación específica en Arteterapia.....	367
6.26. Opiniones sobre diferentes aspectos de su formación en Arteterapia	369
6.27. Lugar habitual de trabajo.....	372
6.28. Años de ejercicio como arteterapeuta	373
6.29. Demanda del trabajo arteterapéutico	374
6.30. Forma de trabajo	375
6.31. Situación profesional.....	376
6.32. Tiempo transcurrido desde la formación al trabajo como arteterapeuta	377

6.33. Facetas del arteterapia a las que el arteterapeuta dedica su actividad.....	378
6.34. Implicación en proyectos de regularización profesional.....	379
Capítulo 7. Conclusiones	383
7.1. Cumplimiento de la hipótesis de trabajo	383
7.2. Conclusiones de los resultados sobre el contexto de las prácticas arteterapéuticas	384
7.3. Conclusiones de los resultados sobre la metodología aplicada en las intervenciones arteterapéuticas.	385
7.4. Conclusiones sobre el perfil de los arteterapeutas.....	391
7.5. Conclusiones sobre aspectos relacionados con su profesión.	393
7.6. Recapitulación final.....	395
Bibliografía.....	401
Índice de Tablas	459
Índice de Figuras	463
Índice de Ilustraciones	465
Anexos.....	471

Anexo nº 1. Carta de presentación para el Procedimiento de Juicio de Expertos	473
Anexo nº 2. Carta de presentación dirigida a los arteterapeutas de la encuesta	475
Anexo nº 3. Instrucciones para cumplimentar el cuestionario	477
Anexo nº 4. Cuestionario: La intervención profesional del Arteterapia en España	479

*“Si vas a emprender el viaje hacia Ítaca,
pide que tu camino sea largo, rico en
experiencias, en conocimiento”.*

(Kavafis)

Agradecimientos

En el largo periplo que ha supuesto el inicio y culminación de esta tesis, Ítaca soñada, escollos y voces engañosas de sirenas dificultaron su avance y amenazaron su conclusión. Pero no fueron vientos favorables los que renovaron impulsos y propiciaron la llegada a puerto, sino aquellas personas que con su apoyo, consejo y generosidad impagables me ayudaron en la difícil travesía. A todas ellas quiero expresarles mi gratitud.

Dentro del ámbito académico y profesional:

-A los arteterapeutas de la muestra que con su acogida y respuesta han hecho posible esta investigación.

-A Ana Hernández, Montse Omenat, Pilar Domínguez, Astrid Süess y Francisco Coll, por su intervención como jueces externos y por sus sabios criterios que lograron perfeccionar el cuestionario.

-A mis directores de tesis M^a Gracia Ruiz y Alfredo Cuervo, por la confianza depositada en mí y paciente espera.

-A Concha Carbajo, estimada colega y amiga, constantemente atenta a mis demandas.

-A Antonio de Pro y Cristina Sánchez, tan comprometidos en mis tareas estadísticas, orientándome y dedicándome un tiempo precioso, a pesar de sus muchas ocupaciones.

Dentro del ámbito familiar y de la amistad:

-A mis padres, que con su paciencia y comprensión supieron contener mis desánimos.

-A mi hermana Gema por localizar y enviarme desde Los Ángeles parte de la bibliografía en lengua inglesa.

- A Alejandra, por su cariño, comprensión y las horas de trabajo empleadas en el diseño y la maquetación.

- A Adolfo, siempre dispuesto y diligente en las tareas de ordenador y a Waldo por su optimismo y por no cansarse de organizarme horarios.

- A Marisol, por su labor de traducción y su apoyo incondicional.

Finalmente, a otros muchos colegas, amigos y conocidos que mostraron su interés por mi trabajo y me dedicaron palabras de aliento.

A todas y cada una de las personas citadas de forma tanto explícita como tácita deseo reiterarles mi agradecimiento más profundo y decirles: gracias, muchas gracias, de todo corazón.

Introducción

“El arte conserva su función que es única, la de dar al individuo el poder de soñar, de esperar, de sobrevivir a las afrentas del dolor inherente a la vida, a las situaciones extremas, de aceptar renunciar al “paraíso perdido” de la infancia”. (Gaetner)

El ser humano, desde sus albores, encontró en el arte un modo de comunicación, trascendencia y conjuro ante la enfermedad y la muerte. Las propiedades curativas del arte formaban parte de las creencias de los pueblos. Con el nacimiento de la medicina moderna, la ciencia se centró en el cuerpo humano y su fisiología, y el arte, más conectado con el espíritu, perdió su lugar en el campo curativo. Actualmente, el modelo cartesiano ha quedado desfasado en su concepción dicotómica cuerpo-mente (Da Silveira, 2006), al igual que el positivismo, que estudia a las personas como cosas, cuando existe una discontinuidad ontológica entre los seres humanos y los seres-cosas. (Laing, 1977). La conexión de doble dirección cuerpo-cerebro-mente como proceso continuo y unitario está suficientemente demostrada. (Mora, 2002; Rubia, 2006). También que la existencia de estímulos, entre los que se encuentran las actividades plásticas y visuales, pueden favorecer los dispositivos curativos naturales, cambiando la fisiología corporal y la actitud mental de la persona, mediante la producción de endorfinas que actúan sobre el sistema inmunológico y protegen de la enfermedad. (Samuels y Rockwood, 2000; Rojas Marcos, 2007).

Con el nacimiento del Arteterapia en Inglaterra y EEUU, durante la primera mitad del siglo XX, la ciencia y el arte vuelven a unirse, ya que la finalidad de ambos es hacer inteligible la experiencia, aunque por caminos diferentes. (White, 1964). En ese largo recorrido del arte, desde los ritos mágicos de nuestros ancestros al llamado arte de los “locos”, el arte ha presentado distintas facetas: apertura a lo sobrenatural, catarsis, ocio y entretenimiento, sedación, diagnóstico, sublimación, expresión, comunicación, hasta culminar con el arteterapia en una mediación terapéutica con un rigor cada vez más científico, principalmente en el ámbito clínico, sin olvidar su inclusión creciente en los ámbitos educativo y social.

El Arteterapia, tanto en su perspectiva conceptual y profesional, es una materia atractiva y sugerente, al aunar arte y terapia y al ofrecer numerosos temas y líneas de investigación, debido al enorme potencial por su condición de disciplina nueva.

a) Origen y tema de la investigación

“(…) y si hubo áspera hiel en mi existencia, melificó toda acritud el Arte”. (Darío)

La elección del tema de la presente investigación, *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*, surge progresivamente de la experiencia personal, enriquecida con los conocimientos procedentes de los estudios de Bellas Artes y Arteterapia.

Desde muy joven, dos tendencias dirigieron las aspiraciones de la doctoranda: el entusiasmo por el arte y la relación de ayuda. La experiencia artística, porque siempre fue un recurso gratificante a la vez de útil, a la hora de afrontar los contratiempos personales. En cuanto a la relación de ayuda, por sentir la profunda necesidad de tener un papel activo ante el sufrimiento ajeno.

Tras obtener la licenciatura en Bellas Artes (1997), la práctica docente se convierte en el vínculo de ambas inclinaciones, por las necesidades que actualmente demanda la mayoría del alumnado y que la educación formal no suele cubrir en ninguno de los niveles educativos.

La Educación Artística y la Comunicación Audiovisual, tanto en Educación Secundaria como en Bachillerato, fueron poderosas herramientas para despertar en el alumnado la emoción por el arte y, a través del mismo, ayudarlo en su formación integral como personas. El contacto con los alumnos de *Atención a la Diversidad* reveló el extraordinario potencial de las actividades artísticas para paliar, en esos casos concretos, la apatía, el fracaso, la frustración, la inseguridad y el sufrimiento de no sentirse útiles.

La experiencia docente determina el camino hacia la investigación con la realización de los cursos de doctorado (2002/04), organizados por el Área de Didáctica de la Expresión Plástica, en la Facultad de Educación (Universidad de Murcia). Los trabajos

realizados se centraron en la producción plástica de dos niños con necesidades educativas especiales: uno con Síndrome de Down y otro con parálisis cerebral. Las actividades artísticas se configuraban, cada vez más, como una valiosa herramienta de intervención educativa y terapéutica. Sin embargo, la puesta en marcha de una práctica artística con fines terapéuticos, precisaba una formación específica y el conocimiento profundo de una metodología que subsanara las carencias del voluntarismo e hicieran más productivas las intervenciones.

La realización del *Máster Universitario en Arteterapia y Mediación Plástica* de la Facultad de Psicología (Universidad de Murcia), durante el bienio 2004-06 fue la clave de la progresiva decantación hacia el tema de esta investigación, por los conocimientos teóricos adquiridos en sus clases y por las prácticas realizadas en dos instituciones públicas: la *Residencia de Personas Mayores de San Basilio* (Murcia) y el *Centro Psiquiátrico Luis Valenciano* en El Palmar (Murcia). Otros ámbitos de trabajo se abrían, además del educativo.

El trato con los ancianos fue la piedra de toque para conocer la soledad y la desesperanza, forjadas por la acumulación de ausencias y olvidos; la enfermedad y las limitaciones; la proximidad de la muerte y la contradicción de ser deseada y temida al mismo tiempo. Pero también la sensación de acompañamiento, la escucha atenta y el despertar senso-perceptivo que propician los materiales plásticos, pueden iluminar zonas oscuras del alma y facilitar la comunicación.

La relación con los enfermos mentales, afectados de esquizofrenia residual, fue otra experiencia enriquecedora. Vencidos los prejuicios y resistencias a la intervención arteterapéutica, que creían una clase de pintura más, las actividades con la fotografía digital, como herramienta de apoyo, produjeron unas expectativas y un cambio notable en sus conductas. La desgana por la rutina y la medicación, dio paso a una participación creciente en las propuestas plásticas y visuales, y a mostrar deseos de mejorar su aspecto personal.

La inmersión en los procesos creativos modificaba actitudes y comportamientos, en todos los segmentos de edad y en los más diversos ámbitos.

La asistencia a los distintos congresos celebrados en varias comunidades autónomas: Andalucía: *I Jornadas de Arteterapia y Educación*, *II Jornadas de Arteterapia para la igualdad*, (Huelva, 2004 y 2007); Murcia: *I Congreso: Arte terapia y sus aplicaciones*, (Ojós, 2006), *Imágenes del inconsciente* (Murcia, 2009); Cataluña: *I Congreso Nacional de Terapias Creativas*, (Barcelona, 2006) y *II Congreso Internacional de Educación Artística* (Granada, 2008); el contacto con otros arteterapeutas, las múltiples lecturas y la revisión bibliográfica en temas relacionados con el arteterapia comienzan a esbozar los inicios de la investigación. El

enorme potencial a nivel científico de esta disciplina, recién nacida en nuestro país, pero consolidada y reconocida en otros contextos geográficos, dejaba abierto un campo de indagación muy amplio.

Numerosos temas eran susceptibles de ser tratados como problemas de investigación. Se optó por descubrir los métodos utilizados en la práctica arteterapéutica dentro del contexto profesional español, tema no explorado y a la vez de gran utilidad por los resultados que podían contribuir a incrementar los conocimientos teóricos sobre el contexto de estudio y dar a conocer el estilo de trabajo de estos profesionales.

La totalidad de este proceso ha impulsado la presente investigación y su culminación.

b) El problema de investigación y su contexto

Toda ciencia se estructura en torno a un paradigma o matriz disciplinar, sin embargo, en arteterapia no existen paradigmas consensuados de forma generalizada, aunque todos privilegian el proceso creativo, generado en la aplicación de los medios plásticos y visuales. *“Actualmente, ninguna teoría específica fundamenta el arteterapia. Las concepciones y las teorías son muy diversas”*. (Delage y Barberis-Bianchi, 2003, p. 99). A ello contribuye su carácter interdisciplinar, conformado, en su origen, por una base psicoanalítica y por las aportaciones de las Vanguardias Artísticas y de la Corriente Expresiva dentro del contexto de la Educación Artística. Y, posteriormente, enriquecido con la contribución de las nuevas acepciones sobre la creatividad y la adopción de distintas corrientes psicológicas: humanista, cognitiva, conductual, multimodal, etc.

A partir de sus raíces epistemológicas, los profesionales en la materia han establecido distintas concepciones sobre el arteterapia. Desde posturas que la consideran una terapia creativa con mediación de diversos tipos de expresión: plástico-visual, musical, corporal y dramática; hasta planteamientos donde sólo se contempla como intermediación el uso de la expresión plástica y visual. También existen autores que la consideran una modalidad de psicoterapia con mediación artística, frente a los que destacan los aspectos terapéuticos implícitos en el proceso creativo.

Además de su raíz multidisciplinar, la práctica profesional del arteterapia está influida por la diversidad y flexibilidad que suscita su configuración poliédrica necesariamente concebida desde:

- A) La formación multidisciplinar de los profesionales que la ejercen.
- B) Los diferentes ámbitos de su aplicación.
- C) Los objetivos terapéuticos perseguidos según las características personales de cada usuario.
- D) Diversidad de marcos legales según las organizaciones territoriales de cada país.
- E) Amplitud temática que ofrece a la investigación científica.

Todos estos factores convierten al arteterapia, desde su perspectiva conceptual y profesional, en una disciplina con un amplio abanico de enfoques teórico-metodológicos.

Esta problemática resulta más patente dentro del contexto español, debido a la reciente implantación del Arteterapia a finales de la década de los noventa. Al ser un trabajo no institucionalizado como profesión a nivel oficial, a diferencia de lo que sucede en países más avanzados como Inglaterra o EEUU, su ejercicio, frecuentemente, está vinculado a profesionales de otras especialidades en los distintos ámbitos que abarca su campo de acción: encuadres clínico-asistenciales, donde psicólogos, psicoterapeutas, psicoanalistas usan los medios artísticos como herramienta en psicoterapia; encuadres educativos, con profesores de educación plástica, psicopedagogos y maestros que utilizan las artes visuales para ayudar al alumnado con dificultades; hasta encuadres psicosociales, con educadores, monitores y terapeutas que realizan talleres artísticos de tipo ocupacional, en los que las actividades artísticas destacan su aspecto lúdico y recreativo; así como profesionales de las Bellas Artes que, con sus intervenciones artísticas, aportan una visión catártica del proceso creativo.

A la variedad de orientaciones, procedimientos y metodologías que conviven en la práctica profesional arteterapéutica dentro del contexto español, se une la falta de consenso a la hora de establecer el perfil de las competencias profesionales del arteterapeuta y el intrusismo por parte de otros profesionales que están ejerciendo el arteterapia sin una formación adecuada.

El contexto descrito generó el problema de investigación, y el planteamiento de toda esta argumentación ha generado las siguientes preguntas:

- ¿Qué metodología utilizan los arteterapeutas en el contexto profesional español?
- ¿Cuál es el perfil de los especialistas en Arteterapia?

Estas preguntas de investigación suscitan suposiciones que han ayudado a configurar la hipótesis de este trabajo expuesta a continuación.

c) Hipótesis de trabajo

A pesar de la falta de sistematización de la información relacionada con la descripción de las prácticas arteterapéuticas en contextos geográficos pioneros, se percibe la existencia de:

- Una serie de orientaciones teórico-metodológicas aplicadas en arteterapia con rasgos propios.
- Un protocolo general seguido por la mayoría de los arteterapeutas durante la ejecución de sus tratamientos.

Ambos condicionantes han ayudado a configurar la hipótesis de este trabajo:

En España, las intervenciones de los arteterapeutas, al igual que ocurre en otros países, siguen distintas metodologías. Sin embargo, la reciente implantación del arteterapia en el sector académico y la falta de regularización de la profesión muestran una falta de consenso entre los profesionales del arteterapia y un intrusismo por parte de otros profesionales que la están ejerciendo sin una formación adecuada. Por lo que supone que la metodología utilizada por los arteterapeutas dentro del contexto español

puede ser “un cajón de sastre”, donde se incluyan procedimientos ajenos a las competencias propias del arteterapia o, por el contrario, que siga un estilo de actuación donde se perciba un protocolo y unas líneas teórico-metodológicas diferenciables tal y como sucede en países con más trayectoria histórica.

d) Metodología general de investigación

Con la intención de poder confirmar o negar la validez de la hipótesis planteada, se ha optado por la realización de un modelo de tesis combinada por una investigación documental y de campo.

La investigación documental tiene como objetivo profundizar y ampliar el conocimiento del problema de estudio y enriquecer el ámbito teórico del Arteterapia dentro del contexto español. Las aportaciones realizadas en el marco teórico, sobre la conceptualización del Arteterapia, sus antecedentes, las distintas orientaciones teórico-metodológicas, etc., han sido extraídas, en su mayoría, de fuentes documentales inglesas y americanas, ya que ambos países poseen una trayectoria histórica sobre la materia más amplia que España. Para llevar a cabo esta tarea, ha sido preciso traducir, recopilar y sistematizar numerosa documentación en lengua inglesa.

Las fuentes documentales y recursos de búsqueda más utilizados se muestran en las tablas nº 1, nº 2, nº 3 incluidas en la siguiente página.

Tabla nº 1. Fuentes bibliográficas generales consultadas sobre arteterapia

Fuentes bibliográficas primarias generales sobre Arteterapia			
Libros y Manuales		Compilaciones	
En Inglés	En Castellano	En Inglés	En Castellano
Allen (2003); Anderson (1992); Betensky (1995); Brown(1997);Bush(1997); Case y Dalley (1992); Dalley, Rifkind y Terry (1993); Edwards (2004); Feder y Feder (1981); Gilroy (2006); Hill(1945,1951); Jones(2005); Kramer (1971); Linesch (1988); McNiff (1981, 1998a); Robbins(1987); Wadeson (1980, 2000).	Arias y Vargas (2003); Bongiovanni (1981); Klein (2006); Kramer (1985); Moccio(1980); Paín y Jarreau (1995); Scanio(2004); Schottenloher (2004).	Case y Dalley (1990); Dalley, Case, Schaverien, Weir, Halliday, Hall y Waller (1987); Feder y Feder (1998); Killick y Schaverien (1997);Liebmann (2000);Malchiodi (1998,2003); Rubin (2001);Wadeson, Durking y Perach (1989); Skaife y Huet (1998); Waller y Gilroy (1992).	Bonet (2008); Collette y Hernández (2003); Coll Espinosa (2006); Dalley(1987), Domínguez Toscano (2004); López Fernández Cao (2006); López Fernández Cao y Martínez Díez (2006); Martínez Díez y López Cao (2004).

Tabla nº 2. Fuentes bibliográficas específicas consultadas sobre arteterapia

Fuentes bibliográficas primarias específicas: Publicaciones en serie	
En Inglés	En Castellano
<ul style="list-style-type: none"> - American Journal of Art Therapy - Art Psychotherapy - The Arts in Psychotherapy - Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association - The Canadian Art Therapy Association Journal - Pratt Institute Creative Arts Therapy Review - Inscape - International Arts Therapies Journal 	<ul style="list-style-type: none"> - Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social - Revista de Arte-terapia y Artes, Encuentros con la expresión

Tabla nº 3. Principales bases de datos y catálogos consultados

Bases de datos y catálogos consultados	
Bases de datos	Catálogos de Bibliotecas
Academic Search Premier, Cochrane Library Plus, Compludoc, CSIC, Cybertesis, DART–Europe, Dialnet, ERIC, ISBN, ISSN, REBIUN, TESEO, Psicodoc, PsycARTICLES, PsycCRITIQUES, PsycInfo, Medes, Medline.	Biblioteca Nacional Española, Biblioteca del Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, Library of Congreso online catalog, Los Angeles Public Library, UCLA Library, Britttish Library, Catálogos de Absysnet.com, Universia España, Sistema de bibliotecas UACH.

Respecto a la investigación de campo, su objetivo se centró en describir la metodología utilizada por los arteterapeutas en el contexto profesional español, realidad de la que no se posee información, por ser frecuentemente anónima y poco conocida, incluso para este colectivo de profesionales. Para ello, se ha optado por un diseño de investigación empírica de tipo no experimental descriptivo, utilizando la modalidad de encuesta de diseño transversal o transeccional, mediante un cuestionario que recoja dicha información.

Teniendo en cuenta estos principios, el método de investigación elegido resulta idóneo en un campo disciplinar tan poco explorado como el arteterapéutico, donde la intención se va a centrar prioritariamente en ordenar, agrupar y sistematizar aquella información poco accesible y dispersa sobre los objetos involucrados en el estudio, y en recabar información de profesionales del Arteterapia como fuente primaria y fundamental para conocer su ejercicio profesional.

El uso de un diseño descriptivo de carácter exploratorio puede propiciar la base de investigaciones futuras que requieran un mayor nivel de profundidad.

e) Objetivos

Tras la formulación expuesta, se plantean los siguientes objetivos:

- Objetivo General

Obtener información sobre la metodología utilizada por los arteterapeutas en su práctica dentro del contexto profesional español.

-Objetivos específicos

1. Conocer qué poblaciones, ámbitos de trabajo y campos de intervención son los prevalentes en las aplicaciones de los arteterapeutas en España.

2. Describir el proceso metodológico utilizado por los arteterapeutas en relación a la naturaleza de su intervención y a las orientaciones teórico-metodológicas aplicadas.

3. Conocer cómo los arteterapeutas organizan sus sesiones en un tratamiento de arteterapia.

4. Identificar los sistemas de evaluación aplicados por los arteterapeutas.

5. Obtener datos sobre los medios plástico-visuales y recursos empleados por los arteterapeutas.

6. Descubrir aspectos relativos a la formación del arteterapeuta.

7. Indagar sobre aspectos de su profesión y el grado de implicación en proyectos para la regularización profesional del Arteterapia.

Objetivos que van a clarificar el estado en el que se encuentran las prácticas del arteterapia dentro del contexto español.

f) Justificación de la investigación

La investigación de este problema es de gran importancia por sus aportaciones a un tema tan actual, novedoso y de creciente interés:

1.- Desde su perspectiva teórica, trata de llenar un vacío mediante la difusión estructurada de información sobre las principales líneas de trabajo empleadas en Arteterapia y de sus principales promotores, datos que podrán ayudar a comprender, distinguir y profundizar sobre el alcance de las mismas. También poder enriquecer el campo disciplinar del Arteterapia con los conocimientos aportados y abrir nuevas discusiones.

2.- Desde su aspecto empírico, porque no se han encontrado trabajos de investigación que describan con rigor científico los métodos y técnicas aplicadas en las intervenciones arteterapéuticas.

Sólo existe la excepción de la investigación de Karkou (1998), autora que realizó una encuesta a una muestra de terapeutas creativos (arteterapeutas, danzaterapeutas y musicoterapeutas) del Reino Unido, con la finalidad de descubrir los procedimientos aplicados en sus prácticas profesionales. O la investigación de Kuleba (2008), que realiza un estudio en Drexel, Pennsylvania (EEUU), basado en un cuestionario para descubrir cómo los arteterapeutas integran los ordenadores como un medio más en sus intervenciones arteterapéuticas. Dentro del contexto español, se encuentra la tesis doctoral de Sabatella (2003), centrada, igualmente, en describir los métodos de trabajo y evaluación de los musicoterapeutas que trabajan en Iberoamérica y España.

Sin embargo, no hay estudios específicos que describan exclusivamente y de forma general las intervenciones arteterapéuticas realizadas en España. La mayoría de los trabajos de investigación publicados en este contexto geográfico, desde finales de los noventa hasta la actualidad, presentan un predominio de investigaciones de carácter

cuantitativo, centradas en estudios de casos, en los que los arteterapeutas describen los fenómenos observados dentro de un encuadre arteterapéutico.

Si a los hechos anteriores se suman:

- La escasez de publicaciones en castellano sobre las diversas metodologías existentes en la materia.
- El vasto repertorio bibliográfico en lengua inglesa, sobre los procedimientos arteterapéuticos más utilizados pero referente al contexto anglosajón y disperso en numerosas fuentes.

Determina que la presente investigación también sea relevante y útil, ya que ha tratado de abordar una cuestión novedosa, desde un enfoque científico distinto, con la intención de abrir, a partir de sus resultados y conclusiones, vías de reflexión, análisis y evaluación en relación a las prácticas clínicas de los arteterapeutas.

Toda profesión debe procurar su desarrollo continuo, siendo imprescindible corregir deficiencias, incorporar nuevos recursos y/o experimentar con aquellos no suficientemente explotados. Así, se podrán afrontar nuevas necesidades y retos y tomar medidas que produzcan mejoras dentro de los múltiples ámbitos de intervención existentes.

g) Estructura de la Tesis

El contenido de la presente investigación se estructura en ocho capítulos articulados en dos partes:

La Primera Parte: *Marco teórico de la Investigación*, se basa en un marco de referencia teórico que permite justificar el planteamiento del problema de investigación, formular las preguntas de investigación y plantear la hipótesis. Su amplitud se debe al intento de documentar exhaustivamente el estado de la cuestión, y facilitar la comprensión del estudio de campo posterior.

Consta de cuatro capítulos. Los dos primeros tratan de dar una visión general del origen del problema y sus raíces, surgidos de la propia naturaleza pluridisciplinar del

arteterapia y de los distintos conceptos existentes sobre la misma, así como las diversas aportaciones que a lo largo de su historia ha ido recibiendo, hasta conformarse como una profesión sólidamente establecida en EEUU y Reino Unido. En España, por el contrario, se lucha por su regulación y reconocimiento institucional.

El Capítulo primero, *Conceptualización del Arteterapia*, contiene una aproximación a las distintas definiciones de Arteterapia, aportadas por las principales asociaciones y centros de arteterapia nacionales e internacionales. Se enfatizan los aspectos convergentes y divergentes del Arteterapia. El capítulo finaliza con una exposición genérica de las diferencias existentes entre las competencias del Arteterapia y las de otras prácticas afines como la Terapia Ocupacional o Recreacional, las Técnicas Proyectivas o la Educación Artística.

El Capítulo segundo, *Antecedentes históricos y desarrollo del Arteterapia*, realiza un recorrido histórico sobre las raíces epistemológicas del Arteterapia. A continuación, se establece una clasificación cronológica de los acontecimientos históricos más importantes en el ámbito académico y profesional de la materia en EEUU e Inglaterra, por ser los primeros países en conseguir el reconocimiento del Arteterapia como profesión oficial. El capítulo concluye con el nacimiento del Arteterapia en España y su situación en sus distintas áreas: académico-formativa, profesional y de investigación.

Tras ofrecer una visión conceptual e histórica sobre la materia, los capítulos siguientes se centran en presentar los principales métodos y recursos aplicados por los arteterapeutas.

El Capítulo tercero, *Principales orientaciones teórico-metodológicas en Arteterapia*, contiene una relevante documentación sobre las orientaciones teórico-metodológicas más utilizadas en la práctica arteterapéutica, los autores que han influido en su conceptualización y los principales arteterapeutas que han conseguido aplicarlas en su práctica profesional y difundirlas con sus investigaciones.

El Capítulo cuarto, *El proceso arteterapéutico*, describe los elementos que intervienen en el desarrollo de un programa arteterapéutico. Desde los segmentos de población, ámbitos de aplicación y problemas más atendidos hasta su planificación, organización del encuadre y de los participantes, la estructura de las sesiones y los sistemas de evaluación.

La Segunda Parte, *El proceso empírico*, contiene el trabajo de campo realizado. Está formada por tres capítulos, que corresponden al diseño y metodología de investigación, el análisis de los datos obtenidos y las conclusiones más relevantes.

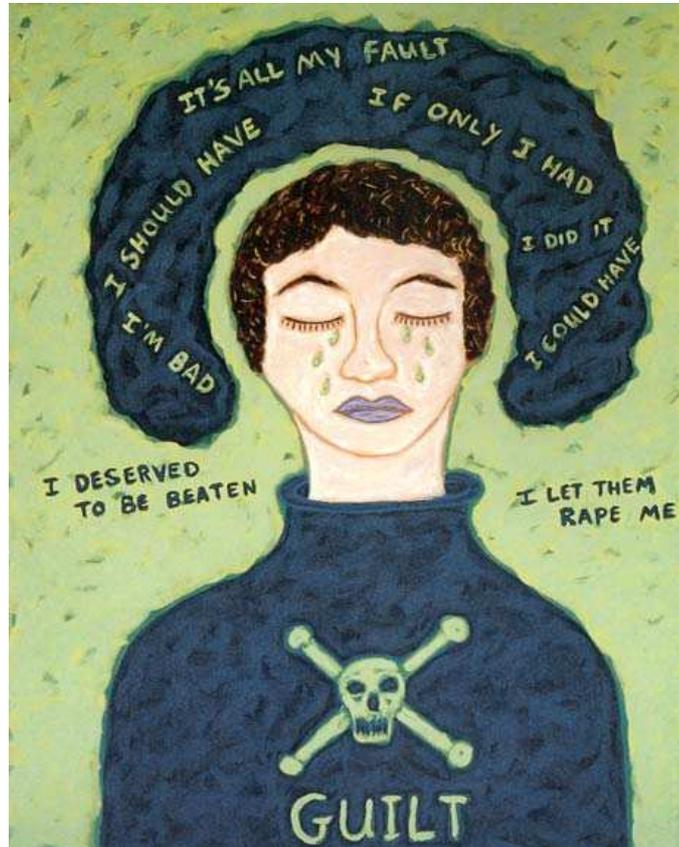
El Capítulo quinto, *Descripción del proceso empírico y su diseño*, presenta el diseño de investigación empírica, de tipo no experimental descriptivo, en la modalidad de encuesta de tipo transversal, utilizando como herramienta de recolección de datos un cuestionario, predominantemente cuantitativo, con algunos rasgos cualitativos. Incluye el diseño de la muestra, la elaboración del cuestionario y los trámites para su validación, el tratamiento de los datos y los procedimientos aplicados en el análisis estadístico.

El Capítulo sexto, *Análisis descriptivo sobre la metodología arteterapéutica dentro del contexto español*, contiene la descripción de los resultados, a partir de las respuestas aportadas por los arteterapeutas participantes en la cumplimentación del cuestionario: *La intervención profesional del Arteterapia en España*. Para facilitar la comprensión de la información recopilada y agilizar su densidad, se ha optado por ordenar los datos según los objetivos establecidos. A continuación, la información se presenta en tablas con las frecuencias y los porcentajes resultantes, y en diagramas de barras donde queda resumida en medias. Las tablas y los diagramas van acompañados de un breve comentario en el que se resaltan los datos más relevantes.

El Capítulo séptimo, *Conclusiones*, se centra en la interpretación de los resultados y sus implicaciones. Se indican las aportaciones sobre la metodología utilizada por los arteterapeutas encuestados, su perfil sociodemográfico, formativo y profesional, así como su implicación en proyectos de regularización profesional del Arteterapia. Se discuten los datos más significativos y se proponen líneas de investigación.

La presente investigación acaba con la *Bibliografía* consultada durante la realización de este estudio y un apartado de *Anexos* que contiene el modelo de carta de presentación remitida a los jueces expertos, la carta enviada a los arteterapeutas para invitarles a participar en la investigación, las instrucciones de cumplimentación del cuestionario y el modelo de cuestionario: *La intervención profesional del Arteterapia en España*.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO



Orlemann, *Guilt*, (1998)

“El arte nos hace ver nuestras limitaciones, saber lo que podemos tolerar y lo que no. Es al reaccionar ante lo desagradable cuando más nos descubrimos a nosotros mismos. La obra nos hace ver nuestras propias fronteras, los contornos de nuestra persona”.

(Julius)

Capítulo 1. Conceptualización del Arteterapia

“Todo aquel que abonde en los tesoros escondidos de su arte, es un envidiable colaborador en la construcción de la pirámide espiritual que un día llegará hasta el cielo”.(Kandinsky)

Introducción

En el presente capítulo se realizará una aproximación al término arteterapia. En primer lugar se abordará la relación existente entre los conceptos Arte y Terapia, destacando la creatividad como nexo entre ambas.

A continuación, se revisa el concepto de arteterapia a partir del análisis de las distintas definiciones aportadas por las principales asociaciones internacionales y especialistas en la materia. Se realizará una clasificación especificando aquellos rasgos divergentes y coincidentes del arteterapia, que permitan comprender los principios fundamentales de esta materia en su ámbito disciplinar y profesional.

Entre los rasgos divergentes, se observa la existencia de posturas que consideran el arteterapia una terapia creativa que utiliza distintos modos de expresión: plástica-visual, musical, corporal y dramática; frente a otras posiciones que restringen su mediación a la expresión plástica y visual. Asimismo, se contempla el reconocimiento de autores que conciben el arteterapia como una modalidad más cercana a la psicoterapia, frente a otros que enfatizan el proceso creativo como principal agente terapéutico implícito en toda actividad visual y plástica.

Entre los rasgos coincidentes, destaca el rol mediador de los distintos medios plásticos en el proceso creador, los cuales posibilitan la relación terapéutica a través de esta serie de factores: *La Proyección Artística, Relación Triangular, Perspectiva y Distancia, Experiencia no verbal, Espacio de juego y la Permanencia de la obra.*

Posteriormente, se establecen diferencias entre las competencias del Arteterapia y las de otras prácticas afines como la Terapia Ocupacional o Recreacional, las Técnicas Proyectivas o la Educación Artística.

1.1. Relación Arte y Terapia

El carácter flexible e interdisciplinar del Arteterapia plantea una labor compleja a la hora de encontrar una concepción única y consensuada sobre su significado con la integración de disciplinas, en las que no sólo entran en juego la Psiquiatría, la Psicoterapia y las Artes Visuales, sino también, por su función social y asistencial, la Psicología, la Sociología y las Ciencias de la Educación (Llera Suárez y Guibert Reyes, 2000).

Malchiodi (1998) apunta que la combinación de las palabras “*Arte*” y “*Terapia*” suscita una gran ambigüedad, ya que supone la unión de dos disciplinas que traen consigo un amplio repertorio de conceptos como: artes visuales, procesos creativos, desarrollo humano, comportamiento y personalidad, salud mental, etc., lo que hace difícil su comprensión y entendimiento.

Wood (1987) o Da Silveira (2006) comentan que el nombre de “*Arte*” no es el vocablo más acertado para determinar lo elaborado en esta especialidad terapéutica, puesto que implica un juicio de valor estético en un contexto, cuya prioridad es el proceso de creación plástica y su relación con los procesos psicológicos del individuo, más que los logros técnicos del producto realizado. Las autoras añaden que ningún arteterapeuta persigue que su paciente haga obras de arte, sino más bien encontrar un canal que logre expresar las emociones más interiorizadas. Es más adecuado utilizar las nociones de lenguaje, expresión u obra “plástica” para referirse a las producciones realizadas en un encuadre terapéutico.

Al respecto, Ulman y Levy (1981) añaden que las proyecciones espontáneas estimuladas en la terapia artística no son propiamente arte, sino fragmentos vitales de la materia prima por la cual los procesos artísticos pueden evolucionar.

Para Pain y Jarreau (1995), el alcance del significado compuesto de esta joven disciplina: *Arte y Terapia* debe ser entendido a partir de un enfoque contemporáneo. En primer lugar, porque el Arteterapia surge a mitad de siglo XX, cuando la concepción academicista del *Arte* ya había sufrido una fractura brutal causada por los movimientos vanguardistas que desploman su sentido tradicional, como “*habilidad*”, “*talento*” o “*recreación de la belleza*”, diversificando su significado según las ideologías estéticas de cada momento. En cuanto al sentido contemporáneo de la palabra *Terapia*, también incluye implícitamente ampliar su campo de prácticas ocupado, hasta entonces, casi exclusivamente por la acción psiquiátrica.

De Varilles (2003) opina que la palabra *Terapia* suscita una cierta incomodidad cuando se intenta introducir el Arteterapia en ámbitos no médicos, pues se suele identificar con personas enfermas o que necesitan un cuidado especial. Sin embargo, en contextos educativos o de integración social, los objetivos arteterapéuticos no concuerdan con las etiquetas previamente asignadas. Por esta razón, el autor se siente más identificado con el término de *Taller de Creación Artística*, para evitar asociaciones enfocadas a lo estrictamente patológico y producir sensaciones menos atemorizantes. Este mismo discurso ocurre cuando se nombra a la persona implicada en un proceso arteterapéutico, ya que el término paciente está asociado a alguna dolencia y muchos profesionales lo alternan con los términos neutrales de *sujeto, cliente, usuario o individuo*.

Klein (2003) expone que el *Arteterapia* es una palabra cajón de sastre por el encuentro poco claro de dos profesiones. Se inclina hacia la perífrasis: “*La creación como proceso de transformación*”, aunque reconoce ser demasiado extensa.

Partiendo de las ideas de Gordon (1979), el concepto de Arteterapia se centra en la creatividad como un factor común y presente tanto en la persona que realiza *Arte* como en aquella sometida a *Terapia*. En ambos casos, el individuo pone a prueba su valor, voluntad, perseverancia, tolerancia ante la duda o cualquier angustia que le lleve a tomar la decisión de tirar lo viejo por la borda y arriesgarse a poner en su lugar algo totalmente nuevo, hasta el momento desconocido. El impulso creativo trata la resolución de problemas y el encuentro de nuevas soluciones a cuestiones obsoletas. Por esta razón, la expresión artística y los procesos terapéuticos se complementan creando, con la conjunción de sus métodos y técnicas, las herramientas cristalizadas en los aspectos que conforman etimológicamente el concepto de Arteterapia.

En el proceso de la psicoterapia hay que reservar un hueco para lo inesperado, lo sorprendente, lo imprevisible, hueco necesario e inevitable, que asimila este proceso no sólo al cambio sino también a la creación. En la creación artística hallamos la discontinuidad, la imprevisibilidad, la transposición de lo real a un universo propio del creador, el afecto, el riesgo y la implicación, y a largo plazo el conocimiento a través de la obra. (Sinelnikoff, 1999, p.251).

Sin embargo, las implicaciones dudosas del término *Art Therapy* pueden resolverse con una revisión exhaustiva de la evolución de sus definiciones. (Ulman, 2001b).

Siguiendo la postura de Ulman, se analizarán en el siguiente apartado las diversas definiciones existentes sobre Arteterapia.

1.2. Análisis de los rasgos divergentes y convergentes de las definiciones de Arteterapia

Antes de emprender el reto de abordar las definiciones de Arteterapia, se consultó el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, con resultado infructuoso, al no aparecer el término. Ante este hecho se contactó con el departamento de “*Español al día*”, de la Real Academia para comprobar la posibilidad de su próxima inclusión en él o si ya estaba incluido en algún diccionario de especialidades. La respuesta fue negativa: “*De momento no tiene cabida por su escaso uso, aunque permanece en observación y en caso de que vaya en aumento (...) se considerará, pues se trata de un diccionario de uso. No conocemos que se encuentre en ningún diccionario*”.¹

La respuesta evidencia el desconocimiento existente en España sobre el campo de estudio, a pesar de que el DRAE contiene vocablos menos usuales. La creciente demanda tanto a nivel disciplinar como profesional y su vitalidad y arraigo en otros países justificaría su inmediata inclusión.

A continuación, se llevará a cabo la revisión genérica de los factores que han confluído en su formación conceptual, a partir de las definiciones ofrecidas por las

¹ Las consultas realizadas al Departamento de *Español al día* se llevaron a cabo por correo electrónico. La cuestión se planteó en un primer correo el 25 de enero de 2008. El 28-01-08 se obtuvo la respuesta citada.

principales asociaciones y centros de estudios de arteterapia, tanto nacionales como internacionales. A su vez, se profundizará en los contenidos que aparecen de forma insistente en cada una de las formulaciones, y cómo el paso del tiempo ha ido completando y ampliando el significado de la misma.

Reflexionar sobre los rasgos diferenciales y coincidentes del arteterapia, ha permitido analizar, clasificar y comprender sus fundamentos esenciales.

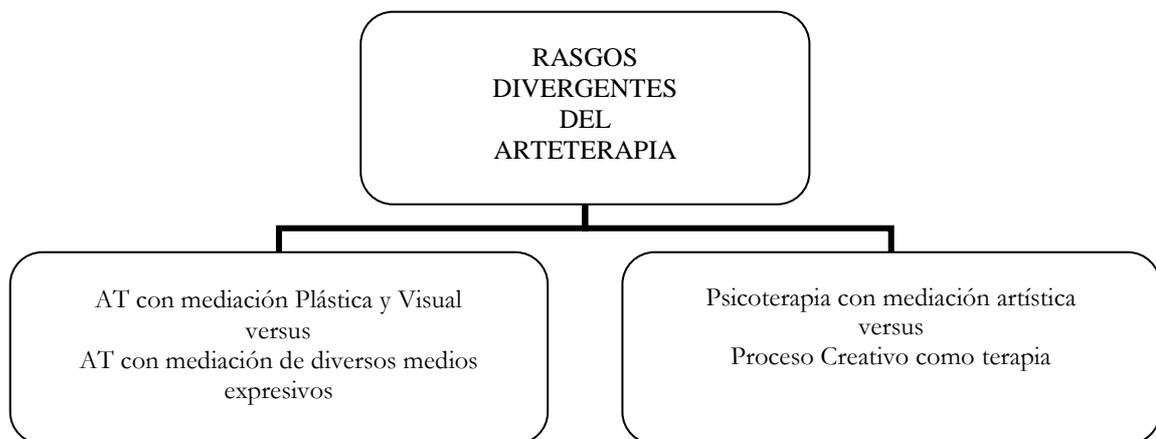


Figura nº 1. Rasgos divergentes del Arteterapia

1.2.1. Rasgos divergentes

1.2.1.1. Arteterapia con mediación Plástica y Visual versus Arteterapia con mediación de diversos medios expresivos

Al examinar la noción de Arteterapia desde su perspectiva profesional, como forma o modalidad de intervención terapéutica con mediación artística, su ámbito disciplinar se sitúa dentro de las llamadas *Terapias Creativas*. Esta perspectiva suscita actualmente una disyuntiva, ya que tras el análisis, se advierte que las principales

asociaciones internacionales y centros de estudios de Arteterapia adoptan dos posicionamientos diferentes:

- a) Como una terapia creativa en la que los medios plásticos y visuales prevalecen en el proceso arteterapéutico. El Arteterapia, la Musicoterapia, la Dramaterapia, la Danzaterapia, etc., son consideradas formas de intervención terapéutica distintas, pues, aunque puedan complementarse entre sí a la hora de ser aplicadas profesionalmente, corresponden a una formación académica diferente en la que cada profesional podrá optar de forma independiente a un lenguaje artístico específico.
- b) Como una terapia creativa que utiliza indistintamente como intermediarios en el proceso arteterapéutico diversos medios de expresión, (plásticos y visuales, musicales, corporales y dramáticos).

En la tabla nº 4, se pueden observar las principales entidades de Arteterapia que aplican las dos tendencias citadas.

Tabla nº 4. Principales entidades de Arteterapia desde dos posicionamientos diferentes

Países	a) Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación Plástica y Visual	b) Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación de diversos medios expresivos.
Alemania		- Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen, (DGKT, 1981)
España	- Asociación profesional española de arteterapeutas, (ATE, 2002). - Másteres de arteterapia ofertados por las universidades de: Barcelona (1999); Complutense de Madrid (2000); Murcia (2004); Gerona (2005). - Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia (AFIA, 2002).	- Máster en Arteterapia Transdisciplinaria y Desarrollo Humano (ISPA, 2001). - Asociación profesional de arteterapeutas (GREFFART, 2004). - Associació per a l'Expressió i la Comunicació (AEC, 1998). - Máster en Arteterapia AEC con la Universidad de Vic, Barcelona (1999).
Finlandia	- Finnish Art Therapy Association (FATA, 1974).	
Francia		- L'Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Transformation (INECAT, 1986). - Fédération Française des Arts-

Países	a) Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación Plástica y Visual	b) Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación de diversos medios expresivos.
		Thérapeutes (FFAT,1988/2000). ²
Grecia	- Greek Association of Art Therapists (GAAT, 2004).	
Inglaterra y Escocia	- British Association of Arts Therapists (BAAT, 1964).	
Irlanda	- Irish Association of Creative Arts Therapists (IACAT, 1992).	- Northern Ireland Group of Art Therapist (NIGAT, 1976).
Islandia	- Iceland Art Therapist Association (IATA, 1998).	- (Nordic ATA, 1975) ³
Italia	- Art Therapy Italiana (ATI, 1982) ⁴	- Federazione Italiana Arteterapeuti (F.I.A.).
Hungría		- Hungarian Art Therapy Association (HATA, 1993).
Lituania	- Lithuanian Art Therapy Association (LATA, 1997).	
Noruega	- Norwegian Art Therapy Association (NATA, 1981).	
Países Bajos	- The Dutch Art Therapy Association (DAAP, 1996).	
Portugal	- Sociedade Portuguesa de Arte Terapia (SPAT, 1996).	
Rusia		- Russian Art Therapy Association (RATA, 1997).
Suecia	- Swedish Association of Art Therapy (SAAT, 1976).	
Suiza	- Association Romande Arts and Therapies (ARAET, 1993).	
Canadá	- Institute of the Toronto Art Therapy (IATIT, 1968). - Canadian Art Therapy Association (CATA, 1977). - The Association des art-thérapeutes du Québec (AATQ, 1981)	
Estados Unidos	- American Association of Art therapy (AATA, 1969). - National Coalition of Creative Arts Therapies Associations (NCCATA, 1979).	
Brasil		- Brazilian Union of Art Therapy Associations (UBAAT, 2002) ⁵ .

² Los inicios de la FFAT datan de 1988, pero la federación actual no se constituye definitivamente hasta el año 2000 cuando, AFRATAPEM, INECAT, París V deciden unirse para formarla.

³ Los países participantes son: Islandia, Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega.

⁴ La ATI promueve el arteterapia y la danzaterapia en Italia.

Países	a) Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación Plástica y Visual	b) Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación de diversos medios expresivos.
Argentina	- Asociación Argentina de Arteterapia (AAAT, 1998).	
Chile	- Asociación Chilena de Arteterapia (ACAT, 2006).	
Méjico	- Centro Integral de Terapia de Arte (CITA, 1998).	
Perú		- EQUIPO de Terapias de Arte, (2000).
Corea	- Korean Art Therapy Association (KATA, 1992)	
Israel		- The Israeli Creative and Expressive Arts Therapies Association, (I.C.E.T) (YAHAT, 1971)
Japón	- Japanese Art Therapy Association (JATA,1993)	
Sudáfrica		The South African Network of Arts Therapies Organizations (SANATO, 1999)
Australia y Nueva Zelanda	- The Australian & New Zealand Art Therapy Association (ANZATA, 1987)	

1.2.1.2. Psicoterapia con mediación artística versus Proceso Creativo como terapia

Otro rasgo divergente es el reconocimiento del Arteterapia como una modalidad de psicoterapia, en la que el uso de los medios artísticos se convierte en la forma de comunicación primaria, frente a posturas que otorgan más importancia a los aspectos terapéuticos implícitos en las actividades plásticas y visuales.

Algunos autores: Junge y Asawa (1994), Liebmann (2000), Malchiodi (1998) o Ulman (2001b), opinan que ambas concepciones se forjaron en los inicios de la sistematización de la disciplina, según las formulaciones teóricas marcadas por sus precursoras norteamericanas: Margaret Naumburg y Edith Kramer, respectivamente.

⁵ UBAAT está compuesta por nueve asociaciones, (Ocho de arteterapia y una que integra arte y danzaterapia).

Morales Häfelin (2007) afirma que Naumburg acentúa el aspecto psicoterapéutico del uso del arte en terapia. Lo concibe como una forma de comunicación que va más allá del puro lenguaje verbal y ayuda a lograr el insight.⁶ Las actividades plásticas y visuales, combinadas con la elaboración verbal, son herramientas claves para conseguir efectos terapéuticos. Sin embargo, Kramer concentra su trabajo como arteterapeuta en las propiedades integradoras y curativas del proceso creativo en sí mismo, el cual a penas requiere una elaboración verbal por parte del paciente.

Ciornai (2004) opina que la combinación de las orientaciones aportadas por Naumburg y Kramer origina lo que hoy llamamos Arteterapia.

Ulman (2001b) y Waller (1987) observan esta distinción, cuando comentan que la metodología aplicada por los arteterapeutas se encuentra entre un rango de actividades, que comprende desde un extremo la educación por el arte⁷ y, desde el otro, la psicoterapia muy estrechamente unida al uso del material visual.⁸ Ulman (2001b) reconoce la validez de ambas y decide integrarlas según las necesidades de sus pacientes, convirtiendo su trabajo clínico en algo más flexible.

Polo Dowmat (2003) tiene una visión parecida cuando afirma que las tendencias en Arteterapia pueden desarrollarse, atendiendo a tres pilares básicos de intervención sobre el sujeto: el estético, el pedagógico, y el terapéutico. Los tres pilares actuarán de forma simultánea, alternativa o excluyente, según las necesidades particulares de cada persona.

Feder y Feder (1998) opinan que la distinción radica en la importancia que el arteterapeuta otorgue a los aspectos expresivos en relación a los aspectos creativos. El concepto *expresión* generalmente se define en términos de comunicación. Su función es revelar y representar ideas o sentimientos. Es un comportamiento que puede ser interpretado de varias maneras: como un método para convertir significados y sentimientos, como la demostración de una forma de pensar o de percibir, como resultado de conducir impulsos y motivaciones, como un signo de humor o un síntoma relacionado con un problema. Sin embargo, la *creatividad* no está relacionada con un comportamiento o un modo de comunicación, sino con una manera de enfocar un problema, especialmente en el ámbito psicoterapéutico. Por lo tanto, Feder y Feder piensan que los arteterapeutas pueden centrar más su actuación en la expresión, tal como lo refleja el trabajo de

⁶ El "insight" es la capacidad de darse cuenta, es tomar conciencia de forma súbita de una realidad interior que normalmente había permanecido inconsciente.

⁷ Postura cercana a Kramer.

⁸ Orientación de Naumburg.

Naumburg, en la creación (enfoque más cercano a Kramer), o en ambas formas. En la actualidad, los debates sobre dichas posturas siguen presentes entre las distintas asociaciones internacionales.

La consideración del arteterapia como una modalidad de psicoterapia, en la que el uso de los medios y materiales artísticos dentro de un encuadre psicoterapéutico conlleva al cambio de sus beneficiarios, se deja ver de forma más explícita en una de las primeras definiciones, aportada por la *British Association of Arts Therapists* (B.A.A.T.,1969):

Arteterapia es una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como su modo de comunicación primario. Los clientes que se remiten a un arteterapeuta no necesitan tener experiencia ni habilidad artística. El arteterapeuta no está primordialmente involucrado en hacer algo estético o en dar un valor diagnóstico de la imagen del cliente. El objetivo global de sus prácticas es permitirle a un cliente cambiar y crecer a nivel personal a través del uso de materiales de arte en un ambiente seguro y facilitador.

Schaverien (1992) y Karkou (1999) afirman que en el Reino Unido existe una fuerte influencia de las psicoterapias psicodinámicas y psicoanalíticas. En otros contextos geográficos existen posiciones similares a las del contexto inglés. *The Association des art-thérapeutes du Québec* (A.A.T.Q., 1981), *The Australian & New Zealand Art Therapy Association* (A.N.Z.A.T.A., 1987), *Art Therapy Association of Colorado* (A.T.A.C., 1988), *Sociedade Portuguesa de Arte Terapia* (S.P.A.T., 1996), *Asociación Castellano-Leonesa de Musicoterapia y Arteterapia* (ACLEDIMA, 2001), *Asociación Chilena de Arteterapia* (A.C.A.T., 2006).

Por el contrario, la asociación americana de Arteterapia (A.A.T.A.) parece poner más énfasis en los beneficios terapéuticos que la persona experimenta en el proceso creativo:

Arteterapia es una profesión para el establecimiento de la salud mental que usa el proceso creativo artístico para mejorar y reforzar el bienestar físico, mental y emocional de individuos de todas las edades. Está basado en la creencia de que el proceso creativo implicado en la autoexpresión artística ayuda a que las personas resuelvan conflictos y problemas, desarrollen habilidades interpersonales, manejen la conducta, reduzcan tensión, aumenten la autoestima, el conocimiento de sí mismo, y logren insight.

No obstante, en la actualidad se puede observar la fusión de ambas corrientes o tendencias en la mayoría de las definiciones ofrecidas por las asociaciones y los profesionales en la materia. Un ejemplo claro es la definición que sostiene la *Asociación Profesional Española de Arteterapeutas* (A.T.E., 2002), la cual consigue aunar los criterios aportados por BAAT (*British Association of Art therapists*), AATA (*American Art Therapy Association*), FEAP (*Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia*) y ECARTE (*European Consortium of Arts therapies*):

El Arteterapia es una profesión de ámbito asistencial que se caracteriza por el uso de medios y procesos artísticos para ayudar a contener y solventar los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. En arteterapia, el proceso de creación artístico y los objetos resultantes actúan como intermediarios en la relación terapéutica, permitiendo que determinados sentimientos o emociones conflictivas encuentren vías de expresión complementarias o alternativas a la palabra. Los campos de aplicación del arteterapia se extienden a la salud, la educación y la asistencia social.

Casos parecidos se reflejan en los discursos de *The Canadian Art Therapy Association* (C.A.T.A., 1977); Máster de Arteterapia de la Universidad Complutense de Madrid (2000); *Art therapy Credentials Board* (A.T.C.B., 1993); *The National Coalition of Creative Arts Therapies Associations* (N.C.A.T.A., 1979); *Fédération Française des Arts-Thérapeutes* (F.F.A.T., 2000); *Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia* (A.F.I.A., 2002); *l'Institut de Sociología i Psicologia Aplicades* (ISPA, 2001).

1.2.2. Rasgos convergentes

A pesar de las diferencias encontradas, se observan coincidencias reiterativas, consideradas en la mayoría de las definiciones aportadas.

Dichas coincidencias parten del rol mediador de los diversos medios audiovisuales, (Pintura, escultura, fotografía, video, instalaciones, performances, etc.), que

posibilita la relación terapéutica entre el arteterapeuta y su beneficiario dentro de un encuadre seguro y facilitador.

El uso de los medios artísticos y la presencia de las obras plásticas dentro del encuadre terapéutico generan una serie de experiencias, que convierten al Arteterapia en una modalidad terapéutica llena de posibilidades únicas. Dichas experiencias van a establecer las diferencias existentes en relación a las terapias con mediación verbal.

Rojas Bermúdez (1970), tras sus investigaciones basadas en la función mediadora a partir del uso de marionetas o títeres dentro de un encuadre psicoterapéutico, denominó *Objeto Intermediario* a todo instrumento de comunicación que consintiera al terapeuta actuar terapéuticamente sobre el paciente, sin desencadenar estados de alarma intensos. El autor enumera una serie de características sobre los llamados *Objetos Intermediarios*, aplicables a las funciones que cumplen los medios plástico-visuales y las obras realizadas en arteterapia:

- a) Existencia real y concreta.
- b) Inocuidad que no desencadene “per se” reacciones de alarma.
- c) Maleabilidad, que pueda utilizarse a voluntad entre cualquier juego de roles complementarios.
- d) Transmisor, que permita la comunicación por su intermediario, sustituyendo al vínculo y manteniendo la distancia.
- e) Adaptabilidad, que se acomoda a las necesidades del sujeto.
- f) Asimilabilidad, que permita una relación tan íntima, como para que el sujeto pueda identificarlo consigo mismo.
- g) Instrumentabilidad, que pueda ser utilizada como prolongación del sujeto.
- h) Identificabilidad, que pueda ser reconocido inmediatamente.

Posteriormente, Jones (2005) establece una clasificación para determinar los fenómenos propios de las sesiones de arteterapia, similares a los citados anteriormente. Los resume en los siguientes: *Proyección Artística, Relación Triangular, Perspectiva y Distancia, Experiencia no verbal y Espacio de juego*. (Ver figura nº 2).

La autora de esta investigación añadiría a la serie la *Permanencia de la obra*.

Los elementos de esta clasificación se desarrollarán a continuación.

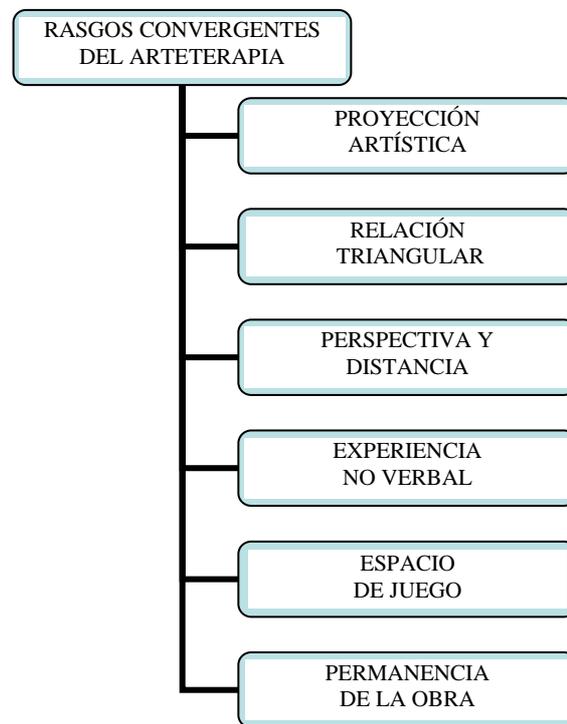


Figura nº 2. Rasgos convergentes del Arteterapia

1.2.2.1. La Proyección Artística

El arteterapia es de las pocas terapias que ofrece la oportunidad de construir una imagen u objeto sensorial en un espacio donde se estimulan los aspectos creativos del individuo. *“Un espacio donde la flexibilidad, aceptación, confrontación con sus emociones y tolerancia son reales”*. (Pérez Fariñas, 2004, p.249). Sobre la obra realizada recae la expresión subjetiva y personal de su autor, mostrando sus dimensiones cognitivas, emocionales, senso-perceptivas, sociales, culturales, etc. Este hecho permite al arteterapeuta establecer de forma integral diferentes objetivos terapéuticos, según el área o áreas que la persona tratada quiera explorar. La cualidad multidimensional de la expresión visual y plástica

permite una intervención globalizadora de la persona por lo que el valor terapéutico se ve reforzado.

La técnica utilizada para la creación de imágenes en arteterapia es la *Libre Expresión*, sin prestar demasiada atención a los resultados estéticos o al dominio técnico de los medios artísticos. El énfasis se centra en el proceso creativo y en la experimentación con los medios plásticos y audiovisuales, sin ningún intento de imitar la realidad. La expresión espontánea y el placer-displacer de crear son los ingredientes básicos que darán paso a la proyección subjetiva personal.

La expresión plástica invita al sujeto a la exploración del material proyectado durante la construcción de la obra, en un vaivén constante hacia la simbología personal siempre cambiante.

El arte puede ser como una extensión del sí mismo y como un doble psicológico con la propiedad para reflejar ese sí mismo. El arteterapeuta necesita tener conocimientos de que este reflejo no es un estado estático del mundo interior del paciente, sino que él o ella, de forma no intrusiva, puede llevar al paciente a usar su trabajo como un proceso continuado para introducir el concepto de tiempo y espacio continuamente y así desarrollar y mejorar su trabajo. (Levens, 1990, pp.283-284).

Klein (2006) comenta que el recorrido simbólico, trazado por las diversas producciones realizadas en un encuadre arteterapéutico, exterioriza aspectos de la persona que han estado presentes de manera potencial.

La proyección puede ser consciente, si la persona decide trabajar una dimensión, concepto o aspecto específico de forma deliberada o puede desarrollarse de forma inconsciente, sin una dirección concreta. En ambas ocasiones, la creación con los medios artísticos y la relación con el arteterapeuta pueden animar al cliente a entrar en este proceso de proyección-exploración hasta traerle nuevos conocimientos o diversas asociaciones que, a posteriori, podrán ser integrados en su experiencia vital. (Ver Figura nº 3).

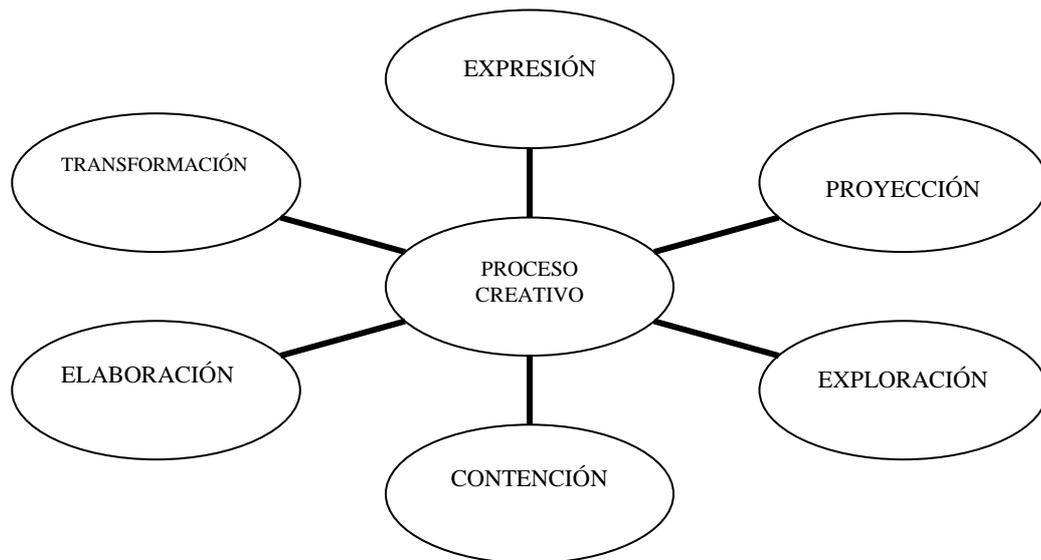


Figura nº 3. Aspectos del proceso creativo hacia la transformación

Pain y Jarreau (1995) apuntan que es de suma importancia para cualquier individuo obtener los medios necesarios para simbolizar los términos del conflicto, ya que los obstáculos que impiden acceder a estos medios están ligados, inconscientemente, al conflicto mismo. Por lo tanto, sobrepasarlos es avanzar en el camino de la elaboración profunda.

De acuerdo con Coll (2006), el trabajo arteterapéutico se esfuerza en facilitar el encuentro y la elaboración de imágenes propias, de manera que la persona pueda establecer por sí misma una relación con sus conflictos internos. Las cualidades proyectivas de la expresión plástica y la formación clínica del arteterapeuta guían a la persona hacia el abordaje y la creación de “*espacios más amables*”, esenciales en la resolución de sus dificultades. Coll añade que el ser humano es creativo por naturaleza, por el hecho de haber accedido al pensamiento. Ha ido creando, desde su círculo primario y su contexto social, un modo de entender lo que le rodea y de encontrar respuestas a sus necesidades. Su disposición creativa puede verse bloqueada, al sufrir determinadas vivencias que han podido derivar en un desarrollo de identificaciones demasiado rígidas y concretas.

Partiendo de este discurso, el tránsito continuo de la proyección a la exploración de vivencias, a través de las imágenes creadas, permite la transformación, al

aportar nuevas perspectivas a la persona comprometida en un proceso arteterapéutico, gracias a los estímulos creativos incentivados por la dinámica de las propias imágenes, de las percepciones estimuladas por los materiales y de la acción del arteterapeuta que acompaña.

Por tanto, quizás la íntima relación aparente de la creatividad con el arteterapia no provenga únicamente del trato con los procedimientos, técnicas y actividades artísticas, sino de la finalidad orientada a salir del círculo habitual, ampliar las posibilidades, encontrar caminos nuevos, desarrollar capacidades, reinventar proyectos o formas de vida, cambiar, actualizar y mejorar lo que ya somos, mirar la realidad de manera crítica y transformarla. (Romero, 2006, p.77).

El arteterapeuta británico Birchell (1987) añade una serie de supuestos acerca de cómo el reflejo del material interno del individuo sobre su obra plástica puede ser de gran utilidad en la actualización y resolución de problemas personales. Propone que trabajar plástica y visualmente ayuda a:

-Hacerle revivir escenas inconclusas de su vida y darle la oportunidad de construir un desenlace simbólico distinto que alivie su malestar: recordar una relación que se ha roto, establecer un diálogo con alguien con el que se perdió el contacto o falleció y decirle algo que nunca se atrevió a exteriorizarle o retractarse de cosas que lamentó haberle dicho, etc.

-Representar momentos peligrosos, atemorizantes o perturbadores: hablar en público, claustrofobia, etc., para liberar y expresar emociones contenidas y obtener más conocimiento sobre las mismas.

-Llevar a cabo actos no aprobados o prohibidos: abrazar a alguien que no se halle al alcance, copular con él, tener relaciones sexuales incestuosas u homosexuales, comportarse de forma agresiva, cruel, sádica, destructiva, etc.

-Aceptar y asumir los aspectos menos tolerables de uno mismo significa que gastará menos energía negando su existencia. Dibujar cosas extravagantes, mostrarse ridículo, manifestar regresiones infantiles, dejar libre la imaginación sin un sentido lógico, representar confusiones, etc.

-Revelar deseos: verse representado con lo que se desea: éxito, estar casado, tener hijos, ser mejor, más alto, etc.

Una pintura, una fotografía, un dibujo, etc., pueden hacer revivir cualquier escena pasada, presente, futura, en cualquier entorno o contexto que se desee.

Las interpretaciones y creaciones que se llevan a cabo en la sala del terapeuta artístico son mucho más que meras fantasías, mucho más también que meras manifestaciones de una actitud personal. (...) creo que aún tendemos a tratar este comportamiento, denominado de sustitución, con inmerecido desprecio; pensamos que la gente que lo práctica se deja engañar por los productos de su corrompida imaginación, obtenidos a bajo precio. Tendemos a considerar la realidad física como la única clase de realidad que cuenta. Pero en realidad, los seres humanos somos en esencia mentales, y no físicos. Las cosas físicas nos afectan como experiencias mentales. Después de todo, una victoria o una derrota física solamente cuentan, en última instancia, por su efecto sobre la mente de los interesados. La pérdida de la libertad, la pérdida de la propiedad, incluso los daños físicos, atañen a las personas como sensaciones mentales. (Arheim, 2004, p.249).

Muchas de las expresiones plásticas suelen ser metáforas de uno mismo o de algún aspecto de la persona, que de alguna manera aparecen para poder trabajarlos e integrarlos de una forma más cordial desde las múltiples perspectivas que nos ofrece el arteterapia. *“Desplazando con cuidado las manifestaciones evidentes a lo que hay detrás de ellas, a los conflictos que se están manifestando, podemos ayudar a que estos conflictos evolucionen. Podemos pasar de reprimir una conducta inadecuadamente a permitir que se exprese lo que la motiva, de una forma constructiva”*. (Moreno González, 2003a, p.109).

La proyección artística ofrece a la persona la oportunidad de involucrarse en sus problemas y traerlos a la terapia para observarlos y explorarlos con el material artístico. Las cualidades específicas de la pintura, el modelado, el dibujo, la fotografía, el video, etc., implican, reflejan, sostienen y transforman las experiencias psicológicas, emocionales y comunicativas de personas acompañadas por un arteterapeuta experto, capaz de hacer transcurrir en sincronía cada uno de los elementos implícitos en la terapia. *“Las formas de representación son medios por los que se hacen públicos los contenidos de la conciencia. (...), el proceso de hacer público el contenido de la conciencia es una manera de descubrirlo, estabilizarlo, revisarlo y compartirlo”*. (Eisner, 2004, p.25).

La proyección artística se manifiesta desde el comienzo de la obra. El modo en que la persona aborda la elaboración del objeto, sus intenciones o resistencias, a la hora de

crear algo nuevo, merecen gran atención, ya que pueden decir mucho sobre su forma de ver el mundo y de verse inmerso en él.

Rigo Vanrell (2004) destaca la expresión subjetiva del individuo, no sólo en lo que la imagen producida contenga, sino también en el grado de implicación en la tarea, las reacciones de fobia, rechazo o afinidad que puedan surgir durante el proceso creativo, las temáticas elegidas, su carga simbólica, la elección y el modo de aplicación de las técnicas utilizadas. Añade que los momentos posteriores a la actividad creadora, el estado de ánimo, el grado de aprobación y satisfacción o de no aceptación de las realizaciones propias, o ajenas, si se trabaja en grupo, son momentos muy significativos a tener en cuenta. No sólo se trata de lo representado sino de la forma en que se ha hecho y de cómo se describe. (Omenat, 2006c).

Malchiodi (1998) enfatiza que algunos arteterapeutas como Rhyne (1979) o Simon (1991), también prestan gran atención al estilo del cliente. Rhyne concretamente utiliza la técnica “*Personal Construct Drawing*”, cuya forma en sí misma toma gran protagonismo respecto al contenido de la obra.

Las emociones más profundas se pueden sentir a través de los materiales y las producciones del sujeto. De la calidad emocional del mensaje traducido en armonía o agresividad de las formas. La exactitud o la desviación de las proporciones. La calidad de los trazos. El tema. Los ejes de diferenciación elegidos. Las reacciones frente a las imágenes. Las posibles asociaciones que puede hacer para ir entrelazando un discurso simbólico nutrido de palabras e imágenes. (Hernández Merino, 2006, p. 28).

1.2.2.2. La Relación Triangular: Arteterapeuta-Obra plástica-Paciente

En la “*Relación Triangular*”, de “*Triple Acción*”, o “*Terapia en tres dimensiones*”, (IACAT⁹,1992; Klein, 2006; SCATP¹⁰,1989; Shaverien, 1989; SPAT¹¹,1996), el arteterapeuta, el paciente y la presencia de la obra, establecen un contraste en relación a las

⁹ Irish Association of Creative Arts Therapists.

¹⁰ Asociación Profesional Británica de Arteterapeutas.

¹¹ Sociedade Portuguesa de Arte Terapia.

terapias verbales tradicionales, donde el tratamiento transcurre entre dos componentes: terapeuta y paciente, los cuales mantienen una comunicación prioritariamente verbal.

La terapia artística introduce un agente nuevo: la obra plástico-visual realizada por el paciente. Esta tercera presencia altera la relación cliente-terapeuta y el rol tradicional atribuido a ambas figuras. El proceso de transferencia¹² y contratransferencia¹³ entre el paciente y el arteterapeuta queda afectado por la existencia de algo concreto que puede ser utilizado, discutido y que actúa como mediador.

Durante las sesiones arteterapéuticas, la persona trata de realizar una imagen u objeto con la idea de expresar y dar significado a sus experiencias subjetivas, aspectos vivenciados, abstraídos por formas, texturas, colores, ritmos, tensiones, contrastes, etc., en compañía de un arteterapeuta capaz de facilitar y sostener lo que suceda durante todo el proceso.

La intensidad emocional que surge en el espacio terapéutico es contenida y mantenida, no sólo por el arteterapeuta sino también por los procesos creativos y la obra plástica. *“(...) no se centra en el intercambio intersubjetivo de palabras, sino en la circulación en torno a un objeto, que es la producción de uno de ellos, sostenida por el otro”*. (Klein, 2006, p.36). De esta manera, el papel que toma el paciente para lograr su bienestar es más activo e independiente, respecto a la relación establecida con su arteterapeuta, diferenciándose de otras terapias, donde la guía y el nexo sólo proceden de un foco único. *“La autonomía de las personas que pintan se refuerza. Cada uno aprende cada vez más a tratar con sus propias imágenes y a usarlas para su propia sanación y desarrollo. Así la relación con las imágenes, (que equivalen a su mundo interno), reemplaza poco a poco la relación con el terapeuta”*. (Schottenloher, 2004, p.168).

Pain y Jarreau (1995) apuntan que, en una psicoterapia habitual, la mayoría del tiempo se escucha hablar a la persona, sin embargo en arteterapia, la persona está en situación de tarea y en consecuencia, se observa cómo vive la experiencia novedosa. Así se puede verificar cómo el sujeto pone en acción sus conocimientos y experiencias anteriores, mientras ensaya la probabilidad de modificarlas para hacerlas más efectivas a la propuesta plástica que ha de solucionar. De esta forma, la persona va tomando conciencia del modo de resolver los problemas plásticos en relación con sus propios problemas psicológicos.

¹² Proceso a través del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos. Se trata de una repetición de prototipos infantiles vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

¹³ Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona analizada y especialmente frente a la transferencia de esta.

González Moreno (2003a) comenta que el arteterapeuta no responde directamente a cuestiones sobre cómo solucionar algunos problemas técnicos, más bien fomenta que la persona pruebe por sí misma respuestas nuevas, que busque alternativas a las diferentes situaciones; esto le va a permitir ensayar y desarrollar estrategias, que posteriormente pueden ser utilizadas en la vida real. Para la autora, fomentar la reflexión sobre la tarea ayuda de forma indirecta a ampliar la conciencia de la persona que la realiza. Las personas se suelen enfrentar a los problemas plásticos de forma muy similar a como lo hacen con el resto de las dificultades cotidianas, por lo tanto, cuando se reflexiona sobre los problemas plásticos se está planteando indirectamente sobre cómo se actúa en la propia vida.

La experimentación matérica y el valor simbólico de las imágenes que van surgiendo, permite a su creador la autoexploración semántica de sus emociones y pensamientos, desde la multiplicidad de perspectivas que los medios plásticos y audiovisuales pueden llegar a ofrecer.

García Leal (2002) afirma que el arte se ha resistido a ser lo que se pretende que sea, se rebela frente a lo que ya ha sido, busca deshacerse de cualquier forma dada en su intento de reinventarse continuamente. Es innovación y ruptura continua, mutación impredecible.

Por consiguiente, su aportación puede ser una herramienta de gran valor para personas sumidas en procesos terapéuticos, en los que la transformación y el cambio son sus objetivos finales.

El arte nos invita a reconocer las complejidades de nuestro mundo, a replantearnos nuestras suposiciones y a conocer posturas individuales diferentes de las nuestras. El arte no “enseña” dando lecciones, sino ampliando nuestra percepción de lo que es posible. Nos da algo distinto de lo ya dado. (...) Convierte el mundo en un lugar extraño para nosotros y después nos devuelve a él. Nos libera de la tiranía de las maneras de ver las cosas. (Julius, 2002, pp.32-33).

Una de las dimensiones más interesantes que el arte puede aportar a la terapia consiste en ofrecer un espacio de reflexión, donde se invite a la indagación sobre las percepciones que construyen las creencias, y poder reformularlas desde la relatividad, a partir de la diversidad de aspectos que los medios artísticos y las imágenes puedan mostrar.

Las imágenes emergentes muestran los contenidos emocionales y vivenciales de la persona al especialista que escucha y habla visualmente durante todo el proceso.

El arteterapeuta conoce en profundidad los medios y materiales que ofrece y los adapta a su cliente, con la finalidad de estimular la creatividad, el diálogo y la reflexión, recursos que ayudan a dar rienda suelta al potencial expresivo del individuo enfocado al cambio. *“La creatividad, el humor, el cariño, la escucha, el cuerpo abierto y vibrátil son los colores de la paleta de un arte-terapeuta”*. (Buxaderas, 2006, p.3). No importan las posiciones teóricas ni las técnicas utilizadas, lo importante es que los dos establezcan conexiones entre las imágenes y la situación emocional del individuo. (Da Silveira, 2006).

El producto creado propicia un factor adicional para entrar en la relación de terapia. Permite que la persona exprese su material personal en y a través de sus obras y su proceso creativo, para explorarlo mediante un sinnúmero de caminos hasta encontrar aquel que le haga comprender sus necesidades emocionales y psicológicas. (Jones, 2005).

La creatividad es una constante presente en la aplicación del arteterapia. Romero (2006) afirma que los aspectos creativos en la intervención arteterapéutica se encuentran en los aspectos artísticos, en el cambio y la mejora, en la capacidad de desarrollo y utilidad del arteterapeuta, para poner en práctica su trabajo, y en las técnicas, herramientas, recursos y procesos que se movilizan.

El arteterapia asume la expresión plástica como un medio liberador de tensiones, sin embargo es la creación la que tiene verdaderos efectos transformadores, ya que inscribe esa expresión en un proceso en el que las formas creadas podrán evolucionar hasta producir efectos beneficiosos. (Gómez Llopis, 2005).

Este compendio de interacciones es la base de la relación triádica, en la que la creatividad se convierte al mismo tiempo en componente y signo de transformación positiva. (Ver Figura nº 4).

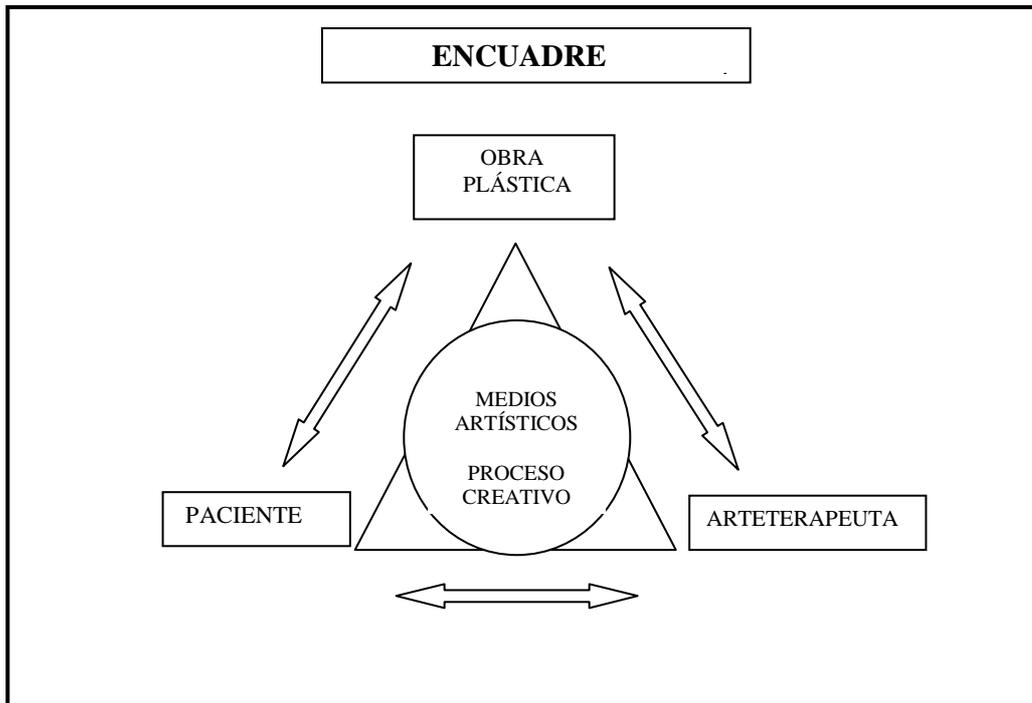


Figura nº 4. Relación triangular en el encuadre arteterapéutico

1.2.2.3. Perspectiva y distancia

La función mediadora de la obra realizada en un encuadre arteterapéutico provoca dos fenómenos de gran utilidad para la evolución positiva de la persona: la *perspectiva* y la *distancia*. Como se ha explicado anteriormente, el producto plástico se interpreta en arteterapia como la concreción física y material de las proyecciones subjetivas de la persona tratada. El valor del objeto realizado se basa principalmente en las relaciones que la persona establece con el mundo a través del mismo. Esta cualidad simbólica permite al individuo tomar parte, al mismo tiempo, de algo que es de su vida pero también separado de ella, lo que constituye una forma de apartarse del pleno compromiso personal a la hora de enfrentarse directamente con sus propios conflictos. El sujeto se convierte en objeto sin perder sus características propias, pero con la ventaja de poder observarlas desde otras perspectivas diferentes. *“Las artes nos liberan de lo literal; nos permiten ponernos en el*

lugar de otras personas y experimentar de una manera indirecta lo que no hemos experimentado directamente". (Eisner, 2004, p.28).

Klein (2006) afirma que la distancia introducida por el arteterapeuta a través del producto plástico pasa de un discurso en primera persona (yo) a una producción en tercera (él), a una invención de ficciones que va a consentir la aproximación hacia la autenticidad, la cual sólo es alcanzable por medio de un disfraz. El sujeto no se desnuda directamente delante de su terapeuta, lo hace a través de un intermediario, de un soporte que lo sostiene y a la vez le permite representarse con plena libertad sin sentir la ansiedad propia de tener que hablar de su intimidad con un extraño. La mediación debilita las defensas, el censor que llevamos dentro se afloja, la persona se relaja y le es más fácil hablar de sí misma sin sentirse amenazada. *"El síntoma no se ataca directamente, se respetan las defensas, se rodean las resistencias en un espacio que se mueve en el simbolismo ambiguo y que sorprende tanto al paciente como al arteterapeuta"*. (Klein, 2006, p.11).

El proceso arteterapéutico ofrece la oportunidad exclusiva a la persona de observarse a sí misma a través de los medios visuales, de figurar sus conflictos a través de la ley de la materia para poder examinarlos desde un plano que es interno y externo simultáneamente. *"Cuando un impulso prohibido ha encontrado forma fuera de la psique del paciente, este consigue separar su conflicto y le permite examinar sus problemas con mayor objetividad. Así se ayuda al paciente a reconocer gradualmente que sus producciones artísticas suponen un espejo en el que puede empezar a encontrar sus propios motivos revelados"*. (Naumburg, 1987, p.3).

El tránsito de lo psíquico a lo físico por medio de un soporte real puede ayudar a la persona a distanciarse de sus acciones irracionales para poder explorarlas, comprenderlas y ordenarlas desde otro punto de vista. El acto creativo y sus resultados consiguen esa diferenciación y el correspondiente autodomínio ante situaciones que, anteriormente, suponían malestar y sensación de descontrol.

El cuadro en el taller de arteterapia, representa a su vez el juego de gestos, de elecciones de color y de formas, de tiempo de producción, de interrupciones y de perspectivas. Las intervenciones de la arteterapeuta están enfocadas para tomar distancia y no permanecer pegados a la superficie con la que se está trabajando. Esta distancia es la que permitirá alejarse para volver y seguir la búsqueda de imágenes nuevas. Esas formas o materiales que puedan aportar sentido, que puedan ayudar a asociar la experiencia con aquello que en algún momento ha quedado fuera del discurso, entre interrogantes, o simplemente sin sentido. (Hernández Merino, 2006, p. 268).

Fiorini (1995) expone que en la última fase del proceso creador hay una necesidad de apartarse de la obra, de alejarse de ella. En todo proceso creador debe surgir una cierta distancia respecto al objeto producido, para que la persona pueda continuar su búsqueda personal y no quede atrapada en la forma culminada.

Por lo tanto, experimentar el desapego con la producción no sólo ayuda a desvelar lo que opera a nivel inconsciente sino que da paso a seguir el recorrido, a adentrarse de nuevo en la intimidad para ser explorada, a dejar la obra inacabada. “*Obra abierta como proposición de un “campo” de posibilidades interpretativas como configuración de estímulos dotados de una sustancial indeterminación, de modo que el usuario se vea inducido a una serie de lecturas siempre variables; estructura, por último, como “constelación” de elementos que se prestan a varias relaciones recíprocas*”. (Eco, 1966, p.194).

Jones (2005) subraya el distanciamiento que proporciona la mediación plástica, concretamente, durante la manipulación de las técnicas y materiales artísticos. El autor basa sus formulaciones en la teoría “*Aesthetic distance*”, del dramaterapeuta Landy (1996). La teoría versa sobre modelos de relaciones personales en las que se pueden encontrar sujetos *sobredistanciados*, los cuales guardan límites muy rígidos entre ellos y los demás y, el caso opuesto, la *hipodistancia*, relacionada con personas que se identifican demasiado rápido con otros, perdiendo la sensación de mantener sus propios límites respecto a los de los demás. Trabajar la noción de *distancia* permite examinar con atención los límites en nuestras relaciones con los demás hasta conseguir una mayor flexibilidad que permita el cambio favorable. El autor llama a esta situación “*Aesthetic distance*”.

Jones afirma que a través del arteterapia se puede conseguir que la persona tome mayor conciencia del uso de sus límites y de los ajenos, principalmente por el juego de roles que se suelen establecer dentro del encuadre arteterapéutico. Para entender el funcionamiento de “*Aesthetic distance*”, el autor añade el siguiente supuesto. Si la persona se siente separada o poco involucrada con su propia experiencia de vida y sus sentimientos, se puede potenciar el compromiso consigo mismo mientras realice la tarea con algún medio artístico. Sin embargo, para la persona que se sienta agobiada con sus vivencias y sus relaciones con los demás, la experiencia como observador de sus producciones puede ayudarle a alejarse y objetivar sus sentimientos de forma más desapasionada.

La noción de *perspectiva y distancia*, también simboliza para el individuo la oportunidad constante de sentir sus experiencias de vida desde posiciones diferentes, como escritor o lector, pintor u observador, actor o audiencia, artista o espectador.

Cuando el autor contempla o habla de su obra, puede realzar o rebajar alguna de sus cualidades y, por tanto, descubrir aspectos que den paso a una nueva red de asociaciones diferentes de lo que en un principio quiso exteriorizar. Esto provoca una retroalimentación constante entre lo que el sujeto proyecta en el producto y lo que el producto proyecta sobre él.

Este cambio de perspectivas continuo promueve la flexibilidad de pensamientos, emociones y conductas, que derivará hacia la transformación personal, siempre que se consiga conjugar de forma paralela la experiencia del taller con su experiencia vital.

1.2.2.4. Experiencia no verbal

Gran variedad de experiencias inefables desde una perspectiva lingüística encuentran su vehículo en las expresiones artísticas. La expresión musical, plástico-visual, corporal o dramática son otras vías al alcance de todo ser humano que pueden convertirse en una fuente de información muy útil y rica en matices distintos a los obtenidos verbalmente. *“No hay ninguna lengua completa que pueda expresar todas nuestras ideas y todas nuestras sensaciones; sus matices son demasiado imperceptibles y demasiado numerosos (...). Nos vemos obligados, por ejemplo, a designar bajo el nombre general de amor y de odio mil amores y mil odios totalmente diferentes; y lo mismo sucede con nuestros dolores y nuestros placeres”*. (Voltaire, citado en Ullmann, 1968, p.272).

Las deficiencias inherentes al lenguaje se deben a su vaguedad, a que las palabras son imprecisas, sin fronteras claramente deslindadas. Otras veces no son vagas las palabras sino los objetos o experiencias a los que se refieren o la naturaleza genérica de nuestro vocabulario. La mayoría de las palabras representan conceptos de clases, no personas, objetos, cualidades o acontecimientos individuales. Sin embargo, los tratamientos psicoterapéuticos clásicos utilizan los medios verbales como principal canal de comunicación con los pacientes. Aunque también se tienen en cuenta la entonación de la voz, los movimientos corporales y gestuales del individuo para obtener la mayor información posible sobre su personalidad, la atención suele girar en torno al contenido de las palabras.

Francastel (1988) comenta que los signos plásticos sirven de médium a una inmensa categoría de representaciones no comparables a las del pensamiento discursivo, pero igualmente eficaces y, a veces, tan altamente reveladoras como las aportadas por los medios verbales.

Si situamos esta idea dentro de un encuadre terapéutico, el uso de los medios artísticos puede ampliar enormemente la capacidad expresiva y comunicativa de una persona a la hora de facilitar el acceso a sus estados mentales, especialmente en situaciones en el que el lenguaje verbal se encuentre bloqueado o limitado por falta de dominio, inhibiciones o disfunciones físicas, cognitivas o emocionales. El carácter universal de la expresión plástica sobrepasa situaciones donde el idioma, la edad, la cultura o el estado psicofísico del paciente pueden suponer una dificultad añadida en la labor de ayuda.

Durante la realización de la obra plástica, el paciente mantiene un diálogo intuitivo y sensitivo con los materiales que van dando forma a su autoexpresión. La persona que consigue comprometerse con el acto de crear, aglutina con inmediatez concentración e introspección. En esta situación, la atención está completamente absorbida por la actividad y ya no queda energía psíquica para procesar otras informaciones ajenas a la propia acción. El resultado es lo que Csikszentmihalyi (1996) denomina "*Experiencia óptima o de Flow*", un estado en el que la persona deja de ser consciente y es capaz de olvidar todos los aspectos desagradables de la vida. La conciencia se ordena y la induce a la negentropía¹⁴ psíquica. El momento presente se vive con más intensidad.

Canal (2007) comenta que cuando se está inmerso en procesos creativos, el presente se vive de una manera directa. Vivir el presente es algo tan simple y tan complicado que hace que cambie toda nuestra información celular, porque así la mente racional deja de ser la privilegiada en la estructura y organización de nuestra vida.

La persona exterioriza lo que tiene presente en ese instante, le va dando forma real a sus apegos, inquietudes, miedos, angustias etc., beneficiándose de la oportunidad de poder congelar ese momento justo y trabajar sobre el mismo, sin que se olvide como ocurre con las palabras.

¹⁴ En la teoría de la información, la negentropía es un término acuñado por Norbert Wieneres que define el paso de un estado de desorden aleatorio a otro estado de orden previsible.

La continua estimulación sensorial, fruto de la manipulación de diversas formas, colores, texturas, olores, sonidos, etc., permite establecer nuevas conexiones neuronales y aumentar la eficiencia cerebral. En este momento, la experiencia multisensorial puede llegar a suscitar emociones fuertes, cargadas de significados, en forma de huellas, signos o imágenes emergentes que le devuelven a su autor la carga simbólica proyectada. La información recibida durante el proceso creativo se irá, poco a poco, elaborando e integrando, a posteriori, con la ayuda del arteterapeuta atento a cada instante de la escena. *“Más allá de los resultados puramente plásticos es interesante constatar el placer o el disgusto del contacto sensorial del sujeto con la materia, la amplitud de sus gestos, el goce ante el dominio progresivo de la obra”.* (Pain y Jarreau, 1995, p.33).

Cuando la persona concluye su obra, las indagaciones y reflexiones personales surgidas durante todo el transcurso se comparten con el arteterapeuta, visual y verbalmente, intentando describir lo sucedido y lo que las imágenes sugieren a su autor. *“(...) tomando como punto de partida al individuo, su objetivo es apoyarlo en su desarrollo, utilizando la expresión artística como un canal alternativo, argumentando más allá del terreno verbal y confiriendo al discurso una exterioridad real: un encuentro y una mirada reflexiva a posteriori.”* (Pereira Rodríguez, 2004, p.31).

Varios niveles de comunicación interactúan con la finalidad de descubrir los problemas que pueden estar interfiriendo en el bienestar del paciente. La combinación de los medios plásticos y visuales, los gestos, los movimientos y el discurso verbal, aportan cualidades únicas a las formas interpersonales de ayuda, ya que una imagen puede dar paso a la palabra y la palabra, a su vez, evocar una imagen. *“(...) pasar de un lenguaje a otro, devenir de una materia a otra tiene como finalidad otorgar más posibilidades para lograr esta búsqueda de significación, este proceso de decir en distintos idiomas, este abanico de recursos para hablar, para decir, para conocerme cuando digo, para escucharme cuando hablo, para verme cuando pinto, para sentirme en la totalidad de mi ser”.* (Pisano, 2006, p.44).

Por lo tanto, la comunicación se ve potenciada y enriquecida considerablemente en un continuo coloquio metalingüístico. Hay muchas formas de expresión que se pueden asociar a lo verbal y llevar a la persona a explorar con mayor propiedad sus sentimientos y formas de estar en el mundo, lo que repercutirá en su bienestar. Las terapias artísticas posibilitan al sujeto otras formas de expresión.

Desde un punto de vista psicoanalítico, el uso de los medios plástico-audiovisuales aumenta las opciones expresivas y de autoconocimiento sobre contenidos velados, en ocasiones, por el inconsciente, por lo que las vías de acceso al mundo psíquico

de la persona pueden ser incrementadas. *“La palabra no es el único medio de comunicación ni la única manera de traer a la consciencia contenidos del inconsciente”*. (Da Silveira, 2006, p.84).

Naumburg (1987) comenta que muchos analistas otorgan importancia a las formas no verbales en terapia como la voz, los gestos, la posición corporal, etc. Sin embargo, la expresión espontánea de las obras plásticas está menospreciada como método para reflejar conflictos inconscientes. El arteterapia no se opone a los medios verbales, pues los usa en combinación con lo artístico, pero ha demostrado que los pacientes son capaces de asociar libremente con palabras las imágenes espontáneas creadas y que este hecho ayuda, inevitablemente, al desenlace del proceso terapéutico de un individuo o grupo.

Muchas experiencias mentales creadas o percibidas visualmente se van almacenando en nuestro cerebro en forma de imágenes como ocurre con los sueños, algunos recuerdos, las ensoñaciones o fantasías producidas por la imaginación.

Según Schottenloher (2004), cuando pintamos o modelamos, activamos y accedemos con más facilidad a todos aquellos pensamientos internos que aparecen en forma de imágenes más que con el uso de las palabras. *“La imaginería artística, al igual que los sueños, permite explorar los sentimientos, actitudes, fantasías, experiencias y recuerdos que puedan ser inconscientes o de difícil acceso. La arteterapia permite expresar ciertos fenómenos psíquicos sin que sea necesaria la verbalización”*. (Marxen, 2004, p.72).

Otra cualidad importante, desde un punto de vista arteterapéutico, es la simbolización significativa que aporta el autor a las imágenes creadas, mediante la construcción de significantes autónomos. La persona confecciona un código personal a partir de significados extraídos del enfoque de su pensamiento, ya que carga de simbolización elementos recogidos de su imaginario y de su entorno. Tiene la oportunidad de poder ordenar pensamientos desarticulados en un ámbito nuevo integrándolos en un espacio significativo a su representación. (De Tavira, 1996). Frecuentemente, las asociaciones de imágenes se producen por semejanza o analogía, dando lugar a la metáfora. Las actividades artísticas constituyen formas de movilizar recuerdos estancados en la amígdala, ya que el cerebro emocional está estrechamente ligado a los contenidos simbólicos propios de la metáfora, el cuento, el mito y el arte. (Goleman, 1996).

Un choque en edad temprana, una experiencia traumática, una obsesión, una preocupación profundamente arraigada o una ansiedad suelen hacer surgir el uso de símiles y metáforas para la descripción de estas experiencias. (Ulmann, 1996).

Los medios artísticos pueden facilitar la creación de una simbología que englobe todo este tipo de experiencias que, tal vez, a través de otros medios, no sería posible expresar e integrar de forma saludable. Según Díez (2000), al igual como pasa en juego que se mueve de la sustitución a la interacción, la metáfora define la naturaleza de su separación del discurso habitual, separación que la hace brillar como expresión de lo inefable, desplazándose de lo imaginario que se postula como real a lo real que se presenta como imaginario. En su proceder asociación y proyección se expanden mutuamente.

La metáfora ofrece otro aspecto interesante como la *sinéctica* (Gordon, 1979), técnica creativa que convierte lo extraño en familiar y lo familiar en extraño. El proceso creativo y los productos plásticos nos proporcionan datos que podemos relacionar con otros totalmente diferentes; establecer conexiones remotas, sorprendentes e imprevisibles; encontrar cosas cuando no se buscan; llevar a descubrimientos de forma accidental de gran valor terapéutico. La constante tensión de búsqueda, de realización de obras y observación de los resultados con el arteterapeuta, puede llevar a un encuentro inesperado que conlleve al insight.

La asociación de imágenes se produce también por contigüidad y el tropo resultante es la metonimia, frecuentemente en la modalidad de sinécdoque. Las formas, los colores, las texturas, las sensaciones hápticas¹⁵, o una parte de la imagen plástica y visual, suponen pequeños fragmentos que pueden ayudar a actualizar sucesos completos enterrados en la memoria.

Al igual que la metáfora, ambos tropos son recursos del lenguaje visual muy valiosos desde una perspectiva psicoterapéutica.

Otra condición destacable de la actuación arteterapéutica es conseguir una intervención menos invasiva, a través de los aspectos creativos y expresivos aportados por los medios artísticos, en contraste con otros tratamientos más tradicionales, especialmente con personas tratadas en entornos hospitalarios, centros psiquiátricos, centros penitenciarios, etc., donde casi toda la comunicación parece estar sometida a lo estrictamente profesional, actuando como una barrera autodefensiva de las emociones. “*La externalización de la emoción y la diferenciación de su “yo y no yo”, disminuyen en gran parte el poder invasor y agobiante de las mismas*”. (Cornejo y Brick Levy, 2003, p.126).

Sinelnikoff (1999) expone que estas formas de expresión ayudan a superar las inhibiciones verbales, ya que el contacto con materiales plásticos, facilitados por monitores

¹⁵ La Háptica puede considerarse como el estudio del comportamiento a través de las sensaciones captadas por el sentido del tacto.

especializados, constituye espacios creativos y áreas de juego que contrastan con los contextos medicalizados. Enfatiza los diversos modos de semiotización como alternativa a otro tipo de relaciones, las cuales, a menudo, incrementan el intercambio transversal, respecto al estatus inicialmente atribuido a los enfermeros, médicos o psicoterapeutas.

1.2.2.5. Espacio de juego

A lo largo de este recorrido se ha expuesto el valor terapéutico del proceso creativo, derivado de la experiencia compartida con el arteterapeuta y el uso de los medios plástico-visuales, como factor decisivo y primordial en la resolución de conflictos y en el camino hacia la transformación y el cambio.

Lowenfeld y Lambert (1980) afirman que la probabilidad de éxito en la acción terapéutica es mayor, en la medida que el individuo se vincule con su propio proceso de creación. Dicha vinculación suele ser en los niños, a partir de los dieciocho meses aproximadamente, un proceso biológico natural que comienza con impulsos gestuales en forma de garabatos. Plasmar la energía cinestésica con plena libertad produce al niño una gran satisfacción que, no sólo consiste en un reflejo motórico, sino en una necesidad de dejar constancia, sobre un soporte concreto, de la huella de su expresividad como un acto de comunicación.

Sin embargo, redescubrir la autoexpresión a través de las imágenes, recuperar la predisposición al juego, puede resultar para muchas personas una labor compleja, acompañada de bloqueos. El arteterapeuta tiene que saber localizar estos bloqueos y dirigirlos a buen puerto, para generar un encuadre facilitador y hacer que el taller funcione, especialmente en sus etapas iniciales.

El contacto con los materiales plásticos puede cuestionar, inevitablemente en cualquier individuo no familiarizado con ellos, su propia capacidad para crear algo estéticamente bello y parecido a la realidad. Este concepto tan generalizado sobre el valor de las actividades artísticas, donde estética y resultado son enfatizados por desconocimiento y tradición, no ayuda a la implicación en el proceso de creación plástica, más bien genera ideas de incapacidad o de que sólo las personas con talento pueden ser capaces de dominar este lenguaje. Estos hechos pueden tener consecuencias decisivas en la

distorsión del uso óptimo de la actividad creadora como medio terapéutico. (Lowenfeld y Lambert, 1980).

Los propósitos arteterapéuticos, no persiguen, en absoluto, estos objetivos sino la experimentación con los materiales artísticos en un encuadre adecuado y la presencia de un arteterapeuta experto, que llevarán al individuo a adentrarse en su propio proceso creativo, del cual podrá obtener resultados terapéuticos que le ayuden a superar su malestar. La vinculación de la persona o grupo de personas con los materiales y la identificación con el proceso creativo son básicas para que la acción terapéutica tenga éxito.

Según Jones (2005), muchos arteterapeutas se han inspirado en el juego simbólico de los niños como una estrategia para fomentar el proceso creativo. A través del juego, el cliente entra en un estado en el que comienza una relación especial con el tiempo, el espacio, las reglas y los límites de todos los días. Esta relación de juego con la realidad determina una actitud más creativa y flexible hacia hechos, conflictos e ideas fijas. Consigue cambiar completamente las percepciones y relacionarlas con las vivencias de la persona.

El juego simbólico es una forma espontánea de curación emocional especialmente con niños que han sufrido algún trauma. *“La repetición permite que los niños revivan el trauma sin peligro y abre dos vías de curación. Por un lado, el recuerdo se actualiza en un contexto de baja ansiedad, desensibilizándolo y permitiendo el afloramiento de otro tipo de respuestas no traumáticas, mientras que, por el otro, permite el logro de un desenlace imaginario más positivo”*. (Goleman, 1996, p.308).

A través del juego se expresan y exploran situaciones problemáticas de forma indirecta, ayuda a la exteriorización de imágenes y capacita a la persona a enfrentarse a situaciones que provocan ansiedad de manera metafórica. (Freud, 1985; Klein, 1990).

Freud (1981) y Kris (1955) relacionan el juego con el concepto de proceso primario o sistema de pensamiento fuertemente motivado, sin estar sujeto a reglas lógicas, ni orientado a la realidad. El control de este proceso facilita el pensamiento divergente y la creatividad.

Winnicott (1971) considera el juego como el origen de la creatividad. Ambos son indicios de salud. Trata las implicaciones que conlleva la combinación entre arte y juego, relacionándolos con conceptos esenciales en la aplicación del arteterapia como el primer uso del símbolo en el niño, la idea del objeto transicional, el espacio potencial y la

importancia de la creatividad en su relación a posteriori con las experiencias culturales. Insiste en el paralelismo existente entre el juego y el arte, ya que ambos ayudan en el proceso de desarrollo y la maduración emocional, social y cognitiva de la persona.

Otros autores: Bruner (1984), Piaget (1986), Vigotsky (1982) o Wallon (1975) coinciden en la importancia de las actividades lúdicas por las relaciones que guarda con la creatividad y, por consiguiente, con la solución de problemas.

Según Bruner (1984), el niño experimenta con el juego formas de combinar pensamiento, lenguaje y fantasía, lo que supone un estímulo importante para el desarrollo de funciones cognitivas. Los juegos están libres de presiones sociales y de las normas estrictas de la realidad, facilitando el aprendizaje para la resolución de problemas en un ambiente relajado.

Piaget (1986) observa en el juego todas las tendencias evolutivas de forma condesada siendo, en sí mismo, una fuente de la evolución integral del niño.

Para Vygotsky (1982), la imaginación nace en el juego simbólico. El niño aprende a crear, manipular y dar significado a los símbolos a través del juego. También aprende a establecer relaciones, practicar roles y desarrollar habilidades. La libertad mental, respecto a las restricciones de la realidad, que proporciona el juego, permite al niño libertad de asociaciones entre objetos, acciones e ideas.

Por tanto, integrar aspectos lúdicos en la intervención arteterapéutica resulta positivo desde dos perspectivas que interactúan entre sí.

Por una parte, potencia el establecimiento de una atmósfera idónea para incentivar el proceso creativo y ayuda al arteterapeuta a mantener en su actuación un balance entre el control y la libertad de acción. Las actividades lúdicas, además de ser agradables, motivadoras y satisfactorias por sí mismas, ofrecen un lugar para resolver conflictos con un matiz distendido. Este hecho ayuda a convertir el escenario arteterapéutico en un lugar de protección, consistente y seguro para la persona tratada.

Por otra, el juego al incentivar la creatividad en el desarrollo de las actividades artísticas, potencia la curiosidad, la flexibilidad, la improvisación y anima al riesgo. Los errores se hacen más llevaderos porque están enfocados a ensayar desde un plano imaginario, nuevos comportamientos y trabajar con aspectos del ser estancados. *“La creación artística es una manera de crear un orden nuevo personal, es una forma de impulsar un mayor control en el trabajo a través de los materiales y técnicas, alimenta la formación de seres libres, entendiendo*

libertad como la posibilidad de dudar, de equivocarse, de buscar, de experimentar, y de aprender los límites". (López Fernández Cao, 2006, p.26).

El arteterapia ofrece un lugar simbólico seguro en el que el juego y las actividades plásticas logran que la persona pueda enfrentarse de forma creativa a una serie de dificultades relacionadas con su existencia y a la asimilación eficaz de las mismas. El autoconcepto se hace más sólido, cuando se brinda al cliente la oportunidad de que pueda observar, con el uso de los medios plásticos, su forma de asumir retos y de afrontar sus propios errores siempre en compañía de un arteterapeuta que sostenga las emociones emergentes. La ficción del juego simbólico acoge necesidades y deseos, permite que se satisfagan en el plano imaginario, lo que contribuye a su evolución y desarrollo. (López Cao, 2006).

"La imaginación nos permite probar cosas de nuevo, con el ojo de la mente, sin las consecuencias que podríamos encontrar si tuviéramos que probarlas empíricamente. Ofrece una red de seguridad para experimentar y ensayar". (Eisner, 2004, p.21).

1.2.2.6. La Permanencia de la obra

Otra de las oportunidades que brinda la aplicación del arteterapia en el proceso de ayuda es la posibilidad de trabajar con un objeto o imagen tangible que encarna u objetiviza la acción y el contenido expresivo de su autor. La persona vierte su experiencia vivida en un medio sensible que la acoge y exhibe, convirtiendo la obra en una *subjetividad viviente*. (García Leal ,2002). *"Dibujar es como pensar dejando constancia de ello sobre un soporte. Sin actuar, nuestras intenciones no pueden manifestarse y se quedan solamente en deseos. Los dibujos son mapas personales, radiografías de nuestra conciencia, establecen un diálogo interior, recuperan fragmentos de conversaciones, recuerdos, sensaciones, etc."*. (Abad Molina, 2004, p.231).

La materialidad y permanencia del producto añade una dimensión que las terapias verbales no poseen. Los objetos existen, más allá de cada sesión, no se pueden olvidar y se mantienen intactos en el tiempo. (Byers, 1998; Case y Dalley, 1992; Malchodi, 1998b; Schaverien, 1992; Wadeson, 1980; Wilks y Byers, 1992). La obra establece un centro de atención concreto, con el fin de poder dialogar, discutir, analizar o evaluarla en cualquier momento de la terapia, pues actúa como registro de todo lo que la persona va

exteriorizando de sí misma en cada una de las sesiones. *“La configuración transferencial es muy especial porque las dos personas se comunican a través de un objeto que representa al sujeto y lo concretiza”*. (Klein, 2006, p.12).

El contenido que transmite se convierte en algo duradero, que no puede desaparecer y cuya autoría es difícil de negar. (Schottenloher, 2004). *“El proceso de creación estabiliza lo que de otro modo sería evanescente. Las ideas y las imágenes son muy difíciles de mantener a menos que se inscriban en un material, que les dé, por lo menos, algún tipo de semipermanencia. Las artes, como vehículos mediante los cuales se producen estas inscripciones, nos permiten examinar con mucho más detalle nuestras propias ideas”*. (Eisner, 2004, p.28).

De esta manera, los objetos creados pueden generar un puente entre las sesiones realizadas, proporcionando la continuidad de momentos o experiencias efímeras sobre el estado del sujeto en un instante determinado. (Case, 1987; Landgarten; 1981; May, 1975; Rubin, 1999).

Case y Dalley (1992) destacan la supervivencia en el tiempo de las imágenes como una herramienta muy útil, especialmente en situaciones donde la persona no puede hablar inmediatamente sobre lo que ha realizado, dejando así una puerta abierta para regresar a esa imagen después, una vez que su autor se sienta capaz de observarla nuevamente y contenerla.

Las imágenes metafóricas que se utilizan en el lenguaje hablado no son permanentes mientras que las imágenes visuales, incluso tiempo después de realizarlas, mantienen su carga emocional y poder comunicativo. Esta característica permite esperar el momento adecuado para volver a revisar aquellas imágenes que hacen referencia a determinados conflictos, eso es cuando el paciente esté preparado para afrontarlo y no antes. (Torrado Sánchez, 2004, p.175).

La secuencia cronológica de las obras elaboradas durante el transcurso de la terapia revela gráficamente todo lo ocurrido en el tratamiento arteterapéutico desde su inicio, los estados mentales de cada momento, las preocupaciones, los deseos o conflictos inconscientes más insistentes.

Case y Dalley (1992), Landgarten (1981) y Martínez Díez (2004) afirman que efectuar periódicamente una revisión retrospectiva del trabajo plástico a lo largo de la

terapia puede clarificar en gran medida todo el trabajo, al proporcionar puntos de referencia tanto al arteterapeuta como a la persona tratada. Se puede volver a observar en cualquier momento lo producido en sesiones anteriores e ir examinando toda la evolución. (Dalley, 1987; Da Silveira, 2006; Liebmann, 2000). *“Con el transcurso del tiempo van evolucionando las producciones, de una obra a otra existe un recorrido simbólico donde suceden cambios, modificaciones y, en definitiva, un proceso de transformación, que será en un principio formal, es decir en las producciones, y paralelamente o después en la persona”*. (Moreno González, 2003a, p.103).

La revisión global de todas las obras construidas despliega de forma simultánea y holística todo lo acontecido, los momentos de luz y de sombra, las incertidumbres y los insights conseguidos. Este hecho puede ayudar a la persona a incrementar, reafirmar e integrar todo lo aprendido. Son siempre obras abiertas e inacabadas en las que se puede volver remitir, cambiar, visualizar al cabo de un tiempo durante el periodo que dure la terapia. *“El objeto artístico, a diferencia de la palabra, es tangible y puede ser conservado de sesión en sesión. Esto permite que puedan actuarse diferentes emociones sobre él y vaya variando su significación a medida que se avanza en el proceso arteterapéutico”*. (Omenat, 2006c, p.3).

1.3. Diferencias entre las competencias del Arteterapia y de otras prácticas afines

Las actividades plástico-visuales implican numerosas acciones beneficiosas que pueden potenciar el desarrollo del ser humano desde sus múltiples dimensiones, como la creatividad, la expresión de emociones, el juego, la comunicación, la evasión, la diversión y un largo etc.

Sin embargo, no todas las conexiones establecidas entre el arte y la terapia se pueden considerar dentro del campo disciplinar del Arteterapia. La mayor parte de las actividades artísticas poseen ciertas cualidades terapéuticas, sin embargo, estas circunstancias no son el objetivo real del arteterapia. (Alcaide, 2000).

La terapia ocupacional o recreacional, las técnicas proyectivas y la educación artística en entornos educativos no formales o con alumnado con necesidades educativas especiales, son ámbitos profesionales en los que el uso de los medios plástico-audiovisuales implica, de forma directa o indirecta, beneficios terapéuticos. A pesar de que los métodos de trabajo empleados en cada una de estas especialidades sean distintos a la práctica profesional del Arteterapia, se suelen confundir entre sí.

Con la intención de esclarecer las competencias específicas del Arteterapia y así poder alcanzar una mayor comprensión de la misma, los autores citados a continuación, han analizado y clasificado las diferencias existentes entre dichas disciplinas.

Moreno González (2003b) expone que se puede hablar de cinco modelos diferentes de talleres de arte con implicaciones terapéuticas dentro del contexto español: Labor Terapia, Educación artística, Educación Social / Terapéutica, Terapia artística, Psicoterapia a través del Arte, de las cuales sólo considera arteterapia los dos últimos casos.

La autora añade al respecto:

Cuando resumimos, estamos reduciendo mucho los objetivos de cada uno de ellos y delimitando sus márgenes, cuando estos en realidad no son tan estrictos:

- Labor Terapia: Su finalidad es el aprendizaje de habilidades y técnicas artísticas concretas para producir unos objetos determinados previamente.
- Educación artística: Fomenta el desarrollo de capacidades artísticas y estéticas.
- Educación Social / Terapéutica: Pretende la mejora en la situación individual y social de la persona, de cara a una mejor inserción social.
- Terapia artística: Acompaña a una persona con dificultades en un proceso creativo que resultará terapéutico.
- Psicoterapia a través del Arte: Su objetivo es una mejora en la salud mental del individuo. (p.112)

Carles Ramos (2004) propone otra clasificación con el objeto de describir las distintas formas de trabajo que, bajo el nombre de Arteterapia, se pueden encontrar en España: El *Arteterapia o Psicoterapia por el arte*, *Arte como terapia*, *el Arte en terapia*. Su

categorización se remite a la relación triangular mencionada anteriormente. El autor afirma que las interrelaciones entre Paciente – Terapeuta – Obra (P-T-O), no siempre son equidistantes en cada una de las denominaciones expuestas. Por lo tanto, no todas se pueden considerar como prácticas propias del Arteterapia.

- El *Arteterapia o psicoterapia por el arte* debe recoger aquellos métodos terapéuticos que atiendan la relación transferencial en torno a los tres componentes del triángulo (P-T-O). Durante el proceso terapéutico se tiene en cuenta la respuesta estética del terapeuta frente al trabajo de su paciente y la dinámica generada entre el terapeuta y paciente. Las imágenes perpetuadas en un soporte concreto permiten a su autor tomar distancia de su propia subjetividad y comenzar a relacionarse con ella desde las múltiples perspectivas que los medios plástico-visuales pueden ofrecer. Simultáneamente, el arteterapeuta facilita las posibles conexiones que se puedan entablar entre la obra y la vida real del individuo. De este modo, los objetos e imágenes creados dentro del encuadre arteterapéutico propician la contención, expresión, exploración y resolución de emociones conflictivas. (Torrado Sánchez ,2004)

Para poder trabajar desde esta perspectiva, Ramos destaca la importancia de una formación completa en Arteterapia por parte del profesional que la ejerza, además de la realización de un análisis o psicoterapia personal.

En el *Arte como terapia*, la relación terapéutica sólo se centra en lo que ocurre entre los vértices Paciente – Obra, sin tener en cuenta el efecto que pueda causar el terapeuta en la sesión o lo que las imágenes creadas por el paciente puedan suscitar en el terapeuta. Los principios terapéuticos se basan en la experiencia estética, donde la persona puede experimentar beneficios saludables sólo por el hecho de participar en una actividad artística. Esta orientación se acerca más a los talleres artísticos realizados, generalmente, por Educadores Sociales o Terapeutas Ocupacionales. Fuera del contexto español se relaciona con las especialidades de “*Arts and Healing*” (arte y curación) y “*Art-Medicine*”, las cuales no son consideradas como Arteterapia.

Naumburg (1987) comenta que la terapia ocupacional se suele confundir con el arteterapia puesto que ambas utilizan medios y actividades plásticas en hospitales, centros de rehabilitación, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, etc. Sin embargo, las actividades artísticas realizadas en Terapia Ocupacional están destinadas a llenar el tiempo generalmente con manualidades, en las que el énfasis recae en copiar modelos más que en animar a la creación artística original. Los terapeutas ocupacionales

no enfatizan la importancia de las respuestas inconscientes de los pacientes en el desarrollo del arte espontáneo.

El arteterapia, en contraste con la terapia ocupacional, se orienta hacia la relación transferencial paciente-terapeuta-obra y anima a la realización de obras espontáneas con la finalidad de soltar conflictos inconscientes, fantasías y sueños

De acuerdo con Naumburg, Dalley (1987) apunta que la terapia ocupacional se dedica a trabajar a un nivel consciente, con el propósito de desarrollar la técnica de fabricar productos con métodos más compatibles a los de la enseñanza. La peculiaridad de las cualidades que el arte puede ofrecer, en relación con el trabajo sobre el inconsciente, ha contribuido a que el arteterapia se desarrolle como una especialización distinta. Ulman (2001b) comenta que la esencia de la terapia es provocar un cambio en la persona. En la terapia ocupacional, los cambios son más momentáneos pues las actividades están más orientadas al entretenimiento y la distracción. Los procedimientos que se llevan a cabo en arteterapia deben provocar cambios profundos y permanentes en la personalidad o en la forma de relacionarse con el mundo. Dichos cambios deben de permanecer una vez acabada la terapia o las sesiones. *“Las diversas formas de realización estética, aunque resulten en sí mismas gratificantes, no acercan suficientemente a la superficie las emociones y los conflictos o, si lo hacen, no se conservan lo suficientemente como para trabajar con ellas”*. (Birchnell, 1987, p.84)

En el *Arte en terapia*, se concentra la intervención terapéutica en la relación entre el paciente y el terapeuta, sin tener en cuenta la respuesta estética del terapeuta frente a la obra del paciente, ni la dinámica intrapsíquica implícita en el proceso creativo y sus resultados. Según Ramos, es habitual encontrar psicoanalistas que animan a sus clientes a utilizar medios artísticos para expresar sus emociones, sin embargo, fuera de España esta modalidad no es considerada Arteterapia.

McNiff (1988) opina que se suele abusar mucho de la interpretación de las imágenes. La tradición psicoanalista de intentar descubrir en un dibujo o en una pintura conceptos relacionados con las teorías freudianas hace que en arteterapia también se crea que los arteterapeutas realizan este tipo de interpretaciones. El autor añade que generalmente las imágenes que se crean en arteterapia estimulan la imaginación, por lo que es difícil fijar una sola historia o una interpretación única y cerrada, ya que queda expuesta a diferentes puntos de vista según quien la contemple, con múltiples significados. Lo terapéutico se encontraría en el valor que tienen las imágenes para generar diferentes respuestas. Se trata de algo cambiante y flexible que se debe respetar por su propia integridad, ya que el proceso subjetivo cuenta mucho más que la interpretación de la

imagen. Pasa lo mismo con la narración de sueños o la biografía de alguien. Lo fundamental no es entretenerse en el contenido, en la búsqueda de lo que significa la producción, incluso si el arteterapeuta lo comprende, se lo guardará para sí, la mayor parte del tiempo, ya que la eficacia está en trabajar sobre las producciones del paciente y tratar de forma indirecta sus problemas, la mayor parte de las veces, sin que se dé cuenta el cliente.

Nucho (2003) plantea la diferencia entre dos formas de observación opuestas a la hora de reflexionar sobre las imágenes creadas:

a) *Ipsomatic Seeing*. Cuando el arteterapeuta facilita y acompaña al paciente en la interpretación de sus propias producciones y criterios para descodificar los significados contenidos en sus imágenes como forma de enriquecer su información interna.

b) *Nomomatic Seeing*. Centra la observación del terapeuta en algún enfoque interpretativo para buscar los significados de los símbolos que presenten las obras del paciente. Este método de observación no se puede considerar como un método apto en arteterapia.

Liebmann (2000) recoge los discursos anteriores al añadir que muchas personas, ajenas al ámbito arteterapéutico, dan por hecho que una de las aptitudes más importantes de un arteterapeuta es la interpretación de los significados ocultos en las imágenes creadas por su usuario, cuando el análisis procede del encuentro del paciente con su obra. Según el grado de confianza y seguridad que el arteterapeuta muestre permitirá el trabajo con los aspectos transferenciales generados.

Las creencias erróneas respecto a la interpretación de las obras en arteterapia, no sólo se fundamentan en las influencias freudianas sino también en la estandarización de los test proyectivos como el *Test de Rorschach* (1920), *Test de inteligencia Goodenough* (1926), etc., donde los elementos visuales de los dibujos (el color, la forma, el trazo, la composición, etc.), son empleados para obtener datos evolutivos de la persona. Se enfoca más al uso de la expresión plástica como valoración o diagnóstico que como beneficio terapéutico.

Klein (2006) manifiesta al respecto:

El arteterapia no es un test proyectivo. No sirve para elaborar un diagnóstico. Tampoco para develar las problemáticas de la persona, por ejemplo: “tu

cuadro revela tu miedo a la muerte". Va más allá en su puesta en escena, su figuración compleja en una producción artística. No revela lo que es, no señala lo que ya está allí, sino que atrae un movimiento hacia lo que puede ser, aquello que puede representarse en lo simbólico y entrar en proceso de una creación a la otra. (p.12).

Naumburg (1987) señala que el valor diagnóstico de las imágenes espontáneas realizadas en arteterapia es diferente a los dibujos creados a partir de los test proyectivos. Los dibujos creados en arteterapia son imágenes espontáneas de proyecciones inconscientes que no están controladas por el arteterapeuta, mientras los dibujos creados por pacientes, bajo las condiciones de un test proyectivo, son siempre propuestas planeadas con el propósito de obtener un tipo de respuesta particular, dada por un test con límites definidos. Las imágenes inconscientes realizadas en arteterapia son expresadas en lenguaje simbólico más cercano al método de la libre asociación de Freud que a los métodos propuestos en los test psicológicos.

Furth (1992) apunta aún más lejos cuando formula las siguientes opiniones:

Cabe preguntarse si toda enseñanza sobre la interpretación de los dibujos corre el riesgo de violar la autonomía y la complejidad de la expresión psíquica; si el acto de dibujar, y la sensación de libertad y creatividad que lo acompañan, ofrecen un impulso terapéutico tan eficaz que se podría llegar a prescindir del análisis psicológico; y si la interpretación anula el beneficio psicológico y emotivo de dibujar, un beneficio que obtenemos al escapar de las limitaciones de la conciencia y permitirnos crecer a través del juego y la creatividad. (P.15).

El carácter versátil que algunas personas sin conocimiento en la materia han otorgado al Arteterapia, ha llevado a asociarla con prácticas alternativas de inspiración esotérica como la cromoterapia, el tarot, los eneagramas, la cristaloterapia y un largo etc., desvirtuando sus verdaderos objetivos.

Como conclusión, el arteterapia no es una terapia ocupacional, cuya actividad está destinada al entretenimiento o a los aspectos ocupacionales. Tampoco concentra su finalidad en la interpretación de significados por parte del terapeuta, a partir de las imágenes creadas por el paciente o de la realización de diagnósticos basados únicamente en las técnicas de dibujos proyectivos. No pretende enseñar contenidos propios de la

enseñanza artística, ni se limita exclusivamente a la descarga de emociones o el alivio momentáneo como ocurre en las *Terapias Catárticas*, donde la abreacción o descarga emocional permite desembarazarse de todo aquello que suponga un malestar, un bloqueo o quedarse en una expresión que pueda producir una mejora sintomática, sin preocuparse de desarrollar una producción creativo-transformadora. (Klein, 2006).

El arteterapia no actúa con un carácter adivinatorio, ni propone una lista de preguntas y respuestas a final de página. Algo iría en contra de lo que el arteterapeuta propone: la apertura y el respeto hacia la persona que se deja acoger en un espacio de posibilidad y libertad, para que encuentre sus límites y sus capacidades, sus escollos infantiles, sus estructuras de repetición y sus bloqueos, y poco a poco, se comprenda, se reconozca, se admita y sin prisa, plantee otros puntos de vista, otros aires, y comience a inhalar una nueva respiración psíquica. (López Fernández Cao y Martínez Díez, 2006, pp. 17-18).

Sin embargo, es importante tener en cuenta las similitudes y conexiones interdisciplinares, a pesar de sus diferencias metodológicas y los objetivos que cada una de ellas persigue, ya que la existencia de la terapia ocupacional y de las corrientes pedagógicas artísticas han propiciado el desarrollo disciplinar y profesional del arteterapia. En países como E.E.U.U., Inglaterra, Canadá, Israel, etc., la acción de los artistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y profesores de educación artística, han servido de puente para introducir el trabajo arteterapéutico en las instituciones públicas y conseguir que se convierta en una profesión reconocida.

Los intercambios que se puedan producir entre los profesionales de dichas disciplinas pueden enriquecer enormemente la formación y la práctica profesional del arteterapia, siempre y cuando se tengan claros los objetivos y finalidades de cada una. La reciprocidad interdisciplinar puede ampliar el campo de investigación arteterapéutico con su consecuente desarrollo en temas poco explorados como la creación de nuevas técnicas y enfoques metodológicos en arteterapia. *“La existencia de un espacio común no significa la pérdida de los límites profesionales, al contrario, se trata de caminar juntos sabiendo muy bien hasta dónde puede llegar cada uno y cual es el terreno que no se debe pisar. Se trata de crear puentes y de enriquecernos mutuamente, no de confundirnos. El Arte es un punto de encuentro”*. (Moreno, 2006, p.60).

El trabajo interdisciplinar puede propiciar el progreso científico en la creación de nuevas herramientas en el ámbito arteterapéutico que consigan mejorar los

tratamientos. Y al mismo tiempo, repercutir en la sistematización, difusión y establecimiento profesional del arteterapeuta en países donde aún no se contempla el estatus que realmente merece.

La importancia de los componentes interdisciplinarios del arteterapia queda reflejada en el capítulo siguiente, en el que se tratará el nacimiento y desarrollo de esta materia.

Capítulo 2. Antecedentes históricos y desarrollo del Arteterapia

“Sólo mostramos el arte que no está tocado por la coacción de la convención. Nuestro amor devoto se extendió a toda aquella expresión artística que ha nacido de sí misma, vive por su propio mérito y no camina con las muletas de la costumbre”. (Marc)

Introducción

En el presente capítulo, se realizará una visión retrospectiva de los antecedentes y del desarrollo tanto disciplinar como profesional del arteterapia.

Aunque otras materias y diversos fenómenos han influido en la configuración del Arteterapia, se partirá, inicialmente, de las aportaciones realizadas desde los ámbitos disciplinares de la Psiquiatría, la Educación Artística y la Historia del Arte Contemporáneo, por considerarlas las raíces epistemológicas del Arteterapia, su matriz disciplinar. Durante el recorrido histórico se observará cómo los aspectos expresivos y creativos de las actividades artísticas irán constituyendo su inicio.

El capítulo continúa con el desarrollo del arteterapia, delimitado en tres periodos temporales: *Etapa Inicial*, *Etapa de Expansión* y *Etapa de Consolidación*. La clasificación ha sido elaborada siguiendo un orden cronológico. Se han tenido en cuenta los acontecimientos más importantes que han ido marcando el devenir de esta disciplina.

- En la *Etapa Inicial*, aproximadamente desde la década de los treinta hasta los años sesenta, el Arteterapia comienza su andadura en E.E.U.U. y en el Reino Unido. Durante este periodo, la materia va adquiriendo mayor grado de autonomía e identidad en ambos países al desligarse de la educación artística, de la terapia ocupacional y de su uso en los diagnósticos psiquiátricos y las terapias verbales. Respecto a su conformación profesional, la alianza entre artistas, educadores, médicos y psiquiatras, supone un paso

decisivo. También se realizan las primeras exposiciones públicas de trabajos sobre la materia en congresos científicos, en conferencias y, consecuentemente, la publicación de estudios e investigaciones sobre arteterapia. En el terreno académico, se establecen los primeros cursos universitarios.

- En la *Etapa de Expansión*, entre la década de los sesenta y finales de los setenta, surgen una serie de acontecimientos: el auge de la psicología, de las terapias grupales, la aplicación de nuevas corrientes psicoterapéuticas, la aparición de los *Colectivos de Vocación PSI*, en EEUU, y el movimiento de la *Antipsiquiatría*, en Inglaterra, que favorecen el panorama arteterapéutico del momento. Paralelamente, el desarrollo de la corriente cognitivista comienza a demostrar que las actividades artísticas fomentan una serie de competencias: creatividad, motivación, comprensión de conceptos y emociones, etc., aplicables a la introspección personal con fines terapéuticos. Por otra parte, los nuevos discursos en el ámbito del arte como: la primacía conceptual, la poética postmoderna, etc., aportarán al arteterapia nuevas metodologías ampliando sus perspectivas. Todas estas contribuciones crearán el caldo de cultivo idóneo para el impulso de la disciplina y su difusión profesional.

Prueba de ello será el nacimiento de las primeras asociaciones de arteterapia: BAAT, (1964) en Inglaterra; y AATA (1969), en EEUU, las cuales instaurarán una serie de objetivos para aunar criterios en el reconocimiento disciplinar y profesional relativos a:

- El establecimiento de requisitos para la formación académica del arteterapeuta.
- El intercambio científico a nivel nacional e internacional entre las comunidades de arteterapeutas.
- La formulación de un código ético para la habilitación del ejercicio profesional.
- La institucionalización pública de la formación académica universitaria y de la profesión del terapeuta artístico.

Estos hechos promocionarán las iniciativas emprendidas por EEUU y Reino Unido entre 1970 y 1980, favoreciendo la expansión internacional de asociaciones, la

proliferación de cursos de formación y el incremento de la labor científica sobre la materia en numerosos países.

- La tercera *Etapa de Consolidación*, a partir de las décadas de los años ochenta y noventa, se caracteriza por el afianzamiento del campo arteterapéutico en los países pioneros. Las asociaciones adquieren un papel muy activo en la reivindicación de los derechos y la consecución del reconocimiento, validación y control profesional y académico. En EEUU, los terapeutas creativos forman, en 1979, una federación con sus asociaciones, que produciría en los años siguientes el reconocimiento profesional del arteterapeuta a nivel oficial. En Inglaterra ocurre lo mismo, cuando la BAAT consigue que el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social reconozca la profesión del arteterapeuta, independizándose definitivamente de los terapeutas ocupacionales. En 1997, la BAAT crea un registro estatal por el cual, el ejercicio profesional es controlado.

En cuanto al nivel académico, tanto en Inglaterra como en EEUU, se exige la titulación de Máster en Arteterapia para poder ejercer como arteterapeuta.

Fuera del contexto anglosajón, otros países siguen la misma trayectoria. En primer lugar, con la formación de asociaciones desde las que se intentan alcanzar los mismos objetivos, conseguidos por los países pioneros. Las relaciones internacionales establecidas con EEUU y Europa favorecen la difusión y desarrollo del arteterapia.

Por último, el capítulo finalizará con un apartado dedicado al nacimiento y desarrollo del arteterapia en España, donde surge como disciplina a finales de los 90 con la implantación de los cursos universitarios de postgrado, a diferencia de otros países en los que se origina a partir de la práctica profesional. La instauración de la formación académica universitaria ha supuesto el punto de arranque de diversas iniciativas como: la búsqueda de salidas en el campo profesional, convenios entre universidades y entidades públicas, trabajos de investigación, publicaciones, congresos, etc. Para promover el desarrollo disciplinar y profesional en dicho contexto, también se ha recurrido a la creación de distintas asociaciones, cuyo objetivo principal es conseguir la institucionalización de la profesión dentro del contexto español. Para conseguir dicho propósito, actualmente se está realizando un proyecto de federación de asociaciones para aunar esfuerzos de forma similar a como ha sucedido en países más avanzados en la materia.

2.1. Raíces Epistemológicas del Arteterapia

2.1.1. Aportaciones desde el ámbito psiquiátrico: De los ritos mágicos al arte psicopatológico

“No será el miedo a la locura lo que nos obligue a bajar la bandera de la imaginación”. (Breton)

La relación entre el arteterapia y el ámbito psiquiátrico se fundamenta en el tratamiento de la locura. A lo largo de la historia fueron diferentes las actitudes y los métodos terapéuticos para curarla, desde las creencias mágico-religiosas y los prejuicios, a distintas concepciones filosóficas y científicas.

Desde los albores de la humanidad nos llegan testimonios de cómo nuestros ancestros atribuían propiedades preventivas y terapéuticas a los dibujos, pinturas y figuras modeladas, encontradas en cavernas y tumbas, y a los ritos grupales con sus cánticos, danzas, máscaras, indumentarias asociadas a animales, plantas, etc.,



Ilustración nº 1. Cueva de las manos, 7.730 a.C. - 5.470 a.C.

realizados, no sólo con fines curativos sino también para propiciar la caza, (arte rupestre, con sus huellas de manos, dibujos de animales y escenas cinegéticas), la fertilidad de la tierra, la benevolencia de las fuerzas de la naturaleza, etc. Todas estas manifestaciones simbólicas representan las primeras pulsiones creativas que, desde entonces, acompañarán al ser humano hasta nuestros días.

Con la aparición del chamanismo, el arte se afianza en sus connotaciones curativas. La labor del curandero, considerado médico y artista, consistía en extraer los elementos insanos tanto físicos como psicológicos, mediante la creación de imágenes esquemáticas que transmitían mensajes para conjurar o atraer los favores de los espíritus. Muchos de estos símbolos, (círculos concéntricos, espirales, estrellas, laberintos, etc.), se han encontrado entre culturas que no han mantenido contactos entre sí, sucesos que ponen en evidencia los lazos comunes que la humanidad mantiene a través del lenguaje del arte y su papel en la comunicación de conceptos universales. (Alcina Franch, 1988; Malchodi, 1998).

En las antiguas civilizaciones también existen pruebas sorprendentes de que las actividades artísticas se utilizaban como recurso terapéutico en personas con alteraciones mentales. En Egipto, en los denominados *Libros de los Muertos*, se cita la melancolía como una enfermedad del estado de ánimo y templos especializados en organizar actividades creativas y de laborterapia en torno a la pintura, el dibujo y la danza, para personas con enfermedades psíquicas. (Budge, 2007).

En la cultura grecolatina, aunque exista una corriente mágica, la locura también es considerada una enfermedad del cuerpo. Para Hipócrates (hacia el 460 – 377 a.C.), los comportamientos inusuales eran el resultado de una perturbación en los fluidos corporales. A partir de sus aportaciones científicas sobre las enfermedades mentales, los griegos y romanos abogaron por un tratamiento lo más humano posible, para las personas con trastornos psicológicos, donde las artes visuales y la música estuviesen presentes. Los textos de filósofos de la época lo constatan. Platón, en su diálogo *Timeo* (hacia el 360 a. C.), indica la acción apaciguadora de la música; Aristóteles, en su *Poética* (entre 335-323 a. C.), el poder catártico de la tragedia. Celso (s. I d.C.) aplicaba musicoterapia como tratamiento para la locura. Utiliza el término *insania* para describir las enfermedades mentales.

El periodo medieval supone un retroceso del legado grecolatino por el oscurantismo y la superstición. La locura presenta dos facetas: como una manifestación sobrenatural donde el loco es considerado un endemoniado o como un fenómeno anormal, entre hombre y animal salvaje, que puede ser enjaulado y exhibido como fenómeno de feria. Los tratamientos eran acordes con estas ideas. Al principio, la caridad cristiana dispensaba a los enfermos psíquicos un trato compasivo, aunque pronto se prodigan los exorcismos y, asimilado al hereje y al brujo, serán torturados y quemados. Este comportamiento inhumano culmina con la caza de brujas de los siglos XV, XVI y

XVII, que exterminó la vida de miles de personas, muchas de las cuales fueron enfermos mentales.



Ilustración nº 2. El Bosco (1475-1480). *Extracción de la piedra de la locura.*

A pesar de todos estos datos dramáticos, durante el Renacimiento se producen avances en el campo médico: Weyer defiende en 1563 que los hechizados son enfermos, necesitados de tratamiento médico y no religioso. Paracelso, en su obra *Sobre las enfermedades que privan de la razón* publicada en 1567, pretende demostrar que estas se deben a causas naturales. También se desarrolla un importante movimiento asilar. El padre Fray Gilaberto Jofré funda en Valencia, en 1409, el primer Hospital de locos, al que siguen los de Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Toledo (1480), Valladolid (1489) y Granada (1527). (Ferreirós Marcos, 2007). El trabajo es considerado una terapia eficaz constatable, ya que los enfermos distinguidos, no sometidos como los otros enfermos a ocupaciones, rara vez curaban. (Rodríguez Reyes, 1972).

Aunque en los siglos XVII y XVIII comienzan a gestarse los fundamentos sobre la psicopatología, las personas con comportamientos patológicos se consideraban un peligro para la sociedad que, temerosa, los encierra y aísla, haciéndoles compartir su reclusión y hacinamiento con alcoholizados, enfermos sifilíticos, prostitutas, delincuentes y extravagantes.



Ilustración nº 3. Francisco de Goya (1812-14). *El Manicomio*.

Un edicto, firmado por Luis XIV el 27 de abril de 1656, instituye el Hospital General de París. Otro edicto real de 16 de junio de 1676 ordena el establecimiento de un hospital en cada una de las ciudades. La reclusión, más que por motivos terapéuticos, era por imperativos laborales, al ser asociada la locura a pobreza y a la incapacidad para trabajar. (Foucault, 1992). En cuanto a las terapias, el aislamiento, las cadenas, las camisas de fuerza y las duchas de agua fría, eran las prácticas habituales.

A fines del siglo XVIII, el médico Philippe Pinel, considerado el “padre del hospital psiquiátrico moderno” y el “liberador de los locos”, propone como remedio a la locura el *tratamiento moral*. Indica que la creación de instituciones y de cuerpos médicos especializados y un trato afectuoso son capaces de curar. (Rojas, 2006). Nombrado director del Hospital de *La Bicêtre* y después de *La Salpêtrière*, cambió el trato inhumano que se daba a los enfermos, ordenando quitarles las cadenas. En su obra *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1801) recomienda, en los períodos de lucidez, algún empleo laborioso o de cualquier otro tipo, destinado a mantener sus pensamientos y su atención ocupados. Pinel incluyó el trabajo como medio terapéutico, siendo considerado el “*tratamiento moral*” un antecedente de la terapia ocupacional.

Otro aspecto observado, aunque vagamente en su tratado, se refiere a pacientes que habían desarrollado una actividad artística antes de padecer la enfermedad e

interpreta cualquier expresión artística posterior como signo de recuperación mental. (Klein, 2006).

El siglo XIX trae consigo importantes innovaciones técnicas y científicas para tratar la alienación. Se siguen poniendo a prueba métodos severos: desde la ingesta de productos químicos vomitivos al fluido eléctrico, etc. (Rojas, 2006). Pero también destaca el creciente interés hacia las actividades artísticas como posibles remedios de las enfermedades mentales.

El abad Coulmier, director de la *Maison de Charenton*, solicita al Marqués de Sade, internado en el centro, que organice y dirija representaciones teatrales en las que participen sus compañeros alienados, actividad mantenida entre 1803 y 1813. Otros internos del hospicio empiezan a confeccionar periódicos con ricas ilustraciones como *Le Glaneur de Madopolis* (1865) que el público leía con curiosidad.

El hospicio de la *Salpêtrière* organiza también “*el baile de las locas y de las histéricas*” (1849) y conciertos abiertos al público.

En la *Casa de Salud del Dr. Blanche*, entre 1820 y 1893, destaca la alianza entre artistas y médicos que la convierten en un verdadero refugio para numerosos artistas enfermos como Flaubert, Guy de Maupassant y Gérard de Nerval, entre otros. Esprit Blanche y su hijo Émile, adeptos al tratamiento moral y a todas las novedades terapéuticas, favorecían los procesos creadores de sus huéspedes. La Sra. Blanche también organizaba tertulias literarias con artistas tanto internos como externos. Las actividades artísticas comienzan a ser concebidas, por muchos psiquiatras, un medio de alejar a los enfermos de sus ideas fijas.

El psiquiatra Vinchon en su obra *El arte y la locura* (1824) propone la actividad artística en los hospitales psiquiátricos como método terapéutico. (Martínez Díez, 2006).

Algunos médicos observan también el efecto beneficioso del trabajo de los distintos oficios profesionales en la conducta de los pacientes. Hermann Simon inicia su empleo no como distracción sino como una auténtica terapéutica psiquiátrica, prescrita y vigilada por el médico. Elaboró su teoría de laborterapia durante su estancia como director en los hospitales de *Warstein* y *Gütrslon* desde 1914. (Rodríguez Reyes, 1972).

Con la aparición de la terapia ocupacional, la mediación de las artes: el dibujo, el teatro, el baile, la música, empiezan a prescribirse para sacar a los enfermos de su apatía y de su mundo interior de delirios. El trabajo con los medios artísticos y la inclusión del

juego daban un sentido social a las actividades, otorgando a los pacientes autonomía, libertad de expresión y necesidad de crear.

Desde finales del siglo XIX, el interés de los psiquiatras hacia las actividades artísticas de sus pacientes se amplía con nuevos enfoques. No sólo se conciben como un tratamiento para mejorar la calidad de vida de los internos, sino también un medio para esclarecer aspectos psicopatológicos. Las producciones plásticas de los alienados pasan a formar parte de investigaciones psiquiátricas y comienzan a ser observadas con fines principalmente diagnósticos.

Tardieu y Simon fueron de los primeros autores en señalar la existencia de una iconografía de la locura. Tardieu, en su obra *Estudios médico-legales sobre la locura* (1872), hace referencia al arte de los locos e incluye las pinturas de un paciente. El doctor Paul Max-Simon publica *La imaginación en la locura* (1876) y trata de establecer una correspondencia entre síntomas patológicos y el estilo pictórico, tras observar los dibujos y pinturas de personas ingresadas en manicomios. Simon creía que los delirios quedaban reflejados en las obras de estas personas y fue el primero en utilizar la pintura como medio para entender al paciente. Su trabajo fue un impulso para investigaciones posteriores, basadas en los test proyectivos del *Dibujo de la Figura Humana*, del *Dibujo de la Familia* y del *Dibujo de la Casa-Árbol-Persona*. (Gómez Llopis, 2005).

El psiquiatra Lombroso (1835-1909), en sus obras *Genio y locura* (1864) y *El hombre delincuente* (1887), determina que ciertos símbolos, hallados tanto en obras artísticas como en los dibujos y tatuajes de locos y criminales, son signos patológicos. (Hernández Merino, 2003). Considera que la mayoría de los artistas padecían trastornos psiquiátricos. Establece una estrecha relación entre la enfermedad mental y el artista, mito que se consagrará posteriormente con los artistas de vanguardia. Su obra atrajo el interés científico hacia las pinturas de los enfermos mentales, al describir sus rasgos característicos y señalar la importancia de su simbología.

Mohr (1906), con sus estudios comparativos de producciones artísticas realizadas por enfermos mentales, “personas normales” y grandes artistas, logró que los dibujos pudieran ser utilizados como tests proyectivos. Posteriormente, otros autores siguieron su camino como Rorschach, Murray, Szondo, Binet-Simon, Goodenough y Bender, con sus tests psicológicos de inteligencia, motores y de personalidad.

A fines del s. XIX y principios del s. XX, la figura de Sigmund Freud descubre la vida anímica del inconsciente con la aplicación del psicoanálisis. En sus ensayos sobre el cuadro *La Virgen con el Niño y Santa Ana*, titulado *Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci*

(1910) y *El "Moisés" de Miguel Ángel* (1913), intenta descubrir la relación entre la obra plástica y los conflictos íntimos del artista y del personaje bíblico, respectivamente, mediante la interpretación psicoanalítica de sus obras plásticas, con el fin de desvelar aquellos elementos simbólicos afines a sus vivencias infantiles y disfrazados por las imágenes. *"Desde el psicoanálisis, a partir de Freud, se presenta la primera explicación teórica de la creatividad como forma de sublimación de los conflictos originada en un flujo de energía inconsciente, vinculada al mundo de los afectos y conectada más o menos directamente, según qué autores, al trastorno mental"*. (Romo, 2005, p.71). En 1912 funda con Rank y Sachs la revista *Imago* sobre el psicoanálisis de las obras de arte.

El psicoanalista Jung fomentó la producción artística como parte del proceso terapéutico. Crítico con el reduccionismo del psicoanálisis freudiano, creía más terapéutico que el paciente elaborara el significado de un sueño que la interpretación del analista. En la década de 1920 usó el arte como medio de tratamiento de sus clientes. Consideraba que las imágenes arquetípicas eran huellas de las vivencias primordiales de la humanidad y la fuente de toda creatividad. En las creaciones artísticas estas imágenes pueden estar presentes, sin embargo, el psicótico no puede integrarlas.

Por ello, recomendaba a sus pacientes dibujar y pintar sus imágenes y sueños para darles forma a lo inexpresable por las palabras como vía posible para organizar su caos interior, al considerar la creatividad como función estructurante del pensamiento. Esta práctica artística y la creencia en el poder de los mandalas prefiguraron una de las corrientes del arteterapia contemporánea. (Moron, Sudres y Roux, 2003).

Las aportaciones del psicoanálisis estrechan los lazos entre el arte y la locura desde dos perspectivas diferentes y a su vez complementarias.

Por una parte, el descubrimiento del inconsciente enfatiza el interés de los psiquiatras por el valor expresivo y comunicativo de las producciones plásticas de sus pacientes más que por su uso diagnóstico. La pintura, el dibujo y el modelado además de traer directamente del inconsciente, imágenes reveladoras que ayudaban a descifrar las raíces de los síntomas psicopatológicos, también conseguían transformar acciones agresivas por otras, socialmente aceptadas, mediante la sublimación.

De manera simultánea, la influencia psicoanalítica vincula a los artistas de las vanguardias con las producciones de los enfermos mentales, encontrando en ellas nuevos

discursos en sus intentos por desligarse de todo academicismo. A partir de este momento, el llamado arte de los “locos” se convierte en protagonista de numerosas manifestaciones:

- Exposiciones organizadas por el *Royal Bethlem Hospital en Beckenham* en 1900 y 1913.

- Apertura de museos: el “*Musée de la folie*”, (1905), en Villejuif, por iniciativa de Auguste Marie, médico jefe de la clínica donde trabajaba Paul Meunier. El de Charles Ladame, en la *Clínica de Bel Air*, cerca de Ginebra, en 1915 o el de arte patológico de Hans Prinzhorn, en la clínica psiquiátrica de Heidelberg, en 1920.

- Colecciones: la del doctor Auguste Marie, que posteriormente pasó a formar parte de las colecciones de *Art Brut* y de Prinzhorn en Heidelberg. Marie, valoró las pinturas de los enfermos psíquicos como un nuevo lenguaje para poder expresar experiencias. Entre 1928 y 1929 consigue sacarlas de los hospitales psiquiátricos para exponerlas abiertamente en diversas galerías de París.

El psiquiatra Marcel Réja¹⁶ continúa la colección de Marie. En su obra *L'art chez les fous* (1907) realiza el abordaje del arte de los enfermos mentales, desde un punto de vista estético. Se interesa por el proceso creativo más que por sus datos diagnósticos. Atribuye al arte de estos enfermos un carácter primitivo, que no considera patológico, al presentar nexos de unión con el arte infantil y el de los salvajes. Ese rasgo arcaico es indicio de la expresión artística auténtica, no contaminada aún por otras corrientes o tendencias. Réja coincide así con los artistas de las vanguardias como Matisse, Picasso, Kandinsky, etc.

Otra aportación importante fue la experiencia del médico suizo Morgenthaler con Wölflí, recogida en su publicación sobre el arte de un enfermo mental: *Ein Geisteskranker als Künstler* (1921). A su llegada, en 1907, al hospital psiquiátrico de Waldau en Berna, se interesa por un enfermo esquizoparanoico: Wölflí, cuyos episodios violentos se calmaban refugiándose en el dibujo. Morgenthaler insiste en su libro sobre las características de la obra de Wölflí y en sus virtudes terapéuticas. También creía que una persona con una grave dolencia mental podía realizar importantes aportaciones al arte.

¹⁶ Seudónimo de Paul Gaston Meunier.



Ilustración nº 4. Wölflin (1922). *La baleine Karo et le diable Sarton 1er*.

Una figura fundamental fue Prinzhorn, psiquiatra, historiador del arte y filósofo alemán, que entró a trabajar en la clínica de Heidelberg en 1919. Allí encontró una colección de arte psicótico que fue ampliando hasta reunir cinco mil obras, realizadas aproximadamente por cuatrocientos cincuenta internados, la mayoría esquizofrénicos de asilos de Austria y Alemania. En 1922, publicó *Bildenerlei der Geisteskraken*¹⁷, sobre la citada colección. Para Prinzhorn, la pulsión creadora o necesidad de expresión instintiva, sobrevive a la desintegración de la personalidad y, en cierto modo, puede considerarse terapéutica. Al igual que Réja, quiso ahondar en la dimensión estética de las obras recopiladas y en las manifestaciones del arte primigenio. Indagó en los mecanismos del proceso creativo, a partir de la supuesta espontaneidad del arte de los enfermos mentales e intentó relacionarlos con las orientaciones del arte de su época. Señala que la “*Gestaltung*” o fuerza arrolladora lleva a la concreción del psiquismo, que es lo propio de la verdadera obra de arte. (Klein, 2006).

Prinzhorn prestó atención tanto al contenido psíquico de la obra como al formal: tendencias repetitivas, ornamentales, simétricas, simbólicas, como expresión de una forma de lenguaje para el propio autor. Su estudio, aunque no suscitó, en general, el

¹⁷ Traducción en castellano: *Expresiones de la locura: dibujos, pinturas y esculturas de asilo*.

interés de psiquiatras y psicólogos, fascinó a artistas: Kirchner, Nolde, Ernst, Kubin, Klee y los surrealistas franceses.

La colección, tras su muerte, quedó olvidada y parte de ella confiscada por los nazis para la exposición itinerante, organizada por Goebbels, titulada *Entartete Kunst*¹⁸, inaugurada en Munich (1937). La finalidad era oponer el “*Arte degenerado*” al llamado “*Arte Heroico*” y demostrar las semejanzas entre las obras de los enfermos mentales de Heidelberg y las de los artistas de vanguardia, en especial los expresionistas: Ernst, Dix, Klee, Kandinsky, Kokoschka, Chagall, Moholy-Nagy, Mondrian, Nolde y otros ciento sesenta artistas.

Sin embargo, gracias al discurso conceptual del movimiento surrealista, se rescata el valor expresivo de estas obras. En su revista *La Revolución Surrealista* (1925), Breton defiende a ultranza la imaginación y la actitud artística basada en “*la re-creación de un estado que no tiene nada que envidiar al de la enajenación mental*”. (Breton, 1992, p. 223-224). Lanzó críticas a través del psicoanálisis, hacia la sociedad y la institución psiquiátrica del momento.

En los años treinta, pese al clima hostil hacia el Arte Moderno como arte degenerado por el nacionalsocialismo, Breton incluyó obras de enfermos psíquicos en la *Exposición Internacional de Surrealismo*, celebrada en Londres en 1936. Durante la misma década, el *Hospital de Sainte Anne* (París) se hizo célebre, al ser frecuentado por muchos surrealistas y por el nombramiento de Ferdière como director del hospital, clave en la mediación arte – psiquiatría por su relación con Vinchon, Lacan y su paciente Artaud en Rodez, al que estimuló a escribir y dibujar. Consiguió favorecer las actividades artísticas del manicomio, acogiendo a artistas y escritores, fomentando así la creatividad de los internados.

Tras la Segunda Guerra Mundial, el recuerdo del exterminio nazi, donde tantos enfermos mentales y deficientes murieron sólo por esa condición, mueve la conciencia social. Se reivindica la humanización del hospital psiquiátrico y la dignidad del enfermo mental. Su rehabilitación supuso identificar locura con libertad creativa.

En este contexto surge la figura de Dubuffet, que retoma el legado de Prinzhorn, encabezando así el movimiento *Art Brut*. Interesado por el arte marginal, desde 1945 comenzó a reunir obras de este tipo, formando la Colección de *Art Brut*, dibujos,

¹⁸ Arte Degenerado.

pinturas, graffitis, collages, bordados, figuras modeladas, etc., realizadas por personas aisladas de la realidad, ajenas a los medios artísticos profesionales.



Ilustración nº 5. Dubuffet (1961). *La Rue Passagère*.

Una parte importante la constituyen obras de alienados y, el resto, realizaciones de presos, marginales y adultos autodidactas. El aislamiento y la marginalidad les lleva a utilizar materiales de desecho y a reflejar con amalgamas matéricas los problemas psíquicos amenazantes. El *Art Brut* aporta al arteterapia algunas consideraciones como “*la locura portadora de creación o la creación como tratamiento de la locura*” (Klein, 2006, p. 110), pero difiere del arteterapia en que sólo le interesa el producto y no los beneficios de la obra sobre su autor, ni la evolución psicológica favorable, síntoma de pérdida de originalidad en pro de los cánones culturales.

Navratil, psiquiatra y estudioso del arte y sus estilos, seguidor de Prinzhorn como Dubuffet, se sintió estimulado por la empresa de este. Disentía de Dubuffet al considerar la fuerza creadora inherente a la esquizofrenia, como un síntoma de la enfermedad y una tentativa de restaurar la psique. Pero ambos compartían el interés por ver reconocidos los méritos de estos marginados. Formó un grupo de enfermos del psiquiátrico de Gugging, cerca de Viena. Reconoció la calidad de sus trabajos y se propuso que no estuvieran excluidos del panorama artístico. Para elevar el arte psicótico marginal a

la misma dignidad del arte de los artistas profesionales, subrayó las semejanzas entre los pintores manieristas florentinos y sus enfermos. Para sacarlos del anonimato y darles categoría de artistas, los apartó de los congresos de psiquiatría y los introdujo en ambientes propiamente artísticos: galerías de arte y exposiciones temporales. Para Klein (2006), era una actividad artística sometida al mercado del arte más que una terapia. Sin embargo, la idea de Navratil eleva la autoestima de los pacientes, al sentirse capaces de un producto digno de admiración, al sentir el beneplácito del público y al socializarlos, favoreciendo la comunicación interpersonal.

Otros psiquiatras siguen la línea de Prinzhorn: Jean Vinchon y Alfred Bader, en Lausanne, que dio a conocer la obra de tres esquizofrénicos internados: Aloyse, Jean y Jules como creación espontánea en estado puro, libre de todo prejuicio por la enfermedad.



Ilustración n° 6. Jean. Sin título.



Ilustración nº 7. Corbaz, Aloïse (1947). *Sin preocupaciones.*

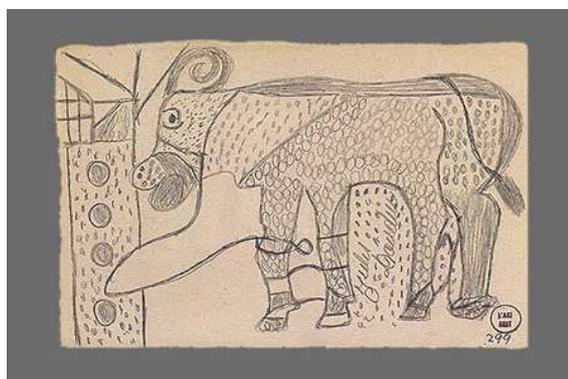


Ilustración nº 8. Doudin, Jules (1927-1937). *La vaca.*

Las actividades artísticas cada vez son más valoradas por los médicos, quienes percatándose de su potencial y de sus cualidades comunicativas, proporcionan materiales de calidad a sus pacientes. El arte de los locos se va convirtiendo en arte psicopatológico al salir de las paredes de los psiquiátricos y perder su aislamiento, estableciendo una interacción disciplinar entre el ámbito artístico y el psiquiátrico cuyas repercusiones encontrarán nuevas vías para mejorar la calidad de vida de los pacientes internos.

La influencia del psicoanálisis y las diversas funciones que fueron adquiriendo las actividades artísticas a lo largo de la historia: transcendencia, ocio, entretenimiento, diagnóstico, catarsis, sublimación, expresión, comunicación, etc., dotarán, finalmente, a las producciones realizadas en entornos psiquiátricos de un rasgo psicoterapéutico que culminará con el nacimiento del Arteterapia en EEUU con Naumburg y en Inglaterra con Hill.

A lo largo de esta exposición, se ha constatado el valor del “*arte de los locos*” en la conformación de la matriz disciplinar del Arteterapia. No menos fundamental fue la evolución experimentada por el arte y la aparición de las vanguardias en dicha conformación y cuyo análisis se realizará en el siguiente apartado.

2.1.2. El Arte Vanguardista y su contribución al Arteterapia

“Me esfuerzo por volver a los instintos que dormían en lo profundo del subconsciente de los que fuimos despojados por la vida superficial, por las convenciones. Sigo considerando las cosas con ojos de niño. (...). Compuse a partir del instinto; apliqué los colores con la única idea que para mí todo lo disculpa: decir lo que sentía”. (Vlamick)

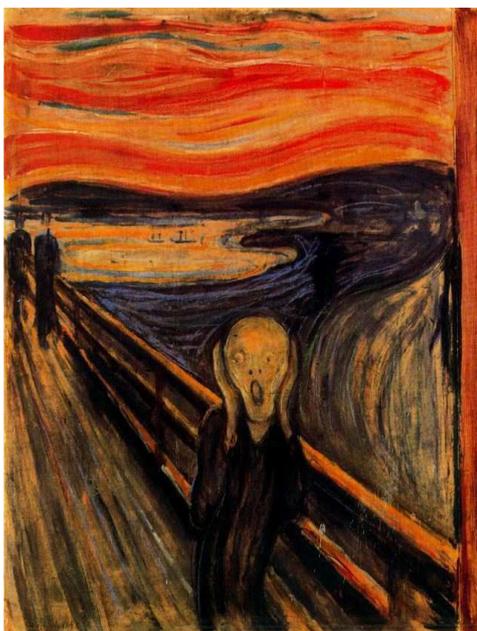
2.1.2.1. El legado expresionista y dadaísta

La ideología vertida por la filosofía romántica comienza a transfigurar los aspectos conceptuales y formales del arte. Los artistas románticos manifiestan su disconformidad hacia el arte academicista, que había imperado como modelo válido desde el Renacimiento, y hacia la sociedad racionalista que lo valoraba. El interés por llegar a representar lo más fielmente posible la realidad externa empieza a desdibujarse, emprendiendo un rumbo introspectivo, marcado por la necesidad de expresar en las obras plásticas preocupaciones, pensamientos, experiencias y emociones, dejando visible las reflexiones de un mundo filtrado por la subjetividad.

Los grandes cambios producidos por los nuevos postulados científicos de Darwin o Einstein, entre otros, y la alienación, generada por el ritmo laboral impuesto, despojan al ser humano de sus creencias espirituales hasta entonces sostenidas por la tradición judeo-cristiana.

Freud deja una esperanza abierta con su teoría sobre el inconsciente. El orden, frente al caos establecido ante tal revolución, puede ser reconstruido mediante un diálogo interior, donde aquellos impulsos y emociones incomprensidos puedan encontrar un lugar de expresión y transformación en armonía con la vida. Los deseos de reintegración antropológica, ya emprendidos por la Ilustración y el Romanticismo, empiezan a culminar con las Vanguardias Artísticas en su exaltación idealista hacia la expresión subjetiva.

Las funciones del arte se ven influenciadas por las revelaciones subjetivas de lo que el artista piensa, siente y experimenta de su contacto con el mundo y la sociedad en la que vive. Ráffols (1970) comenta que se trata de una revolución copernicana a la inversa: el centro del arte deja de ser el mundo exterior para pasar a preocupaciones del mundo interior; abandona el macrocosmos para instalarse en el microcosmos.



Las obras de arte contemporáneo se convierten en un medio proyectivo donde el artista puede mostrar su psiquismo y, al mismo tiempo, convertirse en una vía de escape y alivio.

Ilustración n° 9. Munch (1893). *El grito*.

Desde esta perspectiva, se hace previsible el camino que el arte comienza a emprender hasta convertirse, desde hace apenas medio siglo¹⁹, en un instrumento científico de aplicación terapéutica, gracias al nacimiento del arteterapia.

El papel del artista plástico empieza a tomar otros matices, al intentar fusionar estética y cotidianidad. Arte y vida se integran para ser un instrumento de transformación social. La profunda preocupación por las consecuencias de una realidad en constante ebullición potencia sus compromisos sociales y políticos, a la vez que lucha por liberar la conciencia y el espíritu tanto individual como colectivo. *“La función del arte en la modernidad es dar al espectador una experiencia estética que funcione de terapia liberalizadora, tanto para el artista como para el espectador, de los aspectos insalubres de la sociedad. Intenta apartarse de la imaginería popular, considerada una “contaminación”.* (Efland, Kerry y Stuhr, 1996, p.10).

El artista, no sólo trata de representar lo que ocurre a su alrededor, sino que se implica activamente en conseguir, a través de los medios artísticos, un mundo más justo.

Para los componentes del grupo *Die Brücke*²⁰, la expresión artística es un medio de reacción vehemente contra los valores sociales establecidos por el capitalismo, como ocurre con los fauves y los cubistas. Sin embargo, su trama discursiva va más allá de los estudios y análisis formales basados en la imaginería tribal:

- Desde el enfoque freudiano, el arte se considera un medio que permite dar salida de forma apasionada, incluso violenta, a todo aquello que la sociedad convencionalista intenta reprimir: la libertad, los instintos, los deseos primarios o las regresiones. En general, todas aquellas circunstancias, impuestas socialmente que imposibilitan la autenticidad del ser. Llegar a tener acceso consciente a deseos inconscientes y escondidos.

- Desde el legado filosófico de Nietzsche, el arte se convierte en una nueva religión, donde encontrar la salvación y el consuelo en un mundo desolador.

- Desde las ideas marxistas, en un medio de transformación social donde las jerarquías impuestas queden disueltas, en un afán por cambiar el mundo partiendo del interior de cada individuo, a través de las proyecciones

¹⁹ En países pioneros.

²⁰ El nombre del grupo, que Schmindt-Rottluff toma de un pasaje de Así habló Zaratustra, expresa simbólicamente el viaje del hombre desde su profunda ensoñación producida por una cultura en decadencia hacia un estado de libertad y superación.

psíquicas volcadas en un soporte tangible, como fuente liberadora de todo lo que oprime. Una estética cristalizada en ética y redención.

Los artistas expresionistas de *Die Brücke* fueron los herederos directos de Van Gogh, Ensor y Munch en el uso pictórico como medio proyectivo, en el que poder expresar las emociones surgidas de la compleja relación que establecen con la realidad. Una valiosa alternativa, solución a los conflictos provocados por los cambios sociales, donde la identidad del individuo se empieza a cuestionar cada vez con más insistencia.

Las obras plásticas pasan a ser un poderoso vehículo de lucha que predispone al cambio desde la resistencia a sucumbir en la alienación de la cultura capitalista predominante. El artista comienza a implicarse de forma más activa en la escena sociopolítica del momento a través de su obra, otorgándole no sólo una función meramente catártica a nivel individual, sino también a nivel colectivo.

Los expresionistas alemanes son los primeros en adecuar las teorías de Freud a sus discursos y metodologías artísticas. Utilizan los medios plásticos para reflejar sus estados de ánimo y dejar, a su vez, en libertad toda sensación de represión que impida vivir de forma creativa. Se observan los procesos de catarsis y sublimación, ambos provocados por la acción y el uso expresivo-emocional de este nuevo método artístico, convertidos posteriormente en conceptos fundamentales implícitos en el desarrollo del proceso arteterapéutico.

La técnica heredada de los expresionistas enfatiza el acto creador por encima de cualquier otro modelo, formalmente más depurado. Las desproporciones intencionadas, los trazos violentos, los contornos reforzados, los planos cortantes, los colores tremendamente intensos, empastados y contrastados, forjan una simbología propia de los impulsos y estados mentales del artista. Las pulsiones momentáneas, convertidas en colores, formas y ritmos, permanecen, por primera vez, intactas en el tiempo.

Este hecho abre una vía de expresión de gran potencial terapéutico al permitir la observación tangible y congelada de estados mentales difíciles de manifestar por otros medios. La inmediatez del ejercicio plástico, en el que las energías psíquicas puedan fluir sin cargas impuestas, favorece el diálogo, el análisis y la introspección del artista con su subjetividad.

Los métodos expresionistas dejan la constancia de una forma de comunicación emocional que llegará a convertirse en una herramienta indispensable en los procesos arteterapéuticos.

El grupo expresionista muniqués, *Der Blaue Reiter*²¹, fundado por Kandisky y Marc, aportará, bajo el hilo conductor de la poética antiurbana, nuevas formas de expresar plásticamente el universo interno personal. La búsqueda espiritual, a través de la purificación de los instintos, establece un modo de actuación menos agresivo que el de los miembros de *Die Brücke*.



Ilustración nº 10. Kirchner (1909-20). *Due nudi rosa al lago*.

²¹ El Jinete Azul.

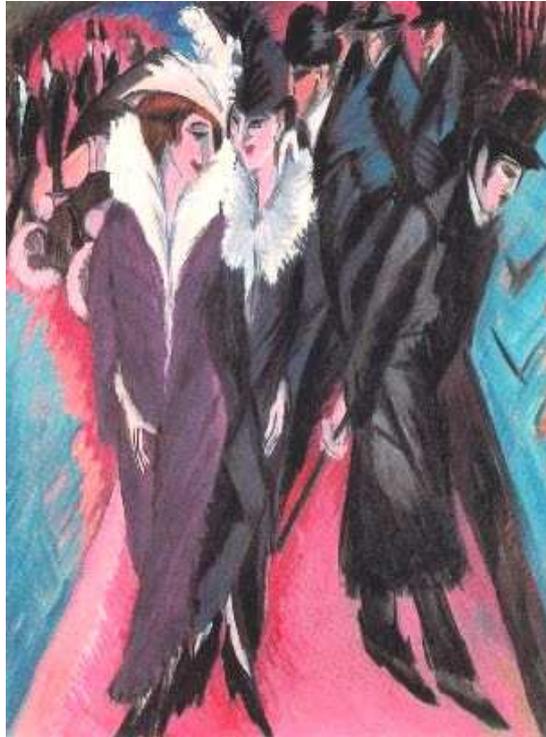


Ilustración nº 11. Kirchner (1913). *Calle de Berlín*.

Kandinsky abre camino a un lenguaje plástico innovador con su obra *Primera acuarela abstracta*²², (1910). A través de los gestos gráficos y las manchas de color, intenta comunicar y expresar mediante la pintura, las emociones captadas de la naturaleza interna o espiritual de las cosas materiales. “*Cuando el pintor intenta retener la imagen aparente con el mínimo posible de prejuicios y reproducirla sin disimulos, tiene que aceptar que las apariencias le dicten su forma y esta forma es informe, irregular y arbitraria*”. (Kandinsky, 1996, p.23).

²² Según Cor Blok, en su obra *Historia del Arte Abstracto (1900-1960)*, la acuarela da la impresión de ser un garabato automático, sin relación con la realidad perceptible.



Ilustración nº 12. Kandinsky (1910). *Primera acuarela abstracta.*

La liberación del color, sujeto hasta entonces al mundo de las apariencias, cobra una mayor autonomía en su significación, creando una conexión más directa con los aspectos místicos de los objetos. Los rasgos formales de las cosas ya no son importantes, sino la libertad de poder expresar pictóricamente los sentimientos más profundos, aquellas emociones vinculadas a la búsqueda de la espiritualidad, más que a arrojar sobre el lienzo estados anímicos como vía de escape y protesta como sucede con los expresionistas de *Die Brücke*. “Este cambio de punto de vista conducirá a su vez a un enriquecimiento aún mayor de los medios de expresión, ya que lo misterioso constituye un poder enorme en el arte. La combinación de lo velado y lo descubierto será una nueva posibilidad de leit-motiv en una composición de formas”. (Kandinsky, op cit. p. 64).

El intento de recuperar, a través del arte, la espiritualidad perdida, como acceso a la pureza verdadera, se convierte en una “*necesidad interior*”²³ que dirige a los artistas de *El Jinete Azul* hacia la depuración sosegada y absoluta de la materia, al encuentro de lo esencial.

Kandinsky desvela una forma de actuación artística diferente. La primacía de la necesidad interior del artista es lo que le mueve hacia la combinación libre y armoniosa de todos los elementos visuales: punto, línea, plano, color, textura, etc. La versatilidad

²³ Término acuñado por Kandinsky que nace y se constituye de tres necesidades místicas: Todo artista ha de expresar: 1. Lo que le es propio, 2. Lo que le es propio de su época, 3. Lo que le es propio al arte en general.

sintáctica de este nuevo lenguaje, guiado por la intuición, da la posibilidad de acercarse al interior del individuo, llegando quizás aún más lejos.

La habilidad de encontrar significados trascendentes a los problemas de la vida, desde la multiplicidad de perspectivas aportadas por las imágenes abstractas, puede llegar ser un aspecto determinante de gran potencial terapéutico. El hecho de poder otorgar a los elementos visuales una carga simbólica amplia enormemente las dimensiones semánticas de la obra plástica, realizada bajo estos parámetros. Puede facilitar la comunicación de pensamientos o sentimientos inefables que estén generando malestar en la persona, por no tener la oportunidad de poder exteriorizarlos. Las formas abstractas suelen ser un punto de referencia que pone en marcha la imaginación, el descubrimiento de nuevas asociaciones o puntos de vista que inciten al diálogo y ayuden al análisis e interpretación de problemas psicológicos.

La autonomía de las formas no sólo supuso, en la historia del arte, la apertura a un universo de posibilidades ilimitadas. También establece vías discursivas muy diversas que continuaron enriqueciendo el panorama creativo contemporáneo.



Ilustración nº 13. Klee (1938). *Insula dulcamara*.

El movimiento dadaísta también deja su huella indeleble. El *Café Voltaire*²⁴ se convierte en un centro de encuentro multicultural, en el que llegaron a confluír profesionales de diversas nacionalidades y modalidades artísticas: músicos, bailarines, cantantes, escritores, poetas, actores, pintores, escultores. Este encuentro propicia un *espacio de juego*, donde la hibridación entre diferentes expresiones artísticas llega a estimular nuevas formas de expresión: *Happening*, *Acciones*, *Perfomances*, etc., todas bajo el influjo del azar, la ironía, el humor, la improvisación. Esta mixtificación dio más amplitud al proceso creativo, al disipar los límites disciplinares en continua retroalimentación expresiva.

Las manifestaciones artísticas del dadaísmo incorporan además materiales nuevos a la vez que desechan los tradicionales (el caballete, inclusión de nuevos formatos y soportes, etc...), impulsados por su política antiarte. Este hecho fomentará la libertad de expresión, la fluencia de imágenes, la flexibilidad y agilidad mental: desde las *Pinturas-esculturas Biomórficas* de Arp, los *Ready-Mades* de Duchamp, los *Objetos de mi Afecto* de Man Ray, los *Asemblages* de objetos encontrados de Schwitters o los *Fotomontajes* de los dadaístas berlineses, Baader, Grosz, Hausmann, Heartfied y Hannah Höch.

Hans Arp incorpora la novedad de trabajar la forma del soporte sin la necesidad de utilizar el caballete clásico, dando lugar a la *Pintura-escultura Biomórfica*. El hecho de trabajar la forma del lienzo o del soporte aumenta las posibilidades no sólo creativas sino también evocativas suscitando, según la perspectiva del espectador innumerables imágenes distintas. Una manera de estimular la imaginación a partir de las formas constituidas.

²⁴ El Café Voltaire, local de carácter bohemio, se constituye por la iniciativa del filósofo, poeta y escritor alemán Hugo Ball, junto a su compañera, la cantante Emmy Hennings; el poeta rumano, Tristan Tzara; los pintores, también rumanos: Marcel Janco y Arthur Segal; Hans Richter, Richard Hülsenbeck, Christian Schad, alemanes; los neerlandeses Otto y Adya van Rees; así como el pintor y escultor alsaciano Hans Arp y su compañera bailarina, Sophie Taeuber.



Ilustración nº 14. Arp (1919). *Las lágrimas de Enak*.

Los *Ready-mades* de Duchamp, al ser objetos descontextualizados de su funcionalidad, impulsan a establecer nuevas redes asociativas de múltiples significados. Los objetos cotidianos se adentran en el ámbito del arte por los significados que el artista o el espectador puedan otorgarles. Ya no es necesaria la construcción manual del artista para trazar múltiples constelaciones semánticas. El proceso de creación plástica deja de centrarse sólo en la construcción de algo físico; las configuraciones mentales, que un objeto físico pueda desentrañar, también entran en juego con su poder metafórico.

El hecho de desplazar un objeto de su ubicación o funcionalidad unívoca da la posibilidad de indagar y reflexionar sobre la propia experiencia, en su mayoría construida por conceptos de funcionalidad muy arraigados y rígidos que no dejan ver otras formas de percibir la realidad. Estas actuaciones ofrecen la posibilidad de observar y vivenciar otras opciones mediante actividades artísticas, que propicien la fluidez, la flexibilidad, la originalidad a través del juego simbólico, la metáfora y la libre asociación de ideas. Todos estos factores son potencialmente terapéuticos cuando se aplican para conseguir que una persona pueda percibir y relacionarse con su entorno desde otros puntos de vista ajenos al suyo.

Los *Objetos de mi afecto* de Man Ray también propician la doble interacción de sacar un objeto de su ubicación habitual e incorporarle cualidades de otros objetos como variante que proporciona un gran potencial evocativo e insólito. Esta modalidad derivará en los objetos surrealistas.

La técnica del *Assemblage*, iniciada por Schwitters y explotada por otros muchos artistas²⁵ a partir de la acumulación de materiales y objetos abandonados por su supuesta inutilidad, tiene un carácter de análoga marginalidad respecto a muchos colectivos que la sociedad desecha y margina de la misma manera.



Ilustración n° 15. Duchamp (1917). *La fuente*.

²⁵ Las *accumulations* de Arman, Junk Art, Funk Art, Pop Art, Arte Póvera e innovaciones como los environments y los happenings han explotado la técnica del Assemblage.



Ilustración n° 16. Ray (1921). *Regalo*.

El *Assemblage*, al igual que el *Collage* o el *Fotomontaje*, son técnicas con un inmenso potencial metafórico tanto fuera como dentro de un contexto clínico. Los paralelismos encontrados entre los procesos terapéuticos y la forma de aplicar estas técnicas y los materiales empleados dejan al descubierto grandes posibilidades en el marco arteterapéutico. Al igual que el artista intenta seleccionar y recomponer fragmentos de objetos abandonados, rastros de lo efímero con una historia implícita, devolviéndoles con su intervención el aura perdida; el arteterapeuta intenta ayudar a recomponer historias, recuerdos, emociones de personas para recuperar su esencia e identidad.

Algunas de las técnicas y materiales aportados por los artistas de vanguardia poseen un gran poder simbólico, lo que favorece la introspección, la reflexión y el diálogo hacia vivencias personales o autobiográficas sin necesidad de utilizar las palabras. Con los *objets trouvés*, reutilizados en la ejecución de nuevas obras plásticas, Schwitters convierte algo caduco y despreciado, destinado al olvido, en objetos únicos, personales, eternos, entramando una amplia red de conceptos diversos.

De forma análoga ocurre en la realización de los *Collages* y los *Fotomontajes*. La experimentación con multitud de materiales tanto pictóricos como extrapictóricos, de colores, texturas, objetos e imágenes que van surgiendo a medida que el autor va cortando,

uniendo, pegando, encajando y solapando las diversas capas matéricas desde el desorden y la disonancia hasta llegar a una unidad de gran riqueza simbólica. Actos a su vez de gran similitud con los procesos arteterapéuticos, donde el paciente va seleccionando y uniendo de forma intuitiva fragmentos de experiencias con el fin de volver a vivenciarlas de nuevo desde una perspectiva más amable, aquella que ofrecen los medios artísticos.

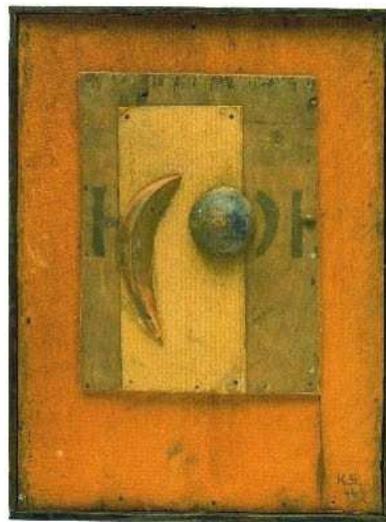


Ilustración nº 17. Schwitters (1944). *Oben Titel (Relief mit Halbmond und Kugel)*.

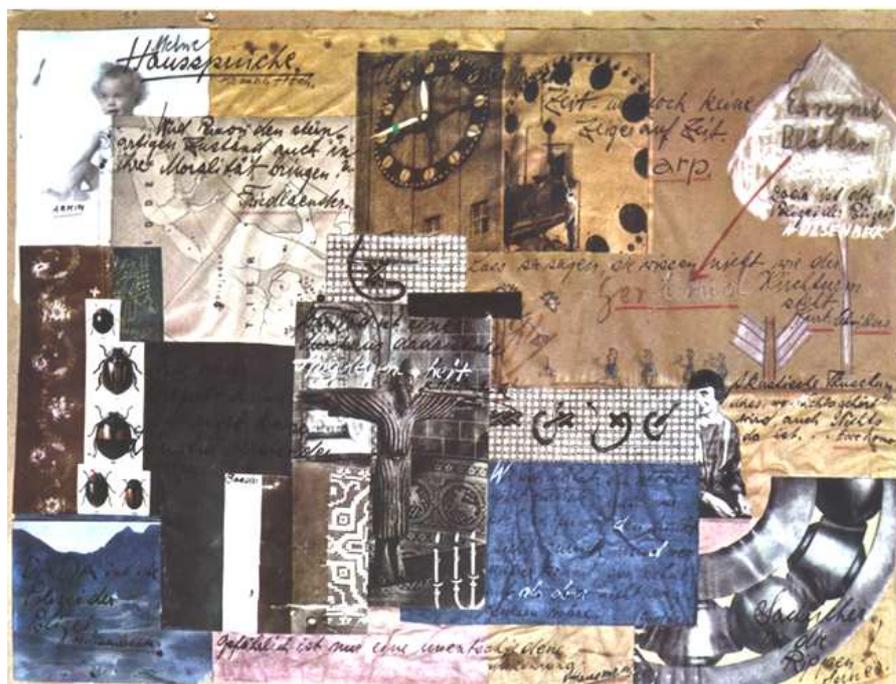


Ilustración nº 18. Höch (1922). *Notas de mi casa*.

Si la postura iconoclasta del dadaísmo se manifestaba a través de lo absurdo, la ironía, etc., el surrealismo, que recoge su herencia, busca un camino más esperanzador y positivo, en un intento de transformar el mundo y liberar al individuo. Su interés por el inconsciente y el psicoanálisis representa esa búsqueda y lo acerca al arteterapia.

2.1.2.2. La aportación del movimiento Surrealista

“La ideología del surrealismo tiende simplemente a la total recuperación de nuestra fuerza psíquica por un medio que consiste en el vertiginoso descenso al interior de nosotros mismos”.
(Breton, 1992)

El surrealismo trata de rescatar los mitos románticos desterrados por la amargura de la Primera Guerra Mundial, en un amago de recomponer la erosionada esencia humana pero, no sólo como alternativa contraria a lo socialmente impuesto, ya defendida anteriormente por Gauguin y los expresionistas, sino más bien como solución definitiva a la eterna crisis existencial arrastrada desde los albores de la modernidad.

Sin embargo, la ideología surrealista no dirigía su mirada hacia la evasión del mundo occidental, en busca de lo genuino, de lo original. Ya no era necesario viajar a países lejanos para descubrir la autenticidad del ser. La solución a los problemas existenciales se encontraba en el interior del hombre, en su inconsciente y era en ese lugar donde había que seguir indagando.

Para alcanzar esta renovación espiritual, que nada tenía que ver con el misticismo kandinskiano, era necesario reconciliar los aspectos dicotómicos de la experiencia vital, encontrar un espacio intermedio entre lo que hasta ahora se había considerado incompatible: razón-emoción, realidad-imaginación, conciencia-inconsciencia, llegar a establecer una visión globalizadora sobre las complejidades de la conducta humana y poder utilizarlas en beneficio propio hacia una mayor comprensión.

Acceder a los estratos más profundos del inconsciente suponía llegar hasta un estado psíquico idóneo, donde las líneas divisorias que enfrentaban lo racional y lo

irracional consiguieran desvanecerse. Esta filosofía es la que aproximó nuevamente a Breton, líder del grupo surrealista y a sus compañeros, hacia las expresiones artísticas de todos aquellos colectivos (los niños, los primitivos, los enfermos mentales, los médiums), que de forma innata eran capaces de transitar sin cortapisas por todas las capas de la psique, muchas veces insondables por los prejuicios sociales o culturales establecidos. El privilegio otorgado a estos colectivos fue la principal ambición que los surrealistas quisieron experimentar para encontrar la verdadera realidad.

Su inmersión comienza a efectuarse a partir de la escritura automática, técnica utilizada en las aplicaciones exploratorias y terapéuticas del psicoanálisis que Breton descubre hacia 1917, cuando realizaba sus prácticas de medicina en el *Hospital Psiquiátrico del II Ejército* en Saint-Dossier. Durante el periodo de guerra, tuvo la oportunidad de efectuar ensayos psicoanalíticos con soldados afectados psicológicamente. Les hacía practicar la confesión catártica mediante un monólogo lo más rápido posible, sin intervención de juicio crítico alguno, semejante a pensar en voz alta. A pesar de sus incursiones en la práctica psicoanalítica, las intenciones de Breton nunca estuvieron próximas a sugerencias de diagnóstico médica, sino simplemente al hecho de investigar formas de acceder al inconsciente con la finalidad de liberarlo.

Posteriormente, decide aplicarse el método a sí mismo, en compañía de su amigo Soupault. Ambos comienzan a “*emborronar papel*” sin importarles el resultado literario. Este trabajo común desemboca en una de las primeras obras del surrealismo, *Los campos magnéticos* (1919), donde trabajan el automatismo psíquico con la introducción de otras técnicas como la hipnosis, a partir de las nociones tomadas de la psiquiatría francesa y de la literatura pseudo-científica²⁶ de carácter esotérico.

Los estados de duermevela, la hipnosis, la narración de los sueños, la imaginación, las drogas, el trance, el automatismo, cualquier condición que trajera a la conciencia algún mensaje o información procedente de las zonas más recónditas del inconsciente era el principal medio de inspiración de las propuestas artísticas surrealistas.

“Siempre que se pretenda no ya construir obras de arte, sino iluminar la parte no revelada, y, sin embargo revelable de nuestro ser en la que brilla de manera intensa toda belleza, todo amor, toda la virtud de que somos capaces”. (Breton, 1992, p. 208)

El hecho de substraerse al control del pensamiento, voluntad y sensibilidad conscientes para que el inconsciente con toda su carga de sueños, pulsiones, represiones,

²⁶ Como la obra de Pierre Janet y de Hector Durville muy populares entre los círculos esotéricos parisinos.

deje al descubierto lo más oculto y oscuro del alma humana, determinará la aparición de imágenes absurdas, extrañas, de violencia y erotismo extremos. “Breton remarca que la *superrealidad incluye a la realidad, y entiende la actividad surrealista menos como un inventar e imaginar, que como un hallar, suscitar y descubrir, que ha de escapar a los disimulos morales y a la transformación estética*”. (Hofmann, 1992, p.340).

La doctrina toma consistencia a partir de la publicación del *Primer Manifiesto*, en 1924, donde Breton define el Surrealismo²⁷ como: “*Automatismo psíquico puro por cuyo medio se intenta expresar, verbalmente, por escrito o de cualquier otro modo, el funcionamiento real del pensamiento. Es un dictado del pensamiento, sin la intervención reguladora de la razón, ajeno a toda preocupación estética o moral*”. (Breton, op.cit., p.44). Afirma que todo medio es bueno para dar la espontaneidad a ciertas asociaciones.

El automatismo y todas las exploraciones que emergieron, a partir de su práctica, sirvieron como estímulo a la imaginación, a lo intuitivo y a la visualización de imágenes para su posterior tratamiento creativo desde cualquier medio artístico.

Muchos de los procedimientos artísticos empleados por el Surrealismo fueron apropiaciones del Dadaísmo, como el *collage*, el *fotomontaje*, el *objet trouvé* y la descontextualización de los objetos, aunque con líneas discursivas diferentes.

La dialéctica del automatismo predispuso a los artistas surrealistas a la experimentación creativa con una serie de técnicas gráfico-plásticas para la exteriorización de imágenes basadas en el poder sugestivo de las formas, las texturas y colores, con el fin de desvelar lo maravilloso que habita en las relaciones habituales con la realidad y hacerla más comprensible en su globalidad. Entre las más utilizadas se encuentra el *automatismo gestual y rítmico*. La técnica consiste en “dejarse llevar” por el movimiento aleatorio del pincel o del material gráfico-plástico elegido sobre el soporte sin una intención predeterminada. De esta manera, van surgiendo imágenes espontáneas en las que los trazos, manchas, signos y grafismos se convierten en los principales elementos visuales, similares a la *Abstracción Lírica* por el rastro psicomotriz de la mano en plena libertad.

Masson, además, incorpora variaciones con sus composiciones automáticas de arena, procedimiento similar al que Leonardo Da Vinci recomienda en su *Tratado de pintura* (1651), al artista que busque inspiración: “(...) *vaya a un muro manchado, con manchas*

²⁷ Término acuñado por Apollinaire, en 1917. Aparece en el programa de mano que escribió para el musical Parade.

irregulares, ante un muro viejo y se entregue abí a la contemplación de todas las formas habidas y por haber de paisajes, de figuras, de caballeros, de doncellas”. (Solana, 2002, p.16).



Ilustración nº 19. Masson (1927). *Los caballos muertos.*

Otras técnicas surrealistas, fruto de las múltiples experimentaciones en busca de imágenes inesperadas son: el *Frottage* o *Rasgado*, integrado por Ernst; el *Grattage* o *Rascado*, creación del pintor catalán Francés; la *Decalcomanía*, de Domínguez; el *Cadáver Exquisito*, juego grupal inventado en el piso de la Rue de Chateau, 54, París, habitado por Duhamel, Prévert y Tanguy; *el Fumage* de Paalen.

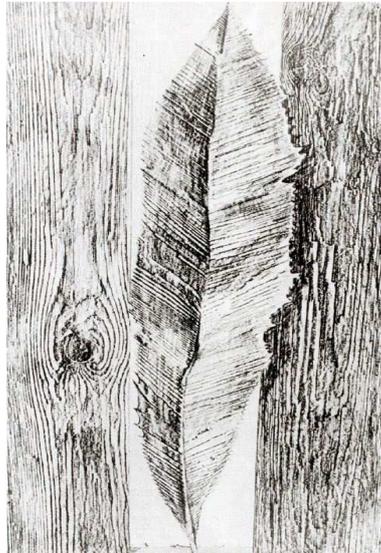


Ilustración nº 20. .Ernst (1925). *La conducta de las hojas*.

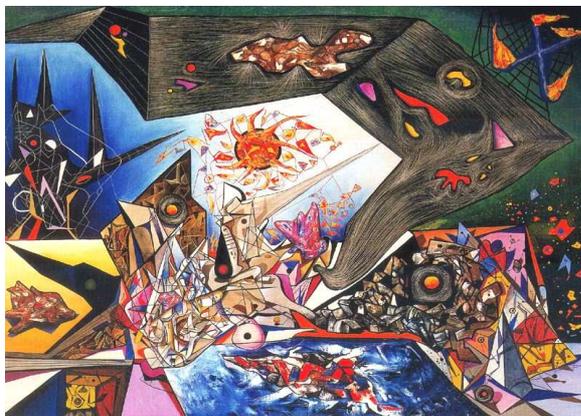


Ilustración nº 21. Francés (1943).Sin título.



Ilustración nº 22. Domínguez (1936).*Grisou*.

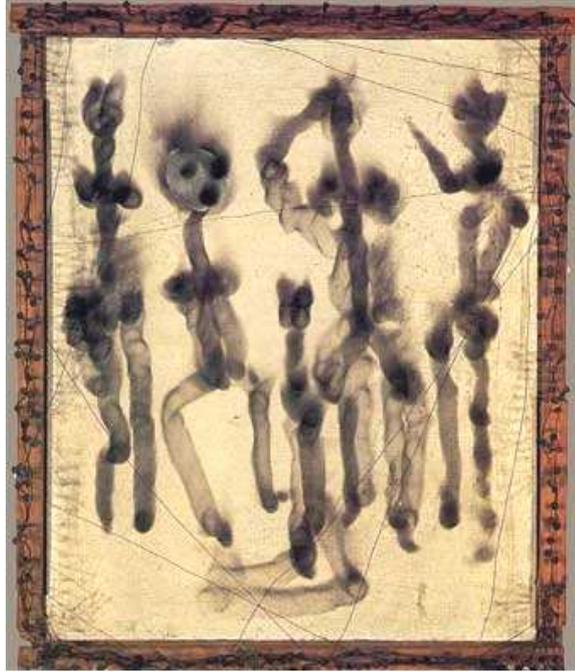


Ilustración n° 23. Paalen (1937) .*Fumage*.

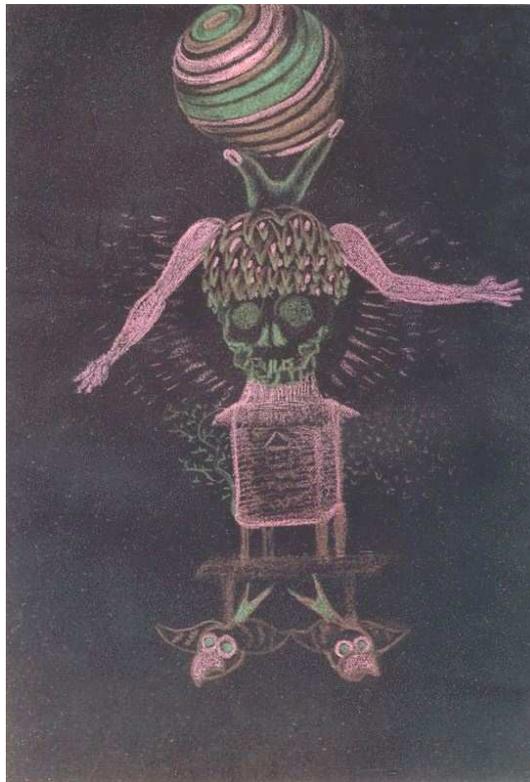


Ilustración n° 24. Dalí (1934). Cadáver exquisito.

El *automatismo simbólico*, practicado por Dalí, Magritte, Delvaux, Domínguez y Ernst, recurre a la objetividad con un falso verismo, pues intenta fijar en el lienzo imágenes oníricas, previamente formuladas en la mente. Son integraciones reflexivas de lo absurdo, lo casual, lo alucinatorio, lo inquietante y enigmático del modelo interior. Los llamados *Dépaysement*, desarraigan los objetos de su contexto familiar y los trasladan a escenarios extraños donde el nuevo hábitat llegue a sorprender al observador. Los significados cotidianos se pierden en la aglutinación arbitraria de elementos disonantes del mismo modo que ocurre en los sueños. Se trata nuevamente de potenciar la imaginación del espectador de manera que pueda ampliar su campo de visión con nuevas relaciones. Es una invitación a abandonar lo habitual.

Con esta tipología de imágenes se supera no sólo el sistema lógico del lenguaje sino también del simbólico, ya que la imagen no es la representación del objeto, supone una asociación de significados que nada tiene que ver con el sistema de relaciones del mundo exterior. En pintura, este mismo proceso pondrá fin al uso de símbolos inteligibles. “(...) *La mayor ambigüedad y polivalencia semántica de la imagen visual, al perder su sentido único, exigirá una participación mayor del espectador, convirtiendo así la pintura surrealista en una auténtica “obra abierta”. Este será un rasgo fundamental del surrealismo*”. (García de Carpi, 1986, pp.35-36).

De esta manera, la contribución más destacable del movimiento surrealista se centra en esta búsqueda por liberar el inconsciente con ayuda del automatismo, con el fin de encontrar respuestas existenciales, lo que a su vez abrió un extenso campo experimental alternativo, tanto desde el ámbito literario como desde el ámbito artístico. La filosofía surrealista expone que la actividad artística, ya no es exclusiva de unos pocos elegidos, sino un patrimonio común, ya que todos los hombres poseen una carga de imágenes, procedentes del inconsciente individual y colectivo. Sólo es preciso recurrir a las técnicas automáticas, al relato de los sueños y a la libre asociación, al alcance de todos para llegar a la auténtica transformación integral. El inconsciente se convierte así en un espacio común que supera la distinción entre artista y no artista puesto que todas las personas lo tienen y puede ser explorado sin distinciones. (Rubio, 1994).

El legado vanguardista, en general, nos deja gran diversidad de técnicas plástico-visuales, de escasa dificultad técnica, concebidas a partir de las investigaciones realizadas sobre aquellos estilos no aceptados académicamente por el arte occidental, (arte primitivo, arte infantil y arte de los enfermos mentales, etc.), en una búsqueda introspectiva hacia el encuentro del ser auténtico y espontáneo. Para conseguir sus propósitos experimentarán con nuevos procedimientos que logren evitar cualquier

obstáculo racional a la hora de estimular la imaginación y conseguir la libre expresión hasta llegar al verdadero potencial creativo sin inhibiciones.

Este modus operandi será posteriormente reutilizado en la aplicación de las técnicas visuales y plásticas aplicadas en arteterapia, donde de forma análoga, se intentará que la persona deje a un lado todos los estereotipos y bloqueos que impiden la expresión y comunicación, para llegar a involucrarse en el proceso de creación plástica, aquel que le va a conectar con sus conflictos y problemas.

Los dadaístas y especialmente los surrealistas demostraron que para crear objetos visuales o plásticos sólo es necesario creer en la capacidad creativa que todo individuo posee y así poder expresar cualquier contenido interno, a través de la intuición, el azar y la imaginación. Una acción convertida en autoexploración y autoobservación, gracias a la manipulación que los medios artísticos ofrecen.

El beneficio que supone descubrir el propio potencial creativo dará lugar a nuevas metodologías artísticas que afectarán directamente en la aparición del arteterapia. *“La actividad artística puede inspirar y revitalizar a la persona media necesitada de ayuda mental por medios que habían sido considerados privilegio de los artistas.”* (Arheim, 1989, p.247). Este hecho a su vez amplía los recursos del arteterapeuta a la hora de poder acceder al interior del paciente.

Las vanguardias, en definitiva, enriquecen el horizonte creativo indispensable en la práctica arteterapéutica. Sus averiguaciones ofrecen la posibilidad de poder explorar, experimentar, indagar en lo desconocido, jugar, modificar, alterar, improvisar, transformar ideas, tomar decisiones, obtener puntos de vista diversos a partir de todos los procedimientos aportados. Sus recursos plásticos han sido de gran valor en la aparición y desarrollo de la aplicación arteterapéutica.

El arteterapia se apoya en la creencia de que todos los individuos tienen la capacidad de expresarse creativamente y que el producto es menos importante que la implicación en el proceso creativo. La intención del arteterapeuta no está específicamente en los méritos estéticos de la tarea artística sino en las necesidades terapéuticas que la persona exprese. Lo más importante es que la persona se involucre en el trabajo, eligiendo y facilitando las actividades artísticas que sean de ayuda a la persona, ayudándola a encontrar significados en el proceso creativo, y facilitando el compartir la experiencia de realizar imágenes con el terapeuta. (Malchiodi, 2003, p.1).

El análisis realizado sobre el arte contemporáneo, además de corroborar las posibilidades que ofrece al arteterapia, permite también establecer un paralelismo entre su devenir y el de la educación artística como se comprobará a continuación.

2.1.3. Influencia de la Educación Artística

“Para mí, y confío que para muchos otros, una obra de arte es, por el contrario, una personalidad, un individuo (...). Así pues, ya no es cuestión de agradar o no agradar; es cuestión de ser uno mismo, a pecho descubierto (...), abandonarse valerosamente a su propia naturaleza y no pretender negarla”. (Zola)

2.1.3.1. Del Idealismo Romántico a la Pedagogía Progresista

Otro de los agentes que han influido en la aplicación del arte como terapia procede del contexto de la educación artística. Su evolución comparte semejanzas con el devenir del arte. Los cambios científicos y tecnológicos, el nacimiento de los nacionalismos, la revolución industrial y la filosofía romántica transforman de manera radical una sociedad que comienza a demandar una educación, no sólo para las clases privilegiadas sino para todos los ciudadanos.

La expansión industrial de principios de siglo XIX precisaba un grado de alfabetización que consiguiera capacitar a los trabajadores de una serie de competencias, necesarias para poder ejercer eficazmente sus funciones profesionales. Saber leer, escribir y conocer ciertos aspectos de las artes como el dibujo, se convierten en factores importantes para el progreso.

La enseñanza comienza a ser de carácter público y en los currículos se incluye el dibujo como materia obligatoria. La enseñanza artística deja de ir dirigida exclusivamente a artistas y artesanos, extendiéndose a toda la población.

Además de la utilidad que el dibujo empieza a suponer en el sector industrial, la corriente moralista de la época ensalzaba la influencia que el arte podía llegar a aportar

en una sociedad en la que el alcoholismo, la prostitución y la delincuencia habían aumentado considerablemente. La creencia sustentada en relación con la ignorancia y la bajeza moral, como fuentes promotoras de la criminalidad, convierte la instauración de la educación pública en un posible remedio contra los problemas sociales. El papel de las artes en los planes de estudios adquirió un rango privilegiado al ser capaz de elevar la ética del individuo, a la vez de desarrollar la percepción, las facultades intelectuales y la sensibilidad.

Los principios pedagógicos impulsados por Rousseau, en los que la labor educativa era fundamental para conseguir que el ser humano, bueno por naturaleza, no acabase degradado por su entorno social, fueron los cimientos de una pedagogía idealista. La educación no debía ser impuesta al niño sino estar adaptada a sus necesidades para obtener un desarrollo sano y fructífero. *“Se inicia una concepción de la educación en la que es fundamental el respeto a las necesidades del alumnado y la subjetividad, el conocimiento activo, la no imposición de modelos, el desarrollo natural y la experimentación (...)”*. (Marín Viadel, 2003, p. 193).

Pestalozzi fue de los primeros pedagogos en poner en práctica las ideas de Rousseau a través del dibujo libre como aprendizaje intuitivo. Trató de aplicar métodos educativos que desarrollasen el potencial innato de los niños. Descartó la copia de láminas para trabajar las facultades artísticas a partir de la naturaleza y de la libertad expresiva. En su obra, *El canto del cisne* (1826), manifiesta la importancia de la plena libertad de expresión gráfica hasta que el niño sienta la necesidad de un guía. La no intervención del adulto y la educación enfocada hacia la observación, la experimentación e investigación con materiales donde la actuación constante estimulase el aprendizaje natural, contrastaba con la educación industrial del momento donde los trabajos manuales estaban dirigidos hacia un fin utilitario concreto.

Fröebel sigue la pedagogía de Pestalozzi, mezclada con el idealismo romántico imperante y la ideología de Kant sobre la mente como proceso activo y autónomo. Su innovación educativa más destacada fue la creación del Jardín de Infancia (*Kindergarten*), su currículo otorga gran importancia a las actividades artísticas basadas en el juego. Observa el gran entusiasmo que los niños muestran hacia las actividades lúdicas. En ellas manifiestan sus intereses y afectos de forma espontánea, por lo que resulta una técnica ideal en los procesos de aprendizaje. Para Fröebel, el juego, a través de las actividades artísticas, supone una forma de expresión personal y de autoconocimiento. Es capaz de mostrar la representación activa de la vida interior del individuo, desarrollar sus capacidades mentales y revelar sus vidas futuras. (Edfland, 2002). *“El juego es el producto más*

puro y espiritual del hombre, al mismo tiempo que el modelo y la imagen de la vida humana entera, de la íntima y secreta vida natural del hombre y de todas las cosas. Por eso genera júbilo, libertad y satisfacción, reposo en sí y fuera de sí, paz con el universo. En él residen y de él brotan las fuentes de todo bien". (Fröebel citado en Abbagnano y Visalberghi, 1964, p.484).

Las actividades organizadas en los "Regalos y Deberes"²⁸, se convierten en un variado conjunto de ejercicios artísticos con materiales diversos destinados a estimular el desarrollo de la mente y encauzar la creatividad del niño. La educación artística va, poco a poco, despojándose de los clásicos ejercicios de dibujo improductivos para dar paso a una amplia gama de experiencias donde la combinación de las actividades artísticas autónomas y la imaginación motivada por el juego marcarán un rumbo hasta entonces diferente. "Fröebel entendió el dibujo y la actividad artística como una descripción del interior del individuo, de modo que lo que debía hacer el niño era representar su interioridad mediante colores y formas". (Barragán, 1997, p.193).

La línea de trabajo de Fröebel sobre los estímulos sensoriales provocados por la experiencia estética y su insistencia en el carácter psicológico de toda experiencia plástica empiezan a trazar las bases hacia una corriente pedagógica progresista, la cual conseguirá cambiar el rumbo de la educación artística tradicional y ampliar sus dimensiones, hasta conseguir el primer paso hacia el nacimiento del arteterapia.



Ilustración nº 25. Regalos y Deberes de Fröebel.

²⁸ Fröebel trabajó con los "Regalos y Deberes", entre 1835 y 1850.

De manera simultánea, otros acontecimientos contribuyeron a ampliar las dimensiones de la educación artística. El enfoque evolucionista de las teorías de Darwin comienza a influir en el ámbito psicológico y pedagógico. Su obra, *El origen de las especies* (1859), sirvió como referente a muchos psicólogos, entre otros: Balwin (1897), Prever (1881) y Stanley Hall (1883), los cuales comienzan a difundir sus investigaciones centradas en las fases de desarrollo por las que cualquier persona pasa en el transcurso de su crecimiento mental, emocional, físico y social.

La teoría psiconómica de Stanley Hall, sobre el desarrollo infantil, especifica que la mente del niño es cualitativamente distinta a la del adulto. El autor establece con su teoría un paralelismo entre las fases evolutivas del niño y los estadios que atravesó la humanidad hasta llegar al ser civilizado, afirmando así que las culturas más evolucionadas son las más civilizadas.

Por lo tanto, la observación científica del crecimiento infantil se convierte a partir de entonces para muchos autores en una herramienta clave para descubrir y potenciar la evolución del ser humano y su perfeccionamiento.

Los educadores Spencer y James sostienen la importancia de satisfacer las necesidades de los niños a través de actividades plásticas, como medios para potenciar la evolución humana. Ambos llegaron a la conclusión sobre la importancia de las actividades plásticas para desarrollar las capacidades mentales del individuo desde su infancia, para poder adaptarse mejor al entorno y perfeccionar sus perspectivas de supervivencia. (Eisner, 1995).

De esta manera, la finalidad de la enseñanza artística escolar ya no era exclusivamente tratar de conseguir dibujos técnicamente buenos sino dejar que los niños experimenten con el entorno, estimular la imaginación y despertar sus deseos de expresión a través de la experiencia estética.

Efland (2002) reconoce que, durante la primera etapa de la enseñanza del dibujo, los objetivos pedagógicos se centraban en lograr el mayor desarrollo de habilidades en beneficio de la industrialización. Sin embargo, el establecimiento de la psicología a principios del siglo XX, cambió las prioridades del estudio de los dibujos infantiles que empiezan a ser utilizados como herramientas de observación para entender el funcionamiento mental de los niños.

La enseñanza obligatoria había provocado una gran diversidad de alumnado y, por lo tanto, la necesidad de conseguir un mayor rendimiento intelectual ante tal

heterogeneidad. La labor de investigación desarrollada en torno a la evolución del niño²⁹ se hace cada vez más inminente dentro del entorno escolar.

Esta realidad produce un gran impulso en el campo científico de la psicología. En primer lugar, surgen autores: Ruskin (1857), Cooke (1885), Ricci (1887), Sully (1895), Barnes (1902), Levinstain (1905), Kerchensteiner (1905), Stern (1910), Rouma (1912), Luquet (1913), Rouma (1913), Mathias (1924) etc., que empiezan a coleccionar dibujos infantiles y a realizar los primeros estudios empíricos, movidos por el interés que despertaba la evolución del dibujo como manifestación del desarrollo de la mente infantil. El resultado de la mayoría de las investigaciones refleja que los dibujos de los niños pasan por diferentes estadios evolutivos de acuerdo con su madurez mental.

²⁹ A finales de siglo XIX, el incremento de asociaciones, publicaciones e investigaciones relacionadas con la infancia se hacen más que patentes. En 1893, Stanley Hall crea la *Asociación Nacional para el Estudio de los Niños*, James Sully establece la *Asociación Británica para el Estudio del niño* (1894). En 1896, se forma la *Sociedad Polaca para el Estudio del Niño*; en 1897, se abre el gabinete de antropología pedagógica en Anvers, (Italia); en Berlín el *Instituto de psicología infantil* y la *Sociedad Libre para el estudio psicológico del niño* que será estimulada más tarde por Alfred Binet.

Ilustración nº 26. Etapas evolutivas del arte infantil según Lowenfeld.

2 años



3 años



4 años



7 años



9 años



14 años



Piaget y Vigotsky incidirán en estos aspectos con sus teorías sobre el desarrollo cognitivo del niño, concluyentes en la elaboración de nuevos currículos de educación artística, más centrados en el conocimiento profundo del alumnado y en acciones didácticas que consigan fomentar sus cualidades personales.

El enfoque evolucionista, aunque desde una perspectiva reduccionista por tratar las producciones gráficas sólo como signos de desarrollo intelectual individual (Barragán, 1997), ayudó a descubrir nuevos métodos didácticos adaptados a los niveles de maduración intelectual de cada individuo.

La nueva mirada hacia el dibujo infantil como método para desarrollar las capacidades innatas del niño, junto a la aplicación experimental en los escolares de los test psicométricos de Binet y Simon (1905), dieron lugar a la creación de nuevas técnicas psicométricas basadas en la expresión gráfica. Las pruebas de Goodenough (1926), Fay (1934), Prudhommeau (1947), etc., analizan ciertos detalles de los dibujos creados que son traducidos a ítems para determinar el nivel de inteligencia de sus autores. Posteriormente, estos métodos darán paso a los test proyectivos donde los grafismos infantiles no se emplearán solamente para conocer el nivel intelectual, sino también otros aspectos importantes de la persona como el desarrollo emocional o social.

La expresión plástica infantil comienza a ser considerada entre los expertos un documento vivo de gran riqueza científica, al dar a conocer de manera simultánea información sobre el estado cognitivo, físico, afectivo, social y senso-perceptivo del individuo, desde una gran pluralidad disciplinar.

Como se expuso con anterioridad, las primeras vanguardias artísticas también elogiaron el valor creativo de las producciones infantiles. Numerosos escritos de Gauguin, Matisse, Picasso, Vlaminck, Kandinsky y muchos otros, dejan constancia de ello.

En las escuelas, la palabra dibujo empieza a sustituirse por la de arte y, en 1899, Dow organiza una de las primeras exposiciones infantiles en E.E.U.U. Dos años más tarde, sucede lo mismo en Berlín de la mano de Kerchensteiner, bajo el lema *“El arte en la vida del niño”*.

La atención sobre los dibujos infantiles estrecha la relación entre artistas, maestros y psicólogos, a medida que los científicos evidenciaban el enorme potencial que la expresión plástica suponía en la educación integral del ser humano.

La influencia de los artistas de vanguardia, los estudios sobre el arte infantil, el auge de la psicología como disciplina y sus aplicaciones tanto en el aprendizaje como en la evaluación de la inteligencia, amplían considerablemente el concepto de educación artística. Enseñar a dibujar deja de ser su único objetivo.

La riqueza descubierta en las obras plásticas de los niños generará una interacción disciplinar entre el arte, la psicología y la educación artística cuyos resultados darán paso al origen de una disciplina nueva, el arteterapia, que mantendrá vigente hasta la actualidad el interés científico por la expresión plástica no sólo de los niños sino de cualquier persona, con independencia de su edad.

Los movimientos de renovación pedagógica de principios de siglo XX aparecen como reacción antiacadémica ante los métodos de enseñanza tradicionales. Sus metodologías de carácter progresista llegaron a instaurarse en las denominadas *Escuelas Nuevas*, en las que se seguía impartiendo una educación artística basada, en gran parte, en las enseñanzas de Fröbel y sus seguidores.

Las *Escuelas Nuevas* eran laboratorios. El aprendizaje solía ser eminentemente práctico, haciendo especial hincapié en la observación y la experimentación activa con la naturaleza. Se rechazaban los métodos memorísticos, sustituidos por la puesta en marcha de experiencias reales relacionadas con la vida social de la comunidad. Se prestaba atención a los intereses del alumnado, a su autoeducación y coeducación en libertad; y la figura del maestro pasa a tener un rol de orientador.

La pedagogía progresista dio mucha importancia al dibujo y a todas aquellas actividades donde el niño pudiese expresar su individualidad mediante el arte y la creatividad. El arte y sus relaciones con el juego se concebían como herramientas para explorar la imaginación y ofrecer al niño modos de comunicación diferentes a los verbales. La educación artística era una forma de brindar a los alumnos oportunidades para la autoexpresión creativa.

El arte no se enseñaba, se experimentaba con el fin de desarrollar el potencial creativo del niño. Para hacer factible este objetivo, el profesor tenía que proporcionar un entorno adecuado, estimulante, con aquellos medios artísticos necesarios para captar el interés del niño. A través de las actividades artísticas se incentivaba la creatividad que servía al alumnado como recurso en el aprendizaje de otras áreas.

Los ejes de su proyecto son democratizar el acceso a la cultura y extender la educación, así como promover la atención al sujeto como protagonista de una acción educativa en libertad. No es de extrañar por ello, que dedicara una especial atención a la educación artística en sus programas, dado que esta área, suficientemente desmembrada todavía en el ámbito escolar, se adaptaba mejor que cualquiera a una visión educativa que primaba la lírica, sobre la épica, el ingenio y la imaginación frente a la razón o el crecimiento moral frente al conocimiento objetual. (Aguirre, 2005, p. 244).

Muchos educadores y pedagogos extendieron la filosofía progresista con la creación de escuelas nuevas por toda Europa y EEUU.

Tolstoi reivindica en su escuela de Yásnaia Polaina la *pedagogía libertaria* con el principio de la *no intervención*, eliminando toda voluntad coercitiva por parte del adulto. La educación artística es una necesidad vital para todo ser humano, encaminada hacia la expresión de sus sentimientos sin tener obligatoriamente una función concreta. “*Todos podrán ser artistas porque en vez de nuestras escuelas profesionales todo el mundo podrá aprender en la escuela primaria música y dibujo, de modo que todos los que se sientan con disposición para un arte puedan practicarlo y expresar sus sentimientos*”. (Tolstoi, citado en Larroyo, 1982, p.160).

Parker y Dewey imparten su *pedagogía activista*, legada del darwinismo social, en las llamadas *Escuelas Laboratorio* de Chicago. Ambos autores resaltan la conducta activa del educando, a partir de la actividad que surge desde su interior y que sólo puede ser sugerida sin ser impuesta por el maestro.

Para Parker, la educación es un proceso vivo que debe permitir al hombre reaccionar adecuadamente ante las más diversas circunstancias. Las posibles reacciones están vinculadas a la vida instintiva como el amor, el odio, el miedo, la curiosidad, etc., y también a hábitos manuales, intelectuales y emocionales que van orientando la vida del individuo hasta obtener recursos eficaces en un mundo siempre cambiante. (Larroyo, 1982). Por esta razón, Parker otorgó una gran importancia a las actividades de carácter artístico. Ofrecía al niño gran diversidad de medios de expresión: pintura, modelado y materiales variados, con el fin de estimular su imaginación.

Dewey simpatiza con los métodos de Parker. Las actividades artísticas y su función se relacionan con el modo de proceder de la actividad mental. Suministraba materiales brutos (arcilla, lana, algodón, madera, paja, etc.) y los niños proyectaban con ellos ideas sobre sus impresiones con ciertos resultados obtenidos al azar. La observación

de los trabajos realizados producía una actividad intelectual que daba paso a la indagación constante. *“Desde la primera manifestación de un impulso que incita al niño a dibujar hasta las creaciones de Rembrandt, el individuo se crea en la creación de los objetos, creación que exige una adaptación activa a un material externo y que implica una modificación del individuo cuyo fin es utilizar, y por tanto, superar las necesidades externas, incorporándolas a una visión y expresión individuales”*. (Dewey, citado en Marín Viadel, 2003, p.199).

Para Dewey, los aspectos artísticos, científicos y técnicos, estaban íntimamente fundidos entre sí. Por tanto, las actividades artísticas conseguían desarrollar las potencialidades de sus alumnos en un sentido tanto activo como social.

Montessori, en *Case dei bambini*, (1907), instaura su pedagogía científica, donde la manipulación de un nutrido conjunto de materiales didácticos (cubos, prismas, listones, cajas, ovillos de colores, etc.) era destinada al cultivo de los sentidos como base fundamental para el desarrollo cognitivo. La maestra reducía sus intervenciones al máximo. Cuando los niños no conseguían realizar algún ejercicio solía invitarlos a cambiar de material. Muchos de los trabajos se realizaban en grupo, con los ojos cerrados o con la clase en absoluto silencio, para poder sentir y escuchar las percepciones táctiles de objetos manipulados. Montessori consideraba el espacio de la clase como un lugar que debía propiciar al niño un ambiente libre de obstáculos y con los recursos apropiados para poder llevar a cabo sus actividades. *“(..) el verdadero maestro de dibujo es la vida interior, que se desarrolla por sí misma, alcanza refinamiento y busca irresistiblemente nacer a la existencia externa en alguna forma empírica”*. (Montessori, citado en Read, 1982, p.127).

La influencia de los autores citados y de muchos otros: Decroly, Cousinet, Reddie, etc., dará lugar a la renovación pedagógica definitiva. El concepto de educación artística se bifurca en varias direcciones:

Por un lado, continuará la enseñanza artística basada en los procedimientos tradicionales de observación y copia de modelos, donde el dominio de las diversas técnicas artísticas seguirá siendo el eje vertebral.

Por otro, desde la perspectiva opuesta, se empieza a impartir otra modalidad de enseñanza artística concebida desde la expresión libre y emocional del individuo, sin la intervención de modelos, ni instrucciones previas, sólo aquellas adquiridas de forma autónoma por la experimentación con las técnicas y materiales artísticos. *“Un estilo educativo opuesto al anterior, que no cree en que la función principal de la educación artística consista en la transmisión de normas y conocimientos, subordinando la adquisición de saberes y destrezas a la experiencia individual del sujeto creador”*. (Aguirre, 2005, p.219).

Esta nueva corriente de la didáctica artística consigue aunar la ideología progresista con los nuevos discursos conceptuales y técnicos promulgados por los artistas contemporáneos. Este hecho supuso la institucionalización y aplicación de las nuevas teorías y metodologías de los artistas de vanguardia en la escuela. La integración del arte en la experiencia cotidiana como vía de desarrollo de las potencialidades de la persona y de su transformación, tanto a nivel individual como colectivo, consigue la revalorización de la expresión plástica infantil, considerada una de las demostraciones tangibles del poder creativo y expresivo que contiene cada individuo para llevar a cabo la restauración de su identidad perdida.

La estela de ambas revoluciones, (pedagógica y artística), dio lugar al nacimiento de nuevas orientaciones dentro del ámbito disciplinar de la educación artística, entre ellas la *Corriente Expresiva*, que no sólo volverá a cuestionar los objetivos y metodologías de la enseñanza artística sino que creará un entorno propicio entre los profesores de plástica para la aparición y la expansión profesional del arteterapia.

2.1.3.2. La Corriente Expresiva y su trascendencia en Arteterapia

La creencia utópica perseguida por los artistas de vanguardia respecto a la emancipación de la humanidad a través de un arte autónomo, libre de imposiciones externas, se ve cristalizada en los objetivos didácticos de la *Corriente Expresionista*, ya emprendida por los movimientos progresistas de índole rousseauiana.

La filosofía central de esta tendencia acentúa la consideración de la educación artística como un instrumento óptimo para el cultivo emocional del alumnado y el desarrollo de sus facultades creadoras innatas, mediante la realización de actividades plásticas de carácter libre, en las que el alumno elige de forma autónoma el material, el tema, la técnica, etc., sin unas pautas impuestas por el profesor que tradicionalmente suele perseguir unos conocimientos artísticos concretos. “(...) buscaba trascender el conocimiento del arte en beneficio del crecimiento personal, moral o social. Un canto a la libertad humana que vio en la educación artística la manera de reificarse, de reconstruir al ser humano desintegrado y hacer posible la utopía”. (Aguirre, 2005, p.219).

Desde esta perspectiva, se revaloriza la forma natural que tienen los niños de utilizar los medios plásticos para comunicar sus propios pensamientos, sentimientos o

emociones. La autoexpresión, por lo tanto, no puede ser enseñada, ya que cualquier imposición normativa, además de frustrar la verdadera expresión del yo, puede causar en la persona inhibiciones o bloqueos. El hecho de proporcionar a los alumnos los recursos necesarios, para potenciar sus necesidades expresivas, puede promover su autoconfianza, su autoestima y una mayor identificación con lo que hace. *“Sólo la educación en su sentido más amplio, como crecimiento guiado, expansión fomentada, crianza tierna, puede asegurar que la vida sea vivida en toda su natural espontaneidad creadora, en toda su plenitud sensorial, emocional e intelectual”*. (Read, 1982, p. 207).

Se enfatizan los beneficios que proporcionan la vivencia del proceso creativo y la experimentación con los materiales plásticos sin la presión de que el acabado final deba cumplir unos parámetros estéticos determinados. *“La perfección técnica tiene muy poca vinculación con la autoexpresión, y la producción de obras artísticas técnicamente excelentes, puede estar muy lejos de las necesidades expresivas reales del autor”*. (Lowenfeld, 1980, p.28).

El maestro debe favorecer el autodescubrimiento y la exteriorización de las emociones con una gran variedad de métodos y materiales que potencien el juego y la imaginación, sin que sus intervenciones sean coercitivas. Por lo tanto, la evaluación de los logros técnicos del alumno no adquiere importancia. La motivación del alumnado en un ambiente de confianza puede evitar cualquier interferencia que consiga desvirtuar su manifestación personal. De esta manera, el niño ejercita la seguridad en sí mismo, cuando se le ofrece la oportunidad de imponer sus propias soluciones ante situaciones nuevas que pueden surgir, por ejemplo, con el comportamiento inesperado ante los materiales. La observación de las intuiciones del niño y cómo estas van guiando los propios estímulos creativos, transformando sus reacciones en cada gesto, convierte a las actividades plásticas en experiencias de gran valor tanto pedagógico como psicológico.

El interés por llevar a cabo los conceptos de la enseñanza artística expresiva al aula procedió, en su mayoría, de artistas profundamente comprometidos con la idea sobre la existencia de una afinidad entre la actividad del artista y la expresión gráfica del niño. (Efland, 2002).

En Viena, Franz Cizek fue uno de los primeros artistas y profesores de dibujo que concibió las obras gráficas de los niños como obras de arte. Cizek estaba vinculado al movimiento artístico de la *Secesión*, grupo afín a *Die Brücke* o *Blaue Reiter* alemanes, los cuales en 1908 organizan una exposición que incluye obras infantiles, muestra de la admiración que les suscitaba.

Años más tarde, entre las décadas de 1920 a 1940, aparecen profesores-artistas: Víctor D'Amico, Natalie Cole, Marion Richardson, Maria Petrie, Henry Schaeffer-Simmern y Florence Cane, los cuales coincidían con Cizek en la idea de considerar al niño un artista con grandes deseos de poder exteriorizar sus inquietudes, obstaculizadas, en muchas ocasiones, por los métodos tradicionales de la enseñanza. Postulaban que un buen maestro de educación artística debía ser artista: *“Creo que es absolutamente imposible que alguien que no sea un artista consiga enseñar arte. El profesor de arte hecho por encargo depende de métodos estandarizados más que de su propia sensibilidad. Nadie que no sea un artista posee la delicada intuición necesaria para reconocer aquello que otra persona está tratando de expresar”*. (Mangravite, 1932, pg.33).

Los artistas del momento asociaban su lucha por conseguir un arte incontaminado como símbolo para promover soluciones a los conflictos metafísicos de una sociedad corrompida, asumiendo un rol libertador. La figura del niño concebido como artista y la incursión de algunos artistas contemporáneos en el ámbito de la educación supone un factor importante para llevar a cabo esta empresa, a través del trabajo artístico conjunto capaz de preservar la armonía y autenticidad innatas del ser. El niño artista recibió así el papel de salvador de la sociedad. El equivalente educativo de esta filosofía fue la difusión de una educación expresiva centrada en el niño. *“Se está descubriendo al artista que hay en el niño que todos llevamos dentro y que está quitando la mordaza de la represión al niño que hay dentro del hombre común para que éste pueda realizarse de forma completa”*. (Rugg y Shumaker, 1928, pp.62-63).

Muchos profesores con formación artística empiezan a introducir en la escuela los métodos y técnicas utilizados por los artistas de las vanguardias³⁰. Las nuevas metodologías del arte contemporáneo, al mismo tiempo que ofrecían una gran variedad de recursos creativos, se adaptaban fácilmente a la habilidad y economía de cualquier escolar, además de favorecer el desarrollo personal en general.

D'Amico consiguió con su obra, *Creative Teaching Art* (1942), la introducción de algunas de estas técnicas, entre otras: el collage, la experimentación con materiales no artísticos o de desecho, etc., con la intención de potenciar la libre expresión.

Cole tomaba en sus clases como punto de partida las experiencias reales de sus alumnos. Los niños hablaban en grupo sobre sus vivencias cotidianas para después pintarlas o dibujarlas: *“es necesario estimular la mente y las emociones del niño hacia alguna cosa y que*

³⁰ Véase apartado 2.1.2.

tenga ganas de pintar antes de que pueda hacerlo bien". (Cole, 1940, pp.3-4). La conexión establecida entre arte y vida se hacía evidente en su pedagogía.

Richardson trabajaba con imágenes mentales antes de empezar un dibujo. Los niños cerraban los ojos y debían obtener alguna imagen concreta con el fin de representarla plásticamente. En su obra *Art and the child* (1946), expone su método en el que se encuentran analogías con el modelo interior surrealista propagado por Breton: "(...) sabía que los niños obtenían sus mejores resultados cuando pintaban a partir de una imagen mental; esta técnica resultaba rica y fructífera para la mayoría, pero algunos de ellos eran incapaces de escoger en su cambiante y caleidoscópico catálogo interior". (1946, p.14).

Petrie indica en *Art and Regeneration* (1946) que las actividades artísticas podían ayudar a aquellas personas que sufrían alguna enfermedad física, mental e incluso ser un posible remedio para una sociedad enferma por las secuelas de la Segunda Guerra Mundial.

Schaeffer-Simmern muestra una línea similar a la de Petrie en sus *experimentos* de enseñanza artística con grupos de niños y adolescentes con retraso mental y con problemas de delincuencia. Su obra *The unfolding of artistic activity* (1948) describe las vivencias con estos colectivos y la función mediadora de las actividades artísticas.

Sin embargo, años atrás Cane ya había conseguido reencontrar arte y psicoanálisis de nuevo, esta vez bajo un entorno distinto, la Escuela de *Walden*, de Nueva York, fundada y dirigida por su hermana Naumburg.

Naumburg introduce en su escuela conceptos educativos influenciados por la corriente psicoanalítica y la importancia de los factores inconscientes tanto en la educación como en la psicoterapia. En su currículo otorgó gran valor a las actividades artísticas. En ellas veía un método de automotivación para aprender de forma efectiva a canalizar emociones perjudiciales para la personalidad del niño.

Cane también profesaba en sus enseñanzas el psicoanálisis freudiano y de Jung. Desde su punto de vista, el verdadero fin del maestro consistía en no reprimir las emociones del niño y ayudarlo a liberarse de sus defensas estereotipadas reflejadas en los dibujos. A pesar del carácter progresista de *Walden*, Cane encuentra allí una educación artística enfocada hacia el realismo y el desarrollo de habilidades técnicas.

En 1920, comienza a dar clases con Naumburg y a poner en práctica sus métodos de trabajo, basados en el automatismo con el uso libre del movimiento, del sonido y la técnica gráfica del Garabateo. El objetivo principal consistía en bajar las

defensas de los niños y dar rienda suelta a las fantasías del inconsciente. A la hora de realizar las obras plásticas, insistía en la idea de no sugerir temas concretos, que fuesen los alumnos quienes lo eligieran según sus intereses. “*La calidad de la pintura aumenta inevitablemente si el niño se desarrolla como individuo, del mismo modo que su desarrollo como pintor contribuye a su crecimiento. En consecuencia, mis enseñanzas se han dirigido siempre a la liberación y el crecimiento del alma del niño a través del juego, el trabajo y la autodisciplina que exige la pintura*”. (Cane, 1983, p.44)

Naumburg comienza a experimentar con las técnicas de Cane en sus clases de arte. Sus conocimientos como psicóloga y educadora le llevan a observar en los dibujos espontáneos de sus alumnos un discurso simbólico de gran valor comunicativo. A partir de entonces, comienza a integrar las técnicas de libre expresión de Cane y las teorías psicoanalíticas aprendidas en sus propias sesiones de psicoanálisis personal. En 1928 publica su primer libro, *The Child and the World*, basado en sus experiencias con los niños de *Walden School*. Pronto se dio cuenta del poder terapéutico de la fusión de ambos métodos, lo que le llevará a experimentarlos y compartirlos con psiquiatras como el Dr. Lewis.

Cane publica, un año más tarde, la versión de su filosofía en un momento muy posterior de su carrera en *The Artist in Each of Us* (1951). Para autores como Maxine, Junge y Asawa (1994), el pensamiento de ambas hermanas definió durante la década de 1960 y 1970 los enfoques del arteterapia³¹; la orientación de Naumburg más enfocada hacia la psicoterapia y la de Cane, hacia los beneficios saludables del proceso creativo.

La *Corriente Expresiva* dejó en manos de muchos profesores de educación artística los componentes claves en el surgimiento del arteterapia como disciplina. Sus métodos de trabajo en pro del crecimiento emocional y creativo del alumno a través del uso libre de los medios plásticos, supieron vincular las técnicas de los artistas modernos, las concepciones educativas de la escuela progresista y las corrientes psicológicas del momento, sobre todo las teorías de Piaget y Freud, relacionadas con la evolución psicológica del niño.

Todas estas circunstancias dieron lugar a un ambiente que favoreció el nacimiento del arteterapia especialmente en E.E.U.U. e Inglaterra entre la década de 1930 y 1940.

En primer lugar, la enseñanza progresista logró difundirse por toda Europa, aunque entremezclada por otras corrientes pedagógicas, dejando a su paso un ambiente

³¹ Enfoques heredados de Naumburg y Kramer citados en el apartado 1.2.1.2.

bastante heterogéneo, por lo que la orientación expresionista no tuvo tanto arraigo. La Segunda Guerra Mundial también supuso un freno importante en el ambiente educativo europeo. La emigración a otros países dispersó la ideología expresionista. Sin embargo, años más tarde volvería a arraigar, especialmente en Inglaterra. Los intentos de Read, por crear un movimiento pacifista a través del arte, lograron resurgir el enfoque no directivo entre los profesores de plástica, renovando con intensidad el ambiente de la educación artística inglesa. Su obra *Educación por el arte* (1943) fue una referencia clave para los primeros arteterapeutas ingleses.

En E.E.U.U., la corriente expresionista empieza a extenderse con fuerza a partir de la década de 1930. Los movimientos de reforma sociales como el sufragismo femenino y el movimiento para los centros de asistencia, en su empeño por mejorar la vida del individuo, sintonizaron con las teorías de Dewey y sus seguidores. La idea de impartir una educación, centrada en el *arte como experiencia*, consigue reemplazar la búsqueda de la belleza por acciones enfocadas hacia actividades artísticas que solucionasen los problemas vitales comunitarios de índole social.³² Otro aspecto interesante fue el gran éxodo de inmigrantes provocado por la Segunda Guerra Mundial. Muchos artistas expresionistas y surrealistas, maestros de la Bauhaus alemana e historiadores del arte consiguieron enriquecer el escenario intelectual americano, creando un escenario ideal para el nacimiento y desarrollo del arteterapia.

Por último, las investigaciones sobre la creatividad y la obra de Victor Lowenfeld, *El desarrollo de la capacidad creadora* (1947), muy difundida en ambos contextos geográficos, también fueron grandes referentes para muchos arteterapeutas. Todos estos acontecimientos facilitaron el camino para que ambos países consiguieran ser pioneros en el uso del arte como herramienta terapéutica.

El ambiente circundante de ambas sociedades favoreció que los hallazgos descubiertos por los educadores de arte se compartieran, posteriormente, con las investigaciones de muchos psiquiatras y psicólogos interesados en las manifestaciones artísticas de sus pacientes. La conexión interdisciplinar, generada desde el ámbito de la educación artística, ha ido construyendo a partir de dichos cimientos el corpus de esta joven disciplina, gracias a la alianza de autoras como Naumburg y Cane, que han hecho posible que, desde entonces, el arteterapia no haya dejado de crecer.

³² Un ejemplo de esta empresa fue el proyecto de educación artística de Ottawa aplicado entre 1933 y 1938 donde se empiezan a explorar las posibilidades de introducir el arte en la vida cotidiana de la comunidad.

Si a lo largo de la exposición del apartado 2.1., se han analizado los fundamentos que han hecho posible el nacimiento del arteterapia, en el siguiente punto, se hará referencia a aquellos factores que favorecieron su desarrollo y expansión. Se ha seleccionado lo que se ha considerado más relevante, ya que el estudio de todos los componentes de una materia polidédrica como el arteterapia hubiera excedido los objetivos de esta investigación.

Tabla nº 5. Raíces epistemológicas del Arteterapia

Raíces Epistemológicas del Arteterapia	
Ámbito psiquiátrico/psicoanalítico	-Interés por el valor expresivo y comunicativo de las producciones plásticas de los pacientes. -Efecto terapéutico del proceso creativo
Ámbito artístico	Arte Contemporáneo/ Vanguardias - La obra y su proceso de creación se convierten en un medio de proyección subjetiva. - Innovaciones discursivas y metodológicas con funciones de autoexploración, expresión y comunicación. - Importancia dada al fomento de la desinhibición y la creatividad.
	Educación artística/ Corriente expresiva -Su papel en la educación emocional mediante la autoexpresión creativa del individuo.

2.2. Desarrollo del Arteterapia

2.2.1. Sus inicios: de los años treinta a los sesenta. Autonomía disciplinar y profesional

La trayectoria del arteterapia se inicia de forma paralela en E.E.U.U. y el Reino Unido. Durante la década de los treinta hasta los años sesenta, el arteterapia comienza a construir su propia autonomía disciplinar, nutriéndose de una gran afluencia de enfoques

pero al mismo tiempo, desvinculando progresivamente su práctica de la educación artística, la terapia ocupacional y del papel reduccionista otorgado a las actividades plásticas, tanto en los diagnósticos psiquiátricos como en su uso en las psicoterapias verbales.

Desde su dimensión profesional, los primeros pasos se caracterizan por la inquietud de muchos artistas y profesores de educación artística por ofrecer sus servicios en ámbitos no educativos. La experiencia de intercambiar conocimientos con el resto del personal médico-psiquiátrico y la evidencia de observar cómo la calidad de los tratamientos aumentaba con la integración de las actividades plásticas desde sus aspectos expresivo-creativos, comienza a cuestionar la forma de implantar oficialmente en el equipo médico el trabajo de los arteterapeutas.

Según Junge y Asawa (1994), en Estados Unidos el arteterapia viene principalmente de la tradición psicoanalítica. La expansión del psicoanálisis propició que algunos artistas y educadores como Florence Cane, Margaret Naumburg o Edith Kramer se psicoanalizaran y combinaran esta experiencia con sus habilidades pedagógicas y artísticas. Además, el contexto artístico imperante favorece la difusión de las técnicas expresionistas y surrealistas con la emigración de muchos artistas que, huyendo de la guerra, consiguen trasladar la meca del arte, de París a Nueva York. La fusión de ambas corrientes artísticas dará paso a la aparición del Expresionismo Abstracto, con técnicas basadas en la gestualidad espontánea donde la acción pictórica adquiere gran protagonismo. Filosofía que, al mismo tiempo, formará uno de los fundamentos esenciales del arteterapia, ya que los rasgos procesuales de la creación plástica adquirirán más importancia que el propio resultado. *“Las ‘obras conceptuales’ ya no serán un objeto en el criterio del sentido tradicional, sino un sistema ‘abierto’, un proceso abierto”*. (Adorno, 1983, p.232).



Ilustración nº 27. Jackson Pollock en su estudio.

Desde este panorama, Naumburg comienza su lucha por conseguir que el arteterapia se considerase una profesión independiente de la psicoterapia. Tras dejar *Walden Schooll*, conoce al Dr. Nolan D.C. Lewis, director de *The New York State Psychiatric Institute*, entre 1936 y 1953. Lewis también había experimentado con técnicas pictóricas de libre expresión en sus terapias con pacientes adultos. Observó que las pinturas conseguían perpetuar las proyecciones de los conflictos, los deseos, identificaciones, placeres, conversaciones, simbolizaciones y racionalizaciones. (Lewis, 1925, 1928).

Naumburg comienza a trabajar en la institución de Lewis, entre 1941 y 1947. En 1947 y 1950, publica dos libros: *Studies of the free art expresión of behavior problem children and adolescents as a means of diagnosis and therapy* y *Schizophrenic Art: Its Meaning in Psychotherapy*. En ambas obras describe la aplicación de sus nuevos proyectos arteterapéuticos con pacientes adultos en el *New York State Psychiatric Institute* y difunde su famosa técnica, *Dinamically oriented art therapy*, en la que pondrá de manifiesto un discurso, más orientado hacia el valor

de los dibujos espontáneos como vía para potenciar la comunicación verbal de los pacientes, sin tener demasiado en cuenta el valor creativo de las obras.



Ilustración nº 28. Margaret Naumburg.

Otro momento trascendente en los primeros años de existencia del arteterapia fue el encuentro de Naumburg con el psiquiatra Kenneth Appel, presidente de *American Psychiatric Association* en 1953. Appel creía que era importante el intercambio disciplinar para avanzar en el campo de la investigación psiquiátrica, ya que el desafío propuesto por los enfermos mentales era demasiado amplio como para ser tratado por una única profesión. (Nucho, 2004). Appel conocía el trabajo de Naumburg y en 1957 presentan la ponencia conjunta: *Treatment of a Schizophrenic Patient by Means of Art Therapy* en el *Internacional Congress of Psychiatry*, en Zurich. Muchos psiquiatras y especialistas clínicos se sintieron interesados por la fusión disciplinar. Este hecho supuso un impulso importante para dar a conocer el arteterapia entre profesionales que desconocían su existencia.

Naumburg no solamente inició una nueva dimensión del uso del arte como terapia sino que también se preocupó por sacar del anonimato la práctica del arteterapia con la presencia de sus trabajos en varios congresos de psiquiatría celebrados en diversos estados americanos: *Annual Meeting of the American Psyquiatric Association*, (Chicago, 1946); la presentación del catálogo *Art Therapy in Diagnosis and Treatment of Behavior Problem Children* en el *5º Congreso de Pediatría*, (Nueva York, 1947); conferencias sobre arteterapia a los

residentes del Instituto de *Pensilvania Hospital*, (Filadelfia, 1949-1951) y en el *New York Postgraduate Center for Psychotherapy*, (1950); etc. Además de sus inmersiones en el campo psiquiátrico, en 1958 realizó un curso introductorio de arteterapia en la Universidad de Nueva York. (Naumburg, 1987).

Kramer emprende un camino similar manifestando sus intereses por distinguir la independencia entre el uso del arte en psicoterapia y el arteterapia. Su itinerario comienza en Praga durante los años treinta donde impartía clases de expresión plástica a niños refugiados de la Alemania nazi. Su trato con los niños traumatizados por las vivencias prebélicas le mostró el valor terapéutico de las actividades plásticas. *“Primero observé las diferentes respuestas en el estrés que ellos mismos manifestaban sobre sus obras, respuestas que más tarde llegarían a ser muy familiares para mí. Veía regresiones, repeticiones que hablaban de conflictos sin resolver”*. (Kramer, 1971, p.16).



Ilustración n° 29. Edith Kramer.

En 1938, se traslada a Nueva York. Allí comienza a trabajar en casas de acogida, escuelas y programas residenciales como, *The Leake*, *The Wiltwyck school for Boys* y *Watts Children's Home*. En estos lugares madura sus teorías, centradas en la importancia del proceso creativo generado en las actividades plásticas como principal agente terapéutico y rehabilitador. Kramer considera el arteterapia una herramienta primordial para sostener el ego y reforzar la sensación de identidad en el niño a través del proceso de sublimación. Un rasgo distintivo de su labor es la atención prestada a las cualidades estéticas de los productos plásticos. Cuanto más placer estético produjese la obra a su autor, más completa llegaría a ser la sublimación.

En su primer libro, *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*, (1958), expone las bases teórico-prácticas de su trabajo en *Wiltwyck School*, desde 1951 hasta 1958. Esta obra supone el inicio y la difusión de un enfoque diferente al de Naumburg, pero con objetivos parecidos en cuanto a la necesidad de considerar la autonomía del arteterapia como una práctica independiente, la cual, desde su perspectiva, podría funcionar como complemento de cualquier psicoterapia, pero sin ser reemplazada por la misma. “*El arteterapia se considera como una forma diferente de la psicoterapia. Sus potenciales saludables dependen de los procesos psicológicos que son activados en el trabajo creativo*”. (Kramer, op. cit, p.25).

Otra experiencia pionera comienza en *Menninger Foundation and Clinic*, (Topeka, Kansas), entre 1935 y 1937, cuando el prestigioso psiquiatra Dr. Karl Menninger contrata a la artista Mary Hutoon y al ceramista Ben Holacher, para impartir clases de pintura, dibujo y modelado a sus pacientes. Hutoon comienza a combinar sus conocimientos de psicoanálisis y de arte, iniciando así su transición hacia el arteterapia. “*La investigación sobre lo que el arte puede hacer por la enfermedad mental está todavía en un estado inicial. Ciertamente no conozco todas sus posibilidades; dudo que alguien lo sepa. Pero lo descubriremos algún día y entretanto, la gran ayuda que proporciona a nuestros pacientes ahora mismo ya justifica nuestra fé en él*”. (Hutoon, citado en Junge y Asawa, 1994, p.44).



Ilustración n° 30. Mary Hutoon.

Hutoon describe la aplicación de su método llamado *Dinamically oriented art therapy*, durante su estancia en la clínica Menninger. En 1938, Naumburg fue invitada a dar una conferencia en la clínica Menninger y tuvo la oportunidad de conocer el trabajo de Hutoon. Según Ault (1977), a partir de entonces, Naumburg toma la terminología de Hutoon para nombrar su técnica arteterapéutica. En 1946, el Dr. Menninger y Hutoon

organizan los primeros estudios de arteterapia en U.S.A., en el nuevo *Winter Veterans Administration Hospital*, en Topeka. Las experiencias más interesantes de Hutoon están recogidas, principalmente, en artículos: *The creative arts as therapy*, (1949) y *Art Therapy for patients in the acute section of Winter VA Hospital*, (1953).

En 1951, el Dr.Karl Menninger, tras conocer el trabajo de Don Jones, un objetor de conciencia con conocimientos en Arte y Teología, en *Marlboro State Psychiatric Hospital* (Nueva Jersey), y su extensa colección de pinturas y dibujos de los pacientes publicada en *Túnel* (1947), decide contratarlo en su clínica de Topeka. Don Jones se empleó a fondo en el diseño de los programas artísticos de *Menninger Clinic*, hasta conseguir la integración de un tratamiento de arteterapia entre las demás psicoterapias ofertadas en la clínica. (Junge y Asawa, 1994).



Ilustración nº 31. Don Jones.

Durante el mismo año, la artista Elionor Ulman comienza su carrera arteterapéutica como voluntaria en la Unidad Psiquiátrica del *District Of Columbia General Hospital*, (Washington), con niños deficientes y en la unidad de alcohólicos. Tras su experiencia, decide estudiar en *Washington School of Psychiatry*. En 1957, se convierte en miembro de dicha institución.



Ilustración nº 32. Elionor Ulman.

La escultora Hanna Yaxa Kwiatkowska, seguidora de Naumburg, también inicia su trabajo de arteterapeuta en Washington, concretamente en *St. Elizabeth Hospital*, entre 1955 y 1958. Allí realiza un proyecto de investigación sobre arteterapia: *A Blind Study of the Influence of Chlorpromazine (Thorazine) on Graphic Expression of Schizophrenic Patients*. Allí conoce a la psicoanalista Frieda Fromm-Reichmann con la que formará un equipo de trabajo en el *Nacional Institute of Mental Health*, a partir de 1958.



Ilustración nº 33. Hanna Yaxa Kwiatkowska.

Su mayor aportación han sido sus trabajos de investigación centrados en la aplicación arteterapéutica con familias.

En 1957, se da a conocer la primera iniciativa de estudios universitarios en arteterapia. El Dr. Roger White emprende el primer programa de máster en arteterapia con el Departamento de Arte y Psicología de la Universidad de Louisville. El programa se suspende en 1959, sin embargo vuelve a impartirse diez años más tarde.

Otro hito importante para la difusión del arteterapia en EEUU fue la obra de Emanuel F. Hammer, *The Clinical Application of Projective Drawing* (1958), que consigue reunir la participación de especialistas clínicos en la investigación del uso del dibujo en terapia y como diagnóstico, entre otros: Laretta Bender, John Buck, y Karen Machover. Naumburg también participa en la publicación con dos capítulos: *Art Therapy: Its Scope and Function* y *Art Therapy with a Seventeen-Year-Old Schizophrenic Girl*. Esta publicación tuvo una gran acogida y expansión entre la comunidad de psicólogos, educadores y psiquiatras que empiezan a interesarse por el trabajo de Naumburg.

Según Junge y Asawa (1994), la estrecha relación entre los artistas, los psiquiatras, el personal médico y los visitantes de los centros, promueven el desarrollo del arteterapia en Estados Unidos, que comienzan a ser visibles a partir de la década de los 50, al aparecer las primeras publicaciones sobre la materia y, como consecuencia, la difusión de los primeros estudios e investigaciones.

De forma paralela a Estados Unidos comienza a gestarse el origen del arteterapia en Inglaterra. En 1938, el pintor Adrian Hill es ingresado por tuberculosis en *King Edward VII Sanatorium*, en Midhurst. Durante su larga convalecencia decide pintar para superar su enfermedad y aburrimiento. Hill experimenta los grandes beneficios que la pintura le aportaba y decide compartirlos con otros pacientes ingresados que pronto empiezan a imitarlo de forma fortuita, utilizando principalmente la pintura y el dibujo como medio para proyectar las terribles escenas de guerra. Hill observa que, a través de los medios plásticos, los soldados heridos no sólo proyectaban sus vivencias traumáticas, sino que también conseguían hablar sobre el sufrimiento vivenciado en las trincheras, los temores causados por la enfermedad y la muerte, consecuencias de la guerra. Al mismo tiempo eran actividades que lograban distraerles y apaciguaba la ansiedad acumulada.



Ilustración nº 34. Adrian Hill.

Hill fue el primer autor que acuña el término *Art Therapy* en 1942, para designar a las actividades artísticas realizadas con objetivos terapéuticos. A partir de la experiencia hospitalaria compartida con los soldados, decide publicar dos obras que abrirán el camino del arteterapia en Inglaterra: *Art versus illness*, (1945) y *Painting out illness*, (1951).

Sin embargo, Rubin (1998) apunta que el crecimiento del arteterapia como disciplina no fue tan rápido en el Reino Unido como en Estados Unidos. Waller (1991) afirma que la presión política y económica de la época en Gran Bretaña complicó durante los primeros años de consolidación su desarrollo profesional y la puesta en marcha de programas de formación de arteterapeutas. A pesar de las dificultades, tras Adrian Hill surgen experiencias similares.

En 1942, la artista visual Rita Simon es contratada en Londres por el Dr. Joshua Bierer, para realizar sesiones de arteterapia con pacientes externos que se reunían en el club social psiquiátrico de *Kingsway Hall*. Simon combina su trabajo artístico con nociones de psicoanálisis aprendidas en su propio autoanálisis. En ese mismo año, la analista jungiana H. Irene Champernowne funda con su marido Gilbert, *Withymead Centre for Psychotherapy Through the Arts*, una residencia privada donde empezó a aplicarse el arteterapia a nivel profesional junto a otras terapias creativas. También se impartieron cursos de formación para profesionales interesados hasta 1967.

En 1946, el psiquiatra E. Cunningham Dax pide al artista Edward Adamson que establezca un estudio de actividades artísticas en el *Netherne Psychiatric Hospital*.

Adamson colabora con el equipo médico en los tratamientos y también consigue reunir una colección de obras con las que decide formar una galería de arte para que los pacientes pudiesen exponer sus obras. En su libro *Art as Healing* (1984), menciona la similitud de su trabajo con la labor de Hill. Años más tarde, Adamson y Frank Breakwell, discípulo de Hill, serán dos personas fundamentales en la formación de la Asociación Británica de Arteterapeutas (B.A.A.T.).



Ilustración nº 35. Edward Adamson con pacientes en su estudio.

En 1949, Adrián Hill preside el *Comité de Terapia Artística* creado por el *Consejo Directivo de Hospitales Regionales Metropolitanos del Sudoeste de Londres*. Una de sus primeras actuaciones fue descubrir la aplicación de la terapia artística, a través de un cuestionario enviado a los principales hospitales generales y psiquiátricos de dicha zona. Los resultados evidenciaron que la terapia artística se utilizaba con tres finalidades diferentes:

- En los sanatorios, con pacientes internos durante un periodo de tiempo extenso, se utilizaba como actividad recreativa.
- En los psiquiátricos, se combinaba la terapia artística en colaboración con los psicólogos o psicoterapeutas para diagnosticar o realizar la técnica psicoanalítica de *Libre Asociación*.
- En los hospitales, se empleaba con propósitos catárticos y para decorar las paredes de los centros con las obras de los pacientes.

Generalmente esta labor era dirigida por un terapeuta ocupacional o por una persona con formación en Bellas Artes. (Waller y James, 1987).

Tras los datos obtenidos, comienzan a gestionarse las primeras reuniones para unificar criterios y consensuar si la terapia ocupacional cubría las expectativas de la Terapia Artística. A finales de 1949, la *Asociación Nacional para la Salud Mental* reúne a John Trevelyan, (director de investigación en la administración hospitalaria), Gilbert e Irene Champernowne, (directores del *Withymead Centre for Psychotherapy through the Arts*) y Rudolf Laban, (profesor de danza y coreógrafo), paradójicamente no asistió ningún miembro con formación en Bellas Artes. Champernowne afirma que la terapia artística podía liberar una fuerza terrible procedente del inconsciente y que la personalidad del terapeuta artístico era un elemento clave para la recepción y la moderación de dicha fuerza. Trevelyan sugirió la idea de crear un centro pluridisciplinar, al estilo de *Withymead Centre for Psychotherapy through the Arts*, en el que los diversos profesiones pudiesen trabajar en estrecha colaboración para la consolidación de esta nueva disciplina. También se habló sobre una condición necesaria para que los arteterapeutas ejerciesen la terapia artística, basada en la realización de un psicoanálisis personal que proporcionase la experiencia necesaria, para tratar los aspectos psicoterapéuticos implícitos en la práctica profesional. (Waller y James, 1987).

Trevelyan presidió, en 1950, el *Congreso de Terapeutas Artísticos en Hospitales y Clínicas*, allí recibió sugerencias acerca de los criterios y la formación que debía recibir un terapeuta artístico. Dichas sugerencias se trataron en la jornada de trabajo celebrada en 1951, nuevamente en la *Asociación Nacional para la Salud mental*, donde Hill, Champernowne y Adamson establecen que la terapia artística fuera una disciplina diferente a la terapia ocupacional y a la terapia a través del juego.

A partir de entonces, surge la necesidad de seguir investigando las posibilidades de la terapia artística con el fin de definir y diferenciar sus funciones entre los profesionales interesados.

Fuera del contexto anglosajón no se reconoce ninguna movilización por parte de los arteterapeutas. Sin embargo, el Primer *Congreso Mundial de Psiquiatría* (1950) celebrado en París supuso un evento de gran trascendencia para el arte psicopatológico. El programa incluía una exposición de dos mil obras de trescientos cincuenta pacientes internados en psiquiátricos y procedentes de colecciones de distintos países como Canadá, Brasil, India, Finlandia, etc. El acto supuso la consolidación del Arte Psicopatológico a nivel mundial. El Dr. Robert Volmat organizó la muestra y en 1956 dedica un libro a esta exposición, *L'Art psychopathologique*, donde analiza la simbología y los temas, relacionando la

regresión arcaica con el arte primitivo y con el arte moderno. Sostiene que las pinturas tienen un valor no sólo diagnóstico y sintomático sino terapéutico, sobre todo, si se realizan de forma colectiva. Años más tarde, en 1959, se funda la *Société Internationales de Psychopathologie de l'Expression* (SIPE), con objeto de estudiar las expresiones plásticas, musicales, gestuales, escénicas, dramáticas, etc., de forma interdisciplinar.



Ilustración nº 36. Congreso Mundial de Psiquiatría (1950).

2.2.2. Los años de expansión: Las décadas de los sesenta y setenta. Asociacionismo, formación académica y publicaciones.

El ambiente revolucionario de los años 60 hasta finales de los 70, genera una serie de acontecimientos históricos que favorecen la expansión del arteterapia desde sus múltiples perspectivas.

El ámbito de la psicología clínica experimenta una gran expansión. La psicoterapia, hasta entonces monopolio de los médicos psiquiatras, pasa a ser un campo de trabajo de los psicólogos. Como consecuencia, se difunden diversas orientaciones psicoterapéuticas, no sólo destinadas a las personas con algún tipo de enfermedad física o mental, sino también enfocadas hacia el crecimiento personal, entre las que destacan las *Corrientes Humanistas*. Desde el enfoque humanista, ser creativo implica una forma especial de estar en el mundo íntimamente relacionada con la autorrealización y el bienestar. La integración de los diversos lenguajes expresivos en la psicoterapia humanista se considera

una vía para potenciar los aspectos creativos y, por tanto, vincular a la persona a estados saludables.

La demanda de los métodos psicoterapéuticos deja de asociarse paulatinamente a la enfermedad mental, expandiéndose a todo tipo de poblaciones con finalidades destinadas a la integración social y educativa o a mejorar la calidad de vida entre otras funciones.

También se experimenta un auge en las investigaciones psicoterapéuticas dirigidas a grupos. Tras la aplicación de las terapias grupales para aliviar los traumas provocados por las dos Guerras Mundiales, se pone de manifiesto una serie de fenómenos relacionados con las interacciones emergentes entre los sujetos que podían suponer un incentivo en los fines terapéuticos. De esta manera, los estudios sobre la influencia del contexto social y las relaciones interpersonales ganan terreno. Autores como Bion, dan a conocer sus hallazgos sobre los *Supuestos Básicos*, recogidos principalmente en su libro *Experiencias de Grupo* (1947), con una gran repercusión entre estos autores: Foulkes, (1957); Grinberg, Langer y Rodrigué, (1957); Pagés, (1968); Sbandis, (1973); etc. De forma similar, surge en E.E.U.U una corriente paralela, con los métodos basados igualmente en el psicoanálisis grupal, formada por Slavson (1976), Whithaker y Lieberman (1965), Wolf y Schwartz (1967).

El psicodrama de Moreno aporta una gran cantidad de técnicas al método de psicoterapia grupal como el *Warming-Up* o *Técnicas de Calentamiento*, basadas en ejercicios para desbloquear inhibiciones, (el doble, el espejo, el soliloquio, etc.), y de conceptos como catarsis, espontaneidad, creatividad, estudio de roles.

Según Ávila Espada y García de la Hoz (1994), la fusión del psicoanálisis y el psicodrama dio lugar a la *Escuela Latinoamericana* con Pavlovsky, Moccio, Martínez, Boquet, Herman Kesselman, etc., y la *Escuela Francesa* con Anzieu, Levovici y Lemoine, Kaës, etc.

Otra figura destacable fue la del argentino Pichón Rivière, pionero en Psicología Social y creador de los grupos operativos centrados en *la tarea*, con la finalidad de resolver las dificultades que pueden surgir en un grupo a la hora de llevar a cabo un trabajo concreto. En 1958, sistematiza *la tarea* en los grupos operativos y funda la *Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*.

Las teorías grupales fueron enriqueciendo enormemente el panorama científico en el campo de las psicoterapias verbales con nuevas modalidades como los *Grupos de Sensibilización*, *Grupos familiares*, *Grupos de discusión*, *Grupos intensivos* y un largo etc.

Todas estas teorías contribuyeron al desarrollo y enriquecimiento de las bases metodológicas del arteterapia con formato grupal, y muchos arteterapeutas empiezan a integrarlas en sus prácticas.

Durante el mismo periodo, aparece en EEUU los *Colectivos de Vocación PSI*, que asumen un papel muy parecido al de los sindicatos en la reivindicación por conseguir el libre acceso de los pacientes a la atención sanitaria, humanización de hospitales, derechos de los enfermos hospitalizados, control de altas y bajas, abolición de la experimentación con medicinas, de tratamientos que exacerban los síntomas y los perpetúan, de diagnósticos degradantes y de la eliminación de las lobotomías muy frecuentes en este país. (Sinelnikoff, 1999).



Ilustración nº 37. Obra de Lucio antes de la Lobotomía (1948/49).



Ilustración nº 38. Obra de Lucio después de la Lobotomía (1981).

Estos hechos, junto a los progresos científicos en el campo de los psicofármacos, ayudan a conseguir con la *Ley de Centros de Salud Mental*, (1963), los fondos necesarios para la fundación de centros comunitarios diseñados para ofrecer tratamiento y otros servicios terapéuticos a pacientes ambulatorios y de hospitalizaciones breves o parciales. (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson y Loftus, 2003). Dichas iniciativas derivan, posteriormente, en las llamadas *Estructuras Intermedias*, centros de acogida, apartamentos, microhogares, etc., que contrataron a un gran número de profesionales de la salud y de arteterapeutas.

Con perspectivas similares aparece en Inglaterra el movimiento de *Antipsiquiatría*, que llegará a cuestionar todo el modelo psiquiátrico tradicional y la asistencia institucional. Sus propuestas de cambio no quedaron en un plano meramente teórico, ya que fueron llevadas a la práctica con la creación de centros donde poder aplicar el nuevo modelo clínico-psiquiátrico, difícilmente viable en los centros psiquiátricos tradicionales. Desde 1962 a 1966, Cooper pone en marcha un proyecto de investigación sobre la esquizofrenia en un pabellón del *Shenley Hospital*, a las afueras de Londres. Se establece la abolición del sistema de roles paciente-médico-enfermero reivindicando un régimen “antinormas”, de total libertad, el rechazo de las terapias agresivas y la organización de grupos de trabajo en tareas de decoración de interiores o fabricación de juguetes con un laborterapeuta. (Salvat, 1973).

En 1965, Laing y Esterson retoman el trabajo con Cooper en la institución de beneficencia: *Philadelphia Association and Mental Charity*. De esta entidad surgen una serie de comunidades terapéuticas, como el *Kingsley Hall*, en Londres, mezcla de comunidad hippie y comunidad terapéutica que funcionó de 1965 a 1970. *Kingsley Hall* fue un punto de encuentro con gran diversidad de actividades intelectuales: conferencias sobre psiquiatría y antipsiquiatría, seminarios y reuniones con profesionales de diversas disciplinas: grupos de teatro experimental, científicos socialistas de la *Nueva Izquierda*, dirigentes de movimientos de “comunidades”, poetas, artistas, músicos, bailarines y fotógrafos de la vanguardia.

Para ellos la locura no era una enfermedad sino una “conspiración” de la familia, del equipo médico, incluso de los mismos pacientes.

Las terapias propuestas se habían de practicar en un medio acogedor, con un trato respetuoso y sincero. Las actividades de carácter grupal se convierten en el principal método terapéutico que sustituía los psicofármacos por la intervención de diversos medios artísticos, para favorecer las capacidades expresivas, la comunicación libre, sin inhibiciones,

y las relaciones interpersonales. La pintura, la danza, la música, el teatro y la expresión corporal se consideraban recursos para facilitar el “viaje” de autodescubrimiento hasta el fondo del espacio y tiempo interiores. El brote esquizofrénico, con sus fases, de regresión - renacimiento se había de producir sin obstaculizarlo, pues no cura la represión sino la catarsis. (Laing, 1977).

Kingsley Hall demostró con el caso de Mary Barnes, cómo una paciente podía resurgir, transformada por la deconstrucción, en una creativa artista plástica y literaria. Barnes permaneció más de tres años en *Kingsley Hall*, tras sufrir un brote esquizofrénico. Cuando se encontraba en las fases de mayor afectación, comenzó a pintar embadurnando de heces con sus dedos las paredes de su habitación, para después pintar en óleo sobre lienzo. Inició así una importante producción pictórica, expuesta en 1969 en varias galerías de Londres, y una actividad literaria notable en poesía y narraciones cortas. En su libro, *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey. Though Madness* (1971), escrito conjuntamente con Joseph H. Berke, su médico y guía, va contando las experiencias de su proceso de regresión y “renacimiento” que supuso su recuperación psíquica y su entrada en el misticismo. En su escrito *Flexión*, queda patente el arte como mecanismo de desbloqueo, facilitador del flujo de emociones y cómo el producto artístico, respuesta a una pulsión expresiva de carácter intuitivo, tiene como fin poner orden en el caos hasta llegar a lo terapéutico, al confrontar las fantasías y exteriorizarlas en forma de obra de arte: “(...) Cuando escribo, cuando pinto, las palabras, los colores, surgen, crecen, toman forma, se combinan y separan; una línea definida, oscuridad; luz. El lienzo, un papel, una vida plena, completa, total”. (Barnes, citado en Boyers y Ovrill, 1978, p.266). La experiencia de Barnes y los tratamientos del *Kingsley Hall*, suscitan un gran interés entre los arteterapeutas ingleses, al demostrar el potencial de las artes plásticas como alternativa viable en el campo de la salud.



Ilustración n° 39. Mary Barnes.

El eco de la revolución del 68 deja en Francia iniciativas parecidas en las del *Groupe Information Asiles (GIA)*, organizado por militantes de la salud mental para acabar con las condiciones hospitalarias regidas por la ley de 1838. La creación del periódico *Cahiers pour la folie* (1968-1978) estableció conexiones con otros países extranjeros con inquietudes parecidas.

Desde el periódico participaban pacientes con aportaciones literarias, pictóricas, fotográficas, etc. El comité de redacción mensual se convirtió en una zona de encuentro solidario que dio lugar a la creación de una red nacional de intercambios para la expansión por todo el país de sus iniciativas. La revista *Recherches*, publicada por los *Cahiers*, incluye una colección de textos e ilustraciones que dieron testimonio de la vitalidad creativa del proyecto.

Autores, identificados ideológicamente con la antipsiquiatría, surgen progresivamente en distintos países como Franco Basaglia (Italia), Nise da Silveira (Brasil), Jean Paul Sartre y Michel Foucault (Francia).

Otro hito influyente en el desarrollo del arteterapia fue la proliferación de las teorías sobre el concepto de creatividad. A partir de los estudios de Guildford (1950), surge la necesidad de definir las diferencias entre creatividad y cociente intelectual. La propuesta psicométrica de Guildford confirma que la creatividad promueve el pensamiento divergente, la flexibilidad, la originalidad, la fluidez, la motivación intrínseca, etc; aspectos que comienzan a ser tan relevantes como la inteligencia y que pueden ser desarrollados en la práctica artística. El cognitivismo verifica que las actividades artísticas favorecen el desarrollo intelectual y exigen un pensamiento de orden superior (Vigotsky, 1979). No solamente potencian una habilidad manual o desarrollan los sentidos sino también implican el uso de estrategias intelectuales, entre ellas, el análisis, la inferencia, el planteamiento, la resolución de problemas o formas de comprender, interpretar, valorar, discernir, imaginar, representar, etc. (Hernández Hernández, 2000). Facetas necesarias e imprescindibles para llevar a cabo los procesos de introspección con fines terapéuticos.

En el terreno artístico, la herencia de las vanguardias y las conexiones con la psicología, la sociología, la antropología y los mass media, originan nuevas fórmulas de expresión. *Body-Art*, *Arte Conceptual*, *Fluxus*, *Land Art*, *Arte Póvera*, *Installation Art*, etc., producen nuevas rupturas en los conceptos artísticos de espacio-tiempo, relación artista-espectador y la búsqueda de nuevos materiales y soportes, todos como piezas previas que integrarán los discursos postmodernos. Las acciones artísticas enriquecerán con sus huellas los métodos arteterapéuticos, ampliando las posibilidades creativas tanto de los arteterapeutas como de las personas en situación de ayuda.



Ilustración nº 40. Pistoletto (1967). *La Venus de los Trapos*. Arte Póvera.

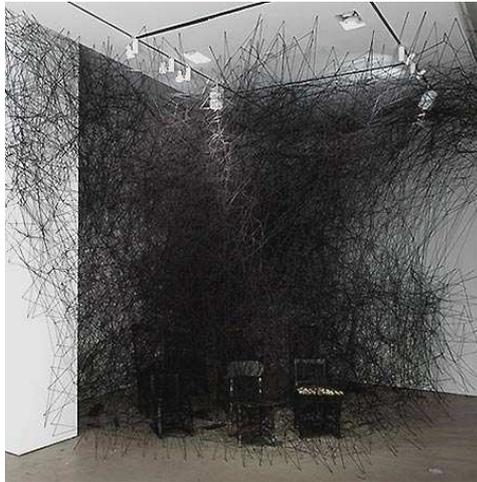


Ilustración nº 41. Shiota (2008). *Waiting*. Installation.



Ilustración nº 42. Woodmann. (1975 – 1976). *Space 2*. Body Art.



Ilustración nº 43. Christo y Jeanne-Claude (1980-1983). *Surrounded Islands*. Land Art.

Ante un contexto histórico tan prolífero no es de extrañar que el arteterapia empiece a tomar una posición más estable. Aparecen así las primeras asociaciones a nivel nacional de arteterapia. La necesidad de aunar criterios, para conseguir el reconocimiento disciplinar y profesional, se hace cada vez más evidente entre la mayoría de los arteterapeutas que en un principio habían iniciado sus prácticas profesionales de forma aislada, tanto en EEUU como en Inglaterra.

En EEUU, los primeros esfuerzos por compartir conocimientos sobre la materia comienzan a raíz de la publicación de la primera revista americana de arteterapia: *Bulletin of Art therapy*³³ en 1961, gracias a la iniciativa de Elionor Ulman y Bernard Levy. La publicación de *Bulletin of Art therapy* favoreció la publicación y el intercambio de experiencias entre arteterapeutas que hasta el momento se encontraban dispersos por todo el país. Además dio lugar a uno de los hitos más trascendentes entre la comunidad de arteterapeutas norteamericanos con la constitución de la *American Art Therapy Association*, (A.A.T.A.), en 1969, por Don Jones y Robert Ault.

En Inglaterra, se constituye la primera asociación de arteterapia, *British Association of Art Therapists* (B.A.A.T.), en 1964. Simultáneamente, en Francia se establece la *Sociedad Francesa de Psicopatología de la Expresión*.

Tras su constitución, *American Art Therapy Association* y *British Association of Art Therapists* empiezan a enfrentarse con la ardua labor de llevar a cabo los siguientes objetivos resumidos:

1. Establecer y regularizar los requisitos necesarios para la formación académica del arteterapeuta.
2. Promover el intercambio científico a nivel tanto nacional como internacional entre la comunidad de arteterapeutas con la organización de foros, debates, congresos, conferencias, bibliografía, creación de grupos de investigación, etc.
3. Formular un código ético normalizado que incluya los principios básicos para la habilitación del ejercicio profesional.
4. Conseguir la institucionalización pública de la formación académica universitaria y de la profesión del terapeuta artístico.

³³ En 1970, Ulman, directora de *The Bulletin of Art Therapy* decide cambiar el nombre de la revista a *American Journal of Art Therapy*, el cual conserva actualmente.

A lo largo de esta misma década comienza la implantación de estudios universitarios y cursos de especialización en los dos países precursores.

En 1961, Naumburg empieza a dar cursos de iniciación en *New School for Social Research* y Kramer, en *Turtle Bay Music School*, ambos situados en Nueva York. Paralelamente, ocurre lo mismo en Washington con Ulman y Kwiatkowska que comienzan su tarea como docentes en *Washington School of Psychiatry* e igualmente sucede con Rhyne en *San Francisco Gestalt Institute*. (Rubin, 1998).

Años más tarde, la artista Myra Levick, animada por el Dr. Paul Fink, comienza el primer programa de titulación de grado universitario en arteterapia: *The first active graduate-level training program in Art Therapy*, en *Hahnemann Medical College*, U.S.A, en 1967. (Junge y Asawa, 1994).

En 1970, Garai consigue incorporar el primer programa de arteterapia humanista en *Pratt Institute*, en Nueva York.

En el Reino Unido, destaca la iniciativa desarrollada por *St. Albans College of Art* con la implantación de un curso piloto en 1969. Su ubicación, rodeada de hospitales y psiquiátricos, la convierte en un lugar idóneo para desarrollar cursos de formación para terapeutas artísticos. El curso piloto adquiere, años más tarde, el nivel de postgrado y en 1981 se consigue el doctorado en la materia.

A principios de los 1970, la universidad de Birmingham incorpora, en la Facultad de Bellas Artes, prácticas arteterapéuticas en clubs juveniles, en proyectos municipales, hospitales y clínicas. (Waller y James, 1987).

En Francia, el centro museográfico *Singer – Poincaré* comienza, a partir de 1967, a realizar exposiciones sobre arte psicopatológico y a ofertar talleres plásticos con fines terapéuticos. (Martínez Díez, 2006).

Entre 1970 y 1980, las iniciativas emprendidas por EEUU e Inglaterra comienzan a extenderse de manera similar en el resto de los países desde tres frentes distintos:

1. La creación y expansión internacional de asociaciones.
2. La proliferación de cursos de formación.
3. El incremento de publicaciones científicas sobre la materia.

1. En cuanto a la expansión internacional de nuevas asociaciones nacionales destaca la creación de: *The Israeli Creative and Expressive Arts Therapies Association* (I.C.E.T,1971), en Israel; *Finnish Art Therapy Association* (FATA,1974), en Finlandia; *Nordic ATA*,(1975) integrada por Islandia, Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega; *Northern Ireland Group of Art Therapist* (NIGAT, 1976), en Irlanda; *Swedish Association of Art Therapy*, (SAAT, 1976), en Suecia; *Canadian Art Therapy Association* (CATA,1977), en Canada; y *National Coalition of Creative Arts Therapies Associations* (NCCATA,1979), en EEUU.

2. Los países promotores experimentan una rápida proliferación de numerosos programas de formación para arteterapeutas.

En EEUU surge el *Máster de Arteterapia* en *George Washington University*, en 1971, gracias a la colaboración del Dr. Levy y Ulman. En 1973, se fundan dos programas universitarios, uno en la Universidad de *Louisville* encabezado por Kagin, que da lugar al *Institute for Expressive Therapies* y, el segundo, en *Inmaculate Heart College* en Los Angeles, guiado por Landgarten y reconocido por sus 800 horas de práctica clínica supervisadas.

En el mismo año y ante la demanda ascendente, la AATA establece las primeras pautas educativas para la formación de arteterapeutas con *Guidelines for Education and Training in Art Therapy*, con el fin de determinar un control de calidad de los estudios ofertados y asegurar a los estudiantes un nivel académico óptimo. Cuatro años más tarde, los miembros de la AATA informan que en EEUU ya existen veintidós programas de formación para arteterapeutas en todo el país.

En Francia, se funda el *Centre d'Etude de l'Expression* (CEE), en 1974, dentro de la *Clinique des Maladies Mentales et de l'Éncéphale*, en el Centro Hospitalario *Sainte-Anne* de París, donde se deja de hacer alusión a la enfermedad con la desaparición de la palabra psicopatología.

Durante el mismo año, *Goldsmiths' College* (Londres) oferta una especialidad optativa en arteterapia incluida en los estudios universitarios de Bellas Artes. Finalmente acaba convirtiéndose en una diplomatura en terapia artística independiente con dos especialidades: una clínica y otra educativa. (Waller y James, 1987).

Dos años más tarde aparece en la facultad de medicina de Tours la institución *Ecole d'art- Therapie de Tours* AFRATAPEM, (1976) centrada en la enseñanza e investigación del arteterapia. Y en Canadá, la apertura del primer curso de especialización en *Toronto Art*

Therapy Institute (1979), programa docente que, a partir de 1982, se convierte en una licenciatura universitaria.

3. Otro hecho importante en el desarrollo del arteterapia fue el incremento de las publicaciones, destinadas al intercambio científico sobre la materia a nivel internacional. La aparición de revistas de gran relevancia científica en la actualidad como *Art Psychotherapy*, (1973), denominada, a partir de 1980, *Art in Psychotherapy*, comienza a publicar artículos relacionados con los aspectos teóricos y prácticos de todas las terapias creativas sin restricción, en cuanto a la orientación filosófica o aplicación. *The Bulletin of Art therapy* pasa a ser, a partir de 1970, *American Journal of Art Therapy* y, años más tarde, en 1983, se publica *Art Therapy: Journal of Art Therapy Association*.

La difusión de las revistas supuso una afluencia mayor de artículos teóricos, informes de investigaciones, descripciones de prácticas, revisiones críticas e intercambio de noticias a nivel mundial sobre el desarrollo en el ámbito arteterapéutico.

También se observan las primeras publicaciones sobre las diferentes corrientes teórico-metodológicas utilizadas en arteterapia: *Spontaneous painting and modelling*, (1971), de Lyddiatt, en el que expone su enfoque jungiano; *The Gestalt Art Experience* (1973), de Rhyne, presenta las primeras conexiones entre arteterapia y terapia Gestalt; *Self-Discovery Through Self-Expression* (1973), de Betensky, con un enfoque humanístico – fenomenológico; Y la difusión de los métodos de evaluación iniciales que, en la actualidad, continúan vigentes como *Ulman Personality Assessment Procedure* (1965), de Ulman, *Family Art-Based Assessment* (1974) de Rubin y Magnussen, o *Family Therapy and Evaluation through Art* (1978).

2.2.3. Los Años de Consolidación: Las décadas de los ochenta hasta la actualidad. Institucionalización Profesional.

La década de los ochenta conlleva cambios importantes tanto en el terreno profesional, como en el de la formación académica y de la investigación.

Tras largas negociaciones, EEUU e Inglaterra consiguen la institucionalización profesional del arteterapia. Sin embargo, la normalización, a nivel nacional de los requisitos

necesarios para la formación académica y la práctica profesional del arteterapeuta como medida de control de calidad, seguirá en proceso de desarrollo durante la década siguiente.

En Estados Unidos, los terapeutas creativos deciden formar una federación con sus respectivas asociaciones para reivindicar sus derechos, a la hora de conseguir el reconocimiento oficial de sus profesiones. En 1979, forman *The Nacional Coalition of Arts Therapy Associations* y en el mismo año consiguen obtener *Federal Civil Service job Classifications*. En 1980, fueron registrados en el *Senate and House Report (96-712)* y en el *Mental Health Systems Act*. En 1992, el arteterapia fue descrita con detalle en *Report of Panel on Mind/Body Interventions (Nacional Institutes of Health, Office of Alternative Medicine)*. Y en 1996, el arteterapia fue incluido en la normativa para *Day Treatment Programs*. (Rubin, 1998).

Las alianzas establecidas entre los terapeutas creativos a nivel local y regional, a través de las relaciones entre *Affiliate Chapters* y la AATA, fueron tan importantes en el reconocimiento de la profesionalización oficial de arteterapia como las conexiones a nivel nacional.

Actualmente la AATA cuenta con cinco mil miembros representantes³⁴, y treinta y seis *Regional Chapter* y *State Chapter*, los cuales conducen encuentros y actividades para promocionar el arteterapia a nivel regional y estatal.

Otro aspecto importante fueron las acciones emprendidas por *American Art Therapy Association* con el establecimiento de *Art Therapy Credentials Board (ATCB)*, en 1993, entidad que asumirá los temas relacionados con la validación profesional de los arteterapeutas que otorgará mayor competencia a su ejercicio. A partir de entonces, AATA se encargará, solamente, de promocionar y regular los requisitos educativos y profesionales, de acuerdo con unas pautas éticas estandarizadas y formuladas por sus miembros oficiales. La ATCB atenderá cuestiones relacionadas con la adquisición de una credencial que permita el ejercicio como arteterapeuta. Para ello, los miembros de ATCB revisan, en primer lugar, el currículum de los candidatos que deseen optar a la credencial, con el fin de comprobar su cualificación de máster en arteterapia, según las pautas de la AATA. Si se posee la titulación requerida, los futuros profesionales pasan a un registro de arteterapeutas, *The Registered Art Therapist (ATR)*.

El paso siguiente es la realización de una prueba escrita suministrada por ATCB para obtener finalmente *Board Certified (ATR-BC)*. Dicha titulación requiere un mantenimiento que el arteterapeuta cumplirá a través de una formación continua. La

³⁴ De los cuales un 91,3% son mujeres. (Elkins, Stovall y Malchiodi, 2003).

ATCB también proporciona un código deontológico para guiar la ética profesional del arteterapeuta en activo³⁵. En la actualidad se sigue manteniendo el mismo sistema.

A pesar de las medidas tomadas, todavía existen desacuerdos entre los cincuenta estados relacionados con las credenciales para el ejercicio arteterapéutico. No todos los estados siguen los reglamentos establecidos por la AATA y la ATCB de forma normalizada. En la mayoría de los estados, si el arteterapeuta trabaja en un ámbito clínico-psiquiátrico, se le exige una licencia clínica además de la formación en arteterapia. Algo similar ocurre en el campo educativo, donde se requiere una credencial de profesor. Para suplir este impedimento, cada estado oferta cursos de especialización que se adapten a los requisitos exigidos estatalmente en ambas licencias. El problema se encuentra en que cada estado se rige por sus propias normativas legales, de manera que, cuando un arteterapeuta cambia de estado, probablemente tendrá que adaptarse a una normativa diferente. Solamente en Nuevo Méjico, la credencial de la ATCB se considera una titulación suficiente. En los demás estados, *Board Certified (ATR-BC)* se considera válida para ejercer como arteterapeuta en programas de rehabilitación y socialización, cárceles y escuelas privadas.

Actualmente, la AATA sigue luchando por conseguir una unificación estatal que permita derribar las fronteras impuestas³⁶.

En Inglaterra, la BAAT consigue en 1980 el reconocimiento profesional del arteterapeuta por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, independizándose así de los terapeutas ocupacionales. En 1990, *National Joint Council for Social Services* reconoce la profesión.

A partir de 1997, los arteterapeutas son regulados profesionalmente por *Health Professions Council*, a través de un registro estatal, (*State Registration for Art Therapists*). El ejercicio profesional de los terapeutas creativos (arteterapeutas, musicoterapeutas, dramaterapeutas), se controla mediante este registro y el reconocimiento de ser miembro de la BAAT.

A los arteterapeutas que realicen un trabajo clínico se les exige un compromiso de supervisión continua, generalmente en periodos quincenales o mensuales dependiendo de la experiencia y del contacto con sus clientes. El supervisor debe poseer formación psicodinámica o algún entrenamiento similar además de haber pasado por una terapia personal como parte indispensable de su educación.

³⁵ Se puede consultar en: http://www.atcb.org/code_of_professional_practice.

³⁶ Para obtener más información se puede consultar la web: www.arttherapy.org.

Al igual que los arteterapeutas americanos, los profesionales ingleses pueden guiarse por el código ético establecido por la BAAT³⁷. Deben actualizar su registro con actividades de formación continua, (*Continuing Professional Development, CPD*), examinando periódicamente sus competencias profesionales con ayuda de *BAAT guidelines on CPD*. La primera auditoría, para llevar un control de las actividades del CPD para arteterapeutas, se emprenderá por el *Health Professions Council* en el año 2010.³⁸

En relación a los estudios académicos, también se contemplan innovaciones importantes. En Estados Unidos, la AATA determina, en 1987, que la titulación académica apropiada para el ejercicio del arteterapia debe ser el nivel de Máster. Los estudiantes realizan en dos o tres años³⁹, una formación de postgrado en los que deben incluir un mínimo de 600 horas de prácticas supervisadas y como máximo 1000 horas. Es obligatorio tener conocimientos artísticos y se incluyen programas de psicología y práctica psicoterapéutica. Generalmente, los másteres se realizan en las facultades de Bellas Artes, dependiendo de los departamentos de didáctica o de educación artística. Los alumnos que más demandan los estudios de arteterapia son mayoritariamente licenciados en Bellas Artes, aunque cada vez hay más interesados procedentes de carreras como psiquiatría, psicología, educadores sociales o trabajadores sociales. Al finalizar los estudios, se ofrece a los estudiantes la posibilidad de realizar cursos de doctorado específicos en arteterapia.

En el Reino Unido, la situación es muy similar ya que se exige una titulación de postgrado en *Art Therapy* o *Art Psychotherapy* y la duración de los cursos también es en torno a los tres años con la posibilidad de continuar con un doctorado en la materia. Sin embargo, se aprecia una atención especial en relación con la terapia personal. La BAAT insiste en que los estudiantes deben realizarla durante toda la formación y efectuar prácticas de clínica durante 120 días. Al finalizar los cursos de postgrado, los estudiantes deben demostrar en un proyecto final las competencias académicas relacionadas con la psicoterapia, el desarrollo psicológico del niño y su agrupación familiar, ya que la mayoría de los solicitantes normalmente provienen del campo de las Bellas Artes o de la Educación Artística. En el caso de ser asistentes sociales, psicólogos u otros profesionales, deberán demostrar, a priori, sus conocimientos y vinculación práctica con las artes visuales.

³⁷ Consultar en: <http://www.baat.org/ethics.html>.

³⁸ Para obtener más información se puede consultar la web: <http://www.baat.org>, en la BAAT Guidelines on CPD.

³⁹ A jornada completa en dos años y a jornada parcial en tres.

Fuera del contexto anglosajón, otros países comienzan a emprender la misma trayectoria. En primer lugar, con la formación de asociaciones nuevas desde las que se intentará conseguir los mismos objetivos, ya conseguidos por EEUU e Inglaterra.

En 1981, aparecen *Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen (DGKT)*, en Alemania; *Norwegian Art Therapy Association (NATA)*, en Noruega y *The Association des art-thérapeutes du Québec (AATQ)*, en Canadá. Un año más tarde, *Art Therapy Italiana (ATI)*, encargada de promocionar el arteterapia y la danzaterapia en Italia. En 1987, *The Australian & New Zealand Art Therapy Association. (ANZATA)* y *Fédération Française des Arts-Thérapeutes (FFAT)*, en 1988.

La rápida movilización, por parte de varios países europeos, genera lazos internacionales, culminando en estos proyectos tan importantes: la constitución de ECARTE, *European Consortium of Art-Therapy Education*, en 1991, o de *European Advisory Body of National Art Therapy Associations (EABONATA)*, en 1992. La creación de ECARTE está destinada a representar y apoyar el desarrollo de las Terapias Creativas, (Musicoterapia, Arteterapia, Danzaterapia y Dramaterapia), a nivel europeo, con la finalidad de conseguir la homologación y validación internacional de los cursos impartidos en las instituciones miembro. Actualmente, ECARTE está formado por catorce países⁴⁰ y treinta y cuatro instituciones miembro.

European Advisory Body of National Art Therapy Associations (EABONATA) está constituido por Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Suiza, Irlanda, Rusia, y Países Bajos. Sus pasos se dirigen a conseguir una normativa internacional relacionada con el Código de Conducta, el Código de Ética, requisitos mínimos para el ejercicio profesional, la formación académica y la puesta en marcha de proyectos de investigaciones conjuntos.

Las relaciones internacionales establecidas, tanto en EEUU como en Europa, favorecen la difusión y el desarrollo del arteterapia en otros países donde no dejan de nacer asociaciones incluso en otros continentes. En Asia, con *Korean Art Therapy Association (KATA)*, 1992), en Corea; *Japanese Art Therapy Association (JATA)*, 1993), en Japón. En África: *The South African Network of Arts Therapies Organizations (SANATO)*, en 1999. En Sudamérica con *Brazilian Union of Art Therapy Associations (UBAAT)*, 2002), en Brasil; y en Chile, la *Asociación Chilena de Arteterapia (ACAT)*, 2006).

⁴⁰Alemania, Bélgica, Croacia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Rusia y Suiza.

Tabla nº 6. Etapas de desarrollo del Arteterapia en EEUU e Inglaterra

Etapas de desarrollo del Arteterapia
Etapa Inicial (1935-1969)
<ul style="list-style-type: none"> - Nacimiento en EEUU y U.K. gracias a la alianza entre artistas, educadores, médicos y psiquiatras. - Adquisición de mayor grado de autonomía e identidad al desligarse de la educación artística, de la terapia ocupacional y de su uso en los diagnósticos psiquiátricos y las terapias verbales. - Realización de los primeros congresos científicos, publicación investigaciones y establecimiento de cursos universitarios sobre arteterapia.
Etapa de Expansión (1970- 1978)
<ul style="list-style-type: none"> - Auge de la psicología, la aparición de los Colectivos de Vocación PSI y de la Antipsiquiatría y los nuevos discursos en el ámbito del arte, contribuyen al impulso disciplinar y difusión profesional. - Nacimiento y auge de las primeras asociaciones de arteterapia: BAAT (1964) y AATA (1969) para la consecución del reconocimiento disciplinar y profesional.
Etapa de Consolidación (1979-1999)
<ul style="list-style-type: none"> - Expansión internacional de asociaciones, proliferación de cursos de formación e incremento de la labor científica sobre el Arteterapia en numerosos países. - Reconocimiento oficial de la validación y control profesional y académico.

2.3. Inicio y Desarrollo del Arteterapia en España

2.3.1. Área Académica y Formativa

El arteterapia surge en España como materia a finales de los 90 desde el ámbito académico con la implantación de los cursos universitarios de postgrado, a diferencia de otros países donde se origina a partir de su práctica profesional.

En la tesis doctoral *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España, 1917-1986*. (2000), Hernández Merino aporta una visión bastante clarificadora de las razones por las cuales el arteterapia tiene un desarrollo más tardío en España que en el contexto anglosajón.

En primer lugar, los acontecimientos que determinan las raíces epistemológicas del arteterapia en los países pioneros desde los ámbitos psiquiátrico, educativo y artístico, ocurren con menor intensidad dentro de España.

Hernández Merino (2000) expone que en España, el arte psicopatológico se ha concebido desde un enfoque clínico más que como una expresión de enfermedad o una forma de psicoterapia artística. Dentro del ámbito psiquiátrico tampoco se muestran experiencias sobre el uso expresivo y lúdico de las actividades artísticas aportadas desde la educación artística por la corriente expresiva, ni tampoco discursos que reivindicasen el valor de las obras de los enfermos mentales como sucedió con Jean Dubuffet y el Art Brut.

La autora añade que el arte psicopatológico no tuvo tanta repercusión en los ambientes de las Vanguardias Artísticas españolas. No se conocen grandes colecciones sobre expresiones gráficas realizadas por enfermos mentales hasta los años 60, cuando aparecen algunas iniciativas como la colección del museo del hospital psiquiátrico de Ciempozuelos en Madrid. Estos hechos, sumados a la no institucionalización del psicoanálisis, las deficiencias en el sector de la asistencia psiquiátrica hasta los años setenta y el ambiente conservador en la introducción de innovaciones dificultan la aparición del uso del arte como terapia. Una excepción fue la actuación puntual por parte del *Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica* de Barcelona que llega a ofrecer un servicio de

psicoterapia artística entre los años 50 y 80, hasta desembocar en un servicio de terapia ocupacional. Hernández Merino concluye que el uso de las técnicas psicoterapéuticas de grupo y los programas de rehabilitación psicosocial, desde los años 70, han desplazado el interés por las terapias artísticas hacia las ocupacionales dentro del contexto español.

Durante los años 80 y 90, la carencia de bibliografía y la publicación de artículos sobre arteterapia bajo el nombre de terapia o rehabilitación ocupacional dificultan la labor de identificación de trabajos realizados por profesionales, que hayan llevado a cabo una trayectoria en entornos educativos, clínicos o sociales.

A pesar de las lagunas bibliográficas, se encuentran excepciones, entre otras: la labor ejercida, desde la década de los ochenta, por la arteterapeuta Hernández Merino en los *Servicios de Salud Mental de la Excma. Diputación Provincial* de Valencia; el trabajo de la arteterapeuta M^a Fernanda Delgado en el *Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús* (Madrid), desde el año 1992, y otros acontecimientos como los talleres de arteterapia realizados de forma voluntaria por la *Asociación Cauca* con niños palestinos en 1997. Gracias a la exposición *Semillas de Paz en un jardín de balas* realizada en la Escuela de Voluntariado de Madrid, en junio del 2004, se puede conocer la experiencia a través de las fotografías de Diego López Calvin y Verónica Alcocer del Río.

Por esta razón, se toma como punto de referencia para la aparición del Arteterapia en España, la implantación de los primeros estudios universitarios sobre la materia en Barcelona, con la formación del *Máster de Arteterapia, aplicaciones psicoterapéuticas de la práctica artística*, en 1999, ofertado por la Universidad de Bellas Artes, en colaboración con el Centro de Estudios sobre arteterapia Metáfora. El máster fue diseñado por los arteterapeutas, Joaquim Catalá y Carles Ramos, ambos formados en el *Goldsmiths' College* de la Universidad de Londres y por José María Barragán, profesor titular de la Facultad de Bellas Artes de Barcelona. Su orientación teórica se alimenta de varias corrientes: la Teoría del Arteterapia, Teoría y Crítica del Arte Contemporáneo, Escuela de Relación de Objetos e Independiente Británica, Escuela Intersubjetivista Americana de Psicoanálisis, Grupo Análisis y Psicoterapia Existencialista. Su duración es de tres años que incluyen 1180 horas presenciales entre clases teóricas, práctica clínica y talleres experienciales. El alumnado debe realizar 110 sesiones de psicoterapia individual por cuenta propia.

La iniciativa del máster comienza a gestarse a partir de la experiencia laboral como arteterapeutas, llevada a cabo por Joaquim Catalá y Carles Ramos en diversos centros de la Seguridad Social Británica durante varios años. *“Trabajar en Inglaterra durante un*

tiempo nos dio la ocasión de comprobar cómo se había consolidado el arteterapia como una profesión complementaria a la medicina dentro de los sistemas sanitario y educativo". (Ramos, 2004, pp.13-14).

Tras su regreso a España en 1997, Ramos se encuentra con una situación muy distinta a la de Inglaterra: En primer lugar, observa que existen numerosos profesionales utilizando los medios y materiales artísticos como recursos terapéuticos en diversos ámbitos sociales, (educativo, clínico, asistencial, etc.), con la inquietud de profundizar y mejorar sus conocimientos sobre el tema. Y, en segundo lugar, individuos que ejercen de arteterapeutas sin poseer una titulación que avale su ejercicio profesional sin a su vez, estar asociados a ninguna institución de prestigio como la *Asociación Británica (BAAT)*, la *Asociación Americana (AATA)*, el *Consorcio Europeo de Arteterapia (ECARTE)* o la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP)*, ya existentes en aquel momento. "*Lo que nosotros entendíamos por arteterapia se fundamentaba en una tradición teórica y experimental demostrada, lo que nuestros colegas españoles estaban haciendo se fundamentaba casi únicamente en su propia experiencia o en el mejor de los casos, en los textos en inglés a los que hubieran tenido acceso*". (Ramos, op. cit, pp.13-14).

La necesidad de implantar una línea de estudios sobre Arteterapia, que delimitara con claridad las competencias de estos profesionales, siguiendo el modelo de otros países más avanzados en la materia y así posibilitar la introducción de una nueva profesión en España, se hacía cada vez más obvia.

Según Ramos (2004), en el diseño inicial del primer curso de postgrado de Arteterapia de Barcelona, se destacaron tres requisitos básicos:

1. El proyecto curricular debía estar elaborado por arteterapeutas con una sólida formación y experiencia clínica en Arteterapia.
2. Seguir los criterios establecidos por aquellos cursos de postgrado que estuviesen diseñados en países donde el arteterapia estuviera consolidada como disciplina.
3. Promover el desarrollo de la profesión de arteterapeuta en nuestro país.

En el mismo año, se constituye, dentro del ámbito privado, la Formación en Arteterapia de la AEC, organizado por *Associació per a l'Expressió i la Comunicació*, bajo la dirección de Mireia Bassols y Nilda Estrella, basada en la orientación metodológica de Jean-Pierre Klein y el *Institut Nacional d'Expression, Création, Art et Thérapie* de París

(INECAT). Actualmente, ha pasado a ser un máster universitario con la colaboración de la *Universitat de Vic* y la *Escola d'Expressió Carme Aymerich de l'Ajuntament*, ambos de Barcelona. Su duración es de tres años, consta de 60 créditos ECTS y en los talleres prácticos se incluyen los medios plásticos y visuales, además de otras mediaciones: música, voz, escritura, danza, improvisación teatral, clown y cuentos. También coordinan grupos de trabajo, integrados por profesionales de la AEC, con fines de investigación y extensión social del Arteterapia, como el grupo de investigación "*Creación y Locura*" de la *Universitat de Vic*.

Tras estos primeros pasos, comienzan a proliferar los estudios de postgrado como la formación de Másteres Universitarios en las comunidades de Madrid, Murcia y Gerona.

- En el año 2000, surge el *Máster Universitario en Arteterapia*, organizado por el Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica en la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, dirigido actualmente por Marián López Fernández Cao y la co-directora Noemí Martínez Díez. Actualmente su duración está repartida en dos cursos académicos, con un total de 83 créditos, 650 horas lectivas de clases teóricas y talleres experienciales y 180 horas de prácticas en diversos centros. El Máster de Madrid junto con el Máster de Arteterapia de Metáfora (Barcelona) son miembros del Consorcio Europeo de Enseñanza Universitaria en Arteterapia ECARTE.

- En el 2001, se constituye el *Màster en Art-Teràpia Transdisciplinària i Desenvolupament Humà ISPA*, de carácter privado, organizado por el centro de estudios privado *Centre d'Estudis del Desenvolupament Humà i de les Arts Aplicades*, en Barcelona, dirigido por Mercedes Gysin y Mónica Sorín. ISPA imparte este máster en cooperación y con el aval de la *European Graduate School - EGS*, de Suiza, que aglutina a dieciséis institutos de Europa, Israel, USA y Canadá, los cuales configuran la *International Network of Expressive Arts Therapy Training Centers*. Su enfoque es transdisciplinar, combinando entre sí diferentes artes: el teatro, la literatura, la música, la danza y la expresión corporal. El periodo formativo consta de dos años con 336 horas lectivas, 30 horas de supervisión y 300 horas de prácticas. También se le exige al alumnado que realice una psicoterapia individual de un mínimo de 30 horas por cuenta propia. Al finalizar el máster, ISPA ofrece un curso opcional centrado en la supervisión de 270 horas.

- En el 2004, comienza el *Máster Universitario en Arteterapia y Mediación Plástica*, organizado por la Escuela Universitaria de Prácticas Psicológicas en la Universidad de Murcia y Mancomunidad de Valle de Ricote. Sus directores son Francisco Jesús Coll

Espinosa y Javier Corbalán Berná. Se compone de 83 créditos repartidos en dos años de formación. Desde el año 2008, los arteterapeutas titulados por la Universidad de Murcia pueden profundizar sus conocimientos con un tercer curso de *Especialista Universitario en Clínica, Psicopatología y Psicosomática* en Arteterapia, de 26 créditos.

- En el año 2005, se inicia el *Màster Integratiu en Artteràpia*, organizado por *Fundació UdG: Innovació i Formació, Associació GREFFART i Fundació Letbe*. Sus directores son Miquel Angel Izuel Currià y David Ballester Ferrando. Se realiza en dos años con un total de 74 ECTS. Además de los talleres plásticos, incluye un taller específico de fotografía, uno de escultura y uno de dramatización. Desde *Greffart* se ofrece la posibilidad de realizar trabajos de supervisión. También se ofrece a los alumnos y ex-alumnos formar parte de una bolsa de trabajo y la realización de prácticas en empresas y/o instituciones.

Todas las instituciones citadas ofrecen la posibilidad de realizar cursos monográficos sobre arteterapia.

Además de los másteres universitarios, algunas universidades españolas han ofertado cursos y asignaturas sobre Arteterapia incluidas en los planes de estudios de grado. Uno de los primeros fue el curso introductorio *Terapia a través del Arte*, de 250 horas, propuesto por Virtudes Martínez Vázquez, profesora en la Facultad de Educación de Granada, con la colaboración de tres universidades: Barcelona, Complutense de Madrid y Hertfordshire (Inglaterra), en diciembre de 1999. La gran acogida por parte del alumnado generó la posibilidad de implantar un máster en la Universidad de Granada, proyecto que actualmente sigue pendiente. Sin embargo, el Área de Plástica presenta una asignatura de Arteterapia de libre configuración en los planes actuales a cargo de Martínez Vázquez.

Javier Abad impartió, desde el curso 2000-2001 al 2003-2004, la asignatura optativa *Terapia Ocupacional a través de la Expresión Plástica: Arteterapia*, dirigida a estudiantes de Magisterio, Terapia Ocupacional y Educación Social en el Centro Superior de Estudios Universitarios *La Salle*, adscrito a la Universidad Autónoma de Madrid. También llevó a cabo en el mismo centro la coordinación del curso *Arteterapia y Desarrollo Humano* de formación permanente impartido por Elvira Gutiérrez durante dicho periodo.

En el año 2003 y 2005, el profesor de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, Pablo Saz Peiró, dirige dos cursos de musicoterapia y arteterapia en el programa de la escuela de verano con una temática centrada en población de la tercera edad. El curso fue impartido por profesores de las universidades Autónoma de Madrid, la Pontificia de Salamanca y la de Zaragoza, del Instituto de Musicoterapia "*Música, arte y proceso*" de Vitoria y del *Centro de Estudio de Danza-Arteterapia*, de Cagliari

(Italia). En el 2007, se vuelve a repetir la experiencia, a manos de María Belén López Casano y expertos procedentes de las universidades de Zaragoza, Autónoma de Madrid y Ramón Llull, así como de la *Asociación Aragonesa de Musicoterapia*, *Asociación Catalana de Musicoterapia*, *Centro de Estudio de Danza-Arteterapia* (Cagliari, Italia), *Asociación Parkinson Aragón*, Ayuntamiento de *Villanueva de Gállego* y Colegio Público *Torreramonga*. Y, en el 2008, Saz Peiró y Virtudes Morcillo retoman la experiencia con un curso destinado a introducir a los asistentes en las posibilidades de las actividades artísticas, dentro de un encuadre terapéutico con población infantil.

Entre los centros de carácter privado más destacables que imparten cursos monográficos de iniciación y profundización al arteterapia se encuentran:

- La escuela *Inter-Art*, dirigida por la arteterapeuta Chus Torrens, convoca cursos de Monitor en Arte-Terapia desde el año 2000. Cada curso dura 110 horas lectivas, 70 horas de trabajos de investigación e incluyen una prueba escrita. Tras la solicitud de demandas, se establece un Máster en Arte-terapia desde el 2004. Consta de 150 horas lectivas y 300 horas de prácticas en centros especializados. También se realizan tres pruebas escritas y una tesina. La escuela ofrece la posibilidad de integrar a sus alumnos en una bolsa de trabajo, una vez finalizada la formación. La titulación recibida está avalada por *Inter-Art* y por la *Fundación de Disminuidos Psíquicos Ramón Rey Ardid*, de Zaragoza.

- *El caminante: Escuela de Arteterapia Humanista de Andalucía* (Málaga), dirigida por Javier Almán Viñas, desde el año 2000. La formación está basada en la orientación de la Terapia Gestalt y Bioenergética donde la música, la danza, la pintura, la escultura, la fotografía, el vídeo, la escritura y el teatro se utilizan conjuntamente. Tiene una duración de tres años y cubre un total de 700 horas. Actualmente el centro cuenta con un espacio en Sevilla, realizando uno de los talleres grupales de Arteterapia.

- El *Centro de Arteterapia Humanista* (Madrid), dirigido por Elvira Gutiérrez Rodríguez⁴¹ desde el año 2003, presenta un programa formativo de tres años fundamentado en la psicología humanista gestáltica. Los cursos están avalados por la *Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas*, F.E.A.P., la *Asociación Española de Arteterapia Gestalt*, A.E.T.G.

⁴¹ Elvira Gutiérrez, antes de concretar su labor como docente en el año 2003, fue la primera investigadora que escribe una tesis doctoral sobre arteterapia en España, en el año 1999, además de haber participado en proyectos como la organización de Talleres de arteterapia para grupos de personas sin hogar en colaboración con la asociación RAIS (Madrid) descrito en el artículo *Arte-Terapia para grupos de personas sin hogar*. (2000).

- En la *Escuela de Arteterapia del Mediterráneo* (Barcelona), dirigida por Ramón Ballester, desde el año 2002, se puede realizar una formación eminentemente práctica de tres años repartidos entre 600 horas de trabajo vivencial y 100 horas de formación teórica. Existe la posibilidad de continuar un cuarto año centrado en la supervisión terapéutica, técnica de propuestas de trabajo y la realización del proyecto de fin de curso. Los estudios están reconocidos por la AEA (Asociación Española de Arteterapia).

- La *Fundación ICSE*, vinculada al *Instituto de Ciencias Sanitarias y de la Educación*, imparte cursos monográficos de arteterapia con formato en ECTS⁴² en Madrid, Sevilla, Valencia, desde el año 2007 y, en Alicante, desde el 2008. Colaboran como docentes Pilar Domínguez Toscano, Daniela Aliotta, Ming Yi Chou, Laura Carrasco Lozano, Laura Escudero Murillo y Astrid Süess.

- Trinidad Ballester Monfort y Bernardo Ortín Perez dirigen el centro *Zen-Tre* en Valencia. Organizan cursos monográficos dirigidos a profesores, psicólogos, médicos, educadores, etc.

- *L'Escola* realiza cursos de formación permanente sobre temas de Arte y Diseño. Son cursos de especialización, ofertados por la Universitat Autònoma de Barcelona para alumnos que deseen profundizar en su formación universitaria. Eva Marxen y Francesca Piñol dirigen cursos de arteterapia, desde el 2008.

- Anna Freijomil ofrece talleres de formación en arteterapia a diversos colectivos desde el año 2006. A partir del 2008, organiza y dirige cursos formativos orientados a personal del mundo de la educación, maestros, educadores sociales, etc., en diferentes escuelas públicas y privadas de Cataluña a través de la *Fundación Catalana de l'Esplai*.

- Durante el 2008, Ángel Cagigas Balcaza organiza en la Sede Antonio Machado de Baeza (Jaén), el curso *Arte y locura: entre el arte psiquiátrico y la arteterapia*; y María Antonia Hidalgo Rubio coordina el curso de *La Expresión Artística como medio para la integración social. Arte, Creatividad y Arte terapia*, en el *Centro Cultural Olavide*, en Carmona, Sevilla. El mismo año el centro *Tupilak* de Barcelona comienza a impartir talleres de arteterapia dirigidos por Miguel Cintas.

- Ruth Antolín imparte en el 2008 un curso monográfico en la asociación *Bolunta*, en Bilbao, para el voluntariado y la participación social, con la finalidad de dar a

⁴² Sistema de créditos europeos.

conocer el arteterapia a través de una introducción práctica sobre la materia. Experiencia que volverá a repetir en febrero de 2009.

- La Galería de Arte *Citania*, en Santiago de Compostela realiza seminarios intensivos de Arteterapia y de Arte Contemporáneo, a partir del mes de enero de 2009. Las docentes son Ana Costas, artista plástica con formación en Arteterapia y Susana Mariz, Historiadora del Arte.

2.3.2. Área Profesional

En el área profesional, la instauración de los diversos másteres y estudios especializados en arteterapia comienza a dar sus frutos con las primeras promociones de alumnos, cuyas actuaciones profesionales y de investigación, se van difundiendo progresivamente por los diferentes ámbitos: Educativo, Psiquiátrico, Médico y Social, tanto a nivel público como privado.

A partir de 1999, la Universidad de Barcelona y el centro de estudios Metáfora establece una serie de convenios con centros y colectivos muy diversos. Los convenios permiten a los alumnos desarrollar proyectos de intervención supervisada⁴³ en Arteterapia de un mínimo de 600 horas, con un seguro de responsabilidad civil y una serie de deberes y derechos suscritos por la Universidad, el centro colaborador y alumnado. Algunas instituciones han pedido a los alumnos continuar con la labor iniciada durante las prácticas del máster, una vez terminados los estudios.

Actualmente hay ciento treinta y siete centros colaboradores en convenios arteterapéuticos. La mayor parte de las instituciones participantes están en Cataluña, pero también se han establecido acuerdos en otras comunidades como Andalucía, Murcia, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra, Euskadi, Baleares, Canarias, Cantabria, etc., y en otros países como Austria, Suiza, Portugal, Alemania y Francia.

Monserrat Montané, actual coordinadora de los convenios realizados desde la Universidad de Barcelona y Metáfora, resume los centros colaboradores en las siguientes categorías: 31 CEIP (Centros de Educación Infantil y Primaria), 12 IES (Institutos de

⁴³ Todo trabajo clínico hecho desde el Máster es supervisado regularmente por un equipo de ocho arteterapeutas y psicoterapeutas.

Educación Secundaria), 17 CEE (Centros de Educación Especial), 18 CSM (Centros de Salud Mental adultos), 9 hospitales, 9 Centros de Discapacitados, 17 Centros geriátricos y Centros de Día para ancianos, 2 Centros Penitenciarios, 7 Centros de Bienestar Social, 7 Casas de Acogida para niños y adolescentes, 2 Centros de Anorexia, 3 Centros de Atención a Toxicómanos, 1 Asociación de Parkinson, 1 Asociación de Fibromialgia, 1 Asociación de Oncología, 1 Centro de Atención a Inmigrantes, 1 CAP (Centro de Atención Primaria), 1 Asociación de SIDA, 1 Asociación de Mujeres (violencia doméstica).

44

A nivel privado, los arteterapeutas de Metáfora también ofrecen un espacio clínico con modalidades de tratamiento individual y grupal (grupos experienciales y grupos abiertos) para cualquier tipo de usuario.

De forma análoga, la asociación Greffart realiza grupos de trabajo arteterapéutico en diferentes instituciones sanitarias, sociales, educativas, socio-comunitarias, a petición de las mismas. Actualmente las aplicaciones se realizan en pacientes con trastornos de alimentación, drogodependencias y otras adicciones, tercera edad, salud mental, discapacidades, dificultades escolares, atención a la mujer y desarrollo creativo. Del mismo modo, se trabaja de forma individual con personas que quieran llevar a cabo un proceso de cambio o de desarrollo personal.

ISPA posee un consultorio de arteterapia tanto individual como grupal. El equipo de arteterapeutas, compuesto por Anna Buxaderas, Lluís Peñaranda, y Lourdes Ponsetí, puede aconsejar la participación de un psicólogo, psiquiatra o de un médico generalista o neurólogo. Se trabajan principalmente trastornos emocionales (Depresión, ansiedad, estrés, insomnio), desorientación existencial, falta de autorregulación y autoestima, problemas adaptativos en pacientes afectados por cáncer, SIDA, procesos crónicos, situaciones de pérdida y duelo, adicciones y drogodependencias, déficit de Atención e hiperactividad infantil, retraso escolar y problemas de aprendizaje.

Los centros privados: *El Caminante*, el *Centro de Arteterapia Humanista* de Elvira Gutiérrez, la *Escuela de Arteterapia del Mediterráneo*, el *Institut Integratiu* e *Inter-Art* ofrecen la modalidad de psicoterapia por el arte, para todo tipo de poblaciones en sesiones individuales y grupales.

El centro *Inter-Art* organiza para sus usuarios encuentros artísticos mensualmente, con invitación de artistas, visitas a museos, organización de exposiciones,

⁴⁴ La información fue facilitada por Montané vía mail el 21 de enero de 2009.

ciclos y tertulias culturales. A su vez, oferta una bolsa de trabajo para los pacientes que, una vez restablecidos, deseen incorporarse al mundo laboral.

2.3.3. Área de Investigación

En el campo de la investigación arteterapéutica destacan las primeras publicaciones de tesis doctorales, bibliografía en castellano, la organización de encuentros de carácter científico: Jornadas, Congresos, Seminarios y la realización de convenios entre las universidades y entidades públicas.

Respecto a la producción de tesis doctorales, se observa un predominio de trabajos empíricos, basados en estudios de campo relacionados con la aplicación del arteterapia, principalmente en ámbitos de salud mental, reinserción social y contextos educativos.

La arteterapeuta Elvira Gutiérrez realiza la primera tesis doctoral, *Arteterapia con orientación gestáltica* (1999), sobre arteterapia en España. La investigación fue dirigida por Noemí Martínez Díez, profesora del Departamento de Expresión Plástica de la Facultad de Educación en la Universidad Complutense.

En el 2000, aparecen dos tesis: *Expresión Artística y Terapia. Talleres de Expresión Plástica para pacientes psiquiátricos en un hospital de día*, de Carmen Alcalde Spirito defendida en la Universidad Complutense de Madrid. Y *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España (1917-1986)*, de Ana Hernández Merino, por el Departamento de Historia del Arte y Comunicación Visual de la Universidad Politécnica de Valencia. En el 2001, Isabel María Jiménez Arenas lee su tesis doctoral, *La expresión plástica de Louise Bourgeois. Estrategias feministas para una praxis terapéutica*, en la Universidad de Valencia, Departamento de Estética.

En el mismo año, Ana María Mampaso presenta su tesis: *La Video-Animación: Aplicaciones en los campos del desarrollo social y comunitario, la Educación Artística y el Arteterapia*, por el Departamento de Expresión Plástica de la Facultad de Educación en la Universidad Complutense. Un año después, María Vassialiadou Yiannake expone su tesis doctoral *La expresión artística como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos. Arteterapia y Esquizofrenia*, desde el mismo departamento.

En Barcelona, Ascensión Moreno González presenta por la Facultad de Bellas Artes la tesis *Aportaciones del Arte-terapia a la Educación Social en Medio Abierto*, en el 2003.

Otras tesis doctorales destacables son: *Técnicas Plásticas del Arte Moderno y la posibilidad de su aplicación en Arteterapia* (2004), de Lilia Polo Dowmat; *Creación artística y enfermedad mental* (2006) de María del Río Diéguez; *Implantación del servicio de terapia a través del arte en un gran hospital*, de Laura Rico (2007). Y las tesis en curso de Mónica Cury Abril: *Arteterapia y Trauma*; y de Inmaculada Reboul Langa: *Arteterapia y enfermedad de Alzheimer*.

La mayoría de las tesis doctorales presentadas en España pertenecen a la sección departamental de Didáctica de la Expresión Plástica. La producción de tesis puede estar relacionada con la posibilidad que ofrecen los miembros de dicho departamento, muchos de ellos vinculados al máster de arteterapia, de iniciar al alumnado en una carrera científica con cursos de doctorado especializados en dicha disciplina. El contenido del programa de doctorado, *Aplicaciones del Arte en la Integración Social: Arte, Terapia y Educación en la diversidad*, centra sus contenidos en aquellos aspectos específicos donde el ámbito artístico y de la educación artística puedan potenciar distintas capacidades y habilidades en ámbitos de atención social, clínica y de necesidades educativas especiales. El programa es interuniversitario, con la posibilidad de poder realizarlo en Universidad Complutense de Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Valladolid.

En cuanto a la publicación de bibliografía sobre la materia, la mayoría de las fuentes primarias españolas son compilaciones de artículos escritos por diversos autores⁴⁵, en torno a temáticas centradas esencialmente en definir el concepto de arteterapia, sus diferencias respecto a otras disciplinas afines y descripciones cualitativas de estudios de casos con diversas poblaciones. Según las fuentes publicadas, los colectivos donde se han realizado programas de arteterapia con mayor frecuencia son: en salud mental e integración escolar, seguidos por discapacidades, violencia de género, oncología y finalmente los estudios relacionados con trastornos alimentarios, geriatría, inmigrantes y centros penitenciarios. También se percibe una producción mayor de publicaciones durante el año 2006, coincidiendo además con la aparición de las dos primeras revistas especializadas en la materia: *Arte-terapia y Artes. Encuentros con la expresión*, (Murcia, 2006) y *Arteterapia, papeles*

⁴⁵ Como Collette, N. y Hernández, A. (Ed.) (2003); Domínguez Toscano, P. (Ed.) (2004) y (2006); Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Ed.) (2004); Coll, F.J. (Ed.) (2006); López Fdz Cao, M. (coord.) (2006); Bonet, E. (coord.) (2008).

de arteterapia y educación artística para la inclusión social, (Madrid, 2006). Respecto a las fuentes primarias en castellano especializadas en métodos y procedimientos arteterapéuticos, no se ha detectado ninguna que trate esta temática de forma exclusiva.

Gran parte de la bibliografía española sobre arteterapia ha sido fruto de los diversos encuentros científicos celebrados en varias comunidades autónomas desde el 2001, con una periodicidad prácticamente anual: *Jornadas I de Arte, Terapia y Educación*,(Valencia, 2001); *Jornadas I: Aportaciones de las Terapias Creativas en el ámbito Educativo*,(Salamanca, 2002); *7ª Conferencia organizada por el Consorcio Europeo para la Educación en Arteterapia (ECARTE)*, (Madrid, 2003); *I Jornadas de Arteterapia y Educación* (Huelva, 2004); *Jornadas II: Terapias Artístico-Creativas en la atención a la diversidad*. (Salamanca, 2004); *Jornadas II de Arte, Terapia y Educación*, (Valencia, 2005); Cataluña: *I Congreso Nacional de Terapias Creativas*, (Barcelona, 2006). *I Congreso: Arte terapia y sus aplicaciones*, (Murcia, 2006); *II Jornadas de Arteterapia para la igualdad*, (Huelva, 2007). Madrid: *I Jornada Profesional de investigación de Terapias Creativas*. (Alcorcón, 2007); *II Congreso de Arte terapia: Imágenes del Inconsciente*. (Murcia, 2009).

Otro dato de interés que ha potenciado el área profesional del arteterapia a nivel científico, ha sido el proyecto de investigación sobre Talleres de Arteterapia en Distintos Ámbitos Sociales, efectuado por etapas, a partir del convenio firmado en el año 2003, entre el Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica de la U.C.M y la Fundación Coca-Cola, dirigidos por Noemí Martínez Díez y Marián López Fernández Cao.

La primera etapa del proyecto se lleva a cabo con población infantil y adolescente de tres hospitales madrileños: el *Hospital Clínico San Carlos*, coordinado por Juana Alba Delgado, Marián Alonso Garrido, Carlos Olavarría García Perrote y Elena Sánchez Ramos, en las modalidades de “taller en aula” y “cama a cama”; el *Hospital Universitario de La Paz*, con las arteterapeutas Ana Belén Núñez Corral, Teresa Pereira Rodríguez y Laura Rico Caballo, en las modalidades de “taller en aula” en la Unidad Infantil de Cirugía 2, planta de Oncología y en sesiones “cama a cama” en la Unidad Infantil de Cirugía 2, en Pediatría 1 y en Trasplantados de Pediatría; el *Hospital Ramón y Cajal*, con las arteterapeutas Ana Belén Núñez Corral y Ana González Diz en las modalidades de “taller en aula” y “cama a cama”.

Los objetivos principales propuestos fueron:

- Entender el arte como vehículo para la mejora social, física y personal.
- Aplicar la creatividad y sus técnicas en la mejora y desarrollo de los grupos atendidos.
- Aumentar la autoestima.
- Disminuir el desajuste emocional que la enfermedad puede causar.
- Enseñar al o la paciente a canalizar sus sentimientos a través de la creación y a enfrentarlos.
- Mejorar la comunicación y la vinculación social.
- Facilitar la relajación a través de las imágenes artísticas.
- Facilitar un espacio de creación y expresión. (Martínez Díez, 2006b, p.48)

En los tres hospitales se ha trabajado en formato grupal, para promover la integración y socialización, y en formato individual, con la modalidad de cama a cama para los pacientes con una estancia prolongada en el hospital. El trabajo se realizó a través de un diario de artista mediante la integración de dibujos, escritos y fotografías de las experiencias personales de los pacientes. También se incluyen técnicas pictóricas usando como soportes radiografías y material hospitalario, para familiarizar a los pacientes con los elementos hospitalarios y disminuir así los niveles de estrés y ansiedad. En la planta de oncología se integraron además técnicas de fototerapia y videoterapia. (Martínez Díez, 2006a).

Durante esta primera etapa también se realizaron talleres con personas afectadas por Alzheimer en el *Centro de Día Edad Dorada* de la *Organización Mensajeros de la Paz* en Madrid. Las arteterapeutas Raquel Pérez Fariñas y María del Río han trabajado con dos grupos de pacientes bajo la supervisión de la psicóloga del Centro. Se trató de trabajar el mantenimiento de las capacidades y destrezas tanto funcionales como personales, y el desarrollo de la expresión.

Tras un segundo acuerdo, comienza una nueva etapa del proyecto que prosigue, un año más, las investigaciones en los hospitales. En el *Hospital Ramón y Cajal* se amplía el ámbito de intervención con dos talleres, uno para pacientes adultos de la planta de oncología y, otro, con hijos de mujeres víctimas de malos tratos dentro del programa de menores de la *Comisión para la investigación de los Malos Tratos a Mujeres*.

En el taller de arteterapia con adultos enfermos de cáncer, realizado por los arteterapeutas Leonor Uriarte y Carlos Olavaria, se trató de dar apoyo a los pacientes a la hora de afrontar su nuevo estado de deterioro físico, mental y de inactividad, la aceptación

de distanciamiento de la familia, la pérdida del rol social o del ejercicio profesional, y el enfrentamiento con los estados emocionales. Se encontraron resistencias en muchos de los enfermos que no querían salir de la habitación, ni enfrentarse a lo desconocido, sin embargo progresivamente se ha apreciado un aumento de la comunicación y de expresión de sus sentimientos y emociones.

El taller dedicado a los niños de mujeres víctimas de maltrato, fue coordinado por la arteterapeuta Elena Sánchez. Las actuaciones fueron dirigidas, principalmente, a la descarga de tensiones y el desarrollo de su creatividad.

La tercera etapa de investigaciones se inaugura con dos nuevos talleres: uno destinado a mujeres maltratadas, a cargo de Teresa Pereira y, el segundo, con población infantil autista, realizado en el *Colegio Aleph* coordinado por Ana Belén Núñez.

Otra investigación en marcha son los programas de arteterapia diseñados por Noemí Martínez⁴⁶ y Ana González Diz, destinados a personas afectadas con el Síndrome de Tourette en colaboración con AMPASTTA y subvencionados por la Caixa y Caja Castilla de La Mancha.

En el 2006, concluyeron los dos primeros talleres, uno con un grupo de menores entre 7 y 15 años, en sesiones semanales de hora y media de duración, bajo la dirección de la arteterapeuta Carmen Fajardo y, el segundo, con un grupo de adultos con sesiones semanales de dos horas de duración, con la arteterapeuta Ana González Diz.

En Andalucía destacan los proyectos de investigación realizados desde el año 2005 en los Hospitales Universitarios *Virgen del Rocío* de Sevilla. El equipo formado por Domínguez Toscano, Tutosaus Gómez, Moreno Nogueira, Casas Fernández, López Narbona, y Machuca, destinó sus indagaciones a valorar la efectividad de un programa de intervención arteterapéutica en pacientes con cáncer de mama. También destacan las investigaciones de Domínguez Toscano: *Arteterapia en el Tratamiento de la Desventaja Sociocultural. Programa de Intervención en Ciudad de los Niños*, en el centro de acogida de la *Ciudad de los Muchachos* (2005-2006) y en el Módulo 6 del *Centro Penitenciario de Huelva* (2007).

María Dolores Callejón Chinchilla (2004) ha realizado varios talleres de integración social para disminuir la violencia en colegios e institutos de Andalucía, alguno en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.

⁴⁶ Una de las primeras codirectoras del Máster de Arteterapia de la Universidad Complutense de Madrid.

2.3.4. Asociaciones

Tomando como ejemplo las iniciativas de países pioneros en la materia, dentro del contexto español se han constituido una serie de asociaciones de arteterapia con la intención de aunar esfuerzos para promover el desarrollo disciplinar y profesional arteterapéutico.

La primera asociación española de arteterapia se constituye en Barcelona en 1998. *La Asociación para la Expresión y la Comunicación* (A.E.C.) reúne a profesionales de diversos ámbitos, que tratan de alcanzar los siguientes objetivos:

- Promover y ser una referencia en la investigación y el desarrollo en los campos de la expresión y la comunicación, a partir del modelo de grupos de trabajo.

- Servir de plataforma para la conexión de diversos profesionales y entidades públicas y privadas con inquietudes sociales similares.

- Formar profesionales y dar servicio de asesoría a diversos colectivos. (A.E.C., 2008).

Tres años más tarde aparece *ACLEDIMA* (Asociación Castellano-Leonesa para el estudio, desarrollo e investigación de la Musicoterapia y del Arteterapia). *Acledima* es una asociación regional sin ánimo de lucro creada en Salamanca por personas de diferentes provincias de Castilla y León. La asociación va destinada tanto a las personas que han cursado estudios de Musicoterapia o Arteterapia como a los que tienen interés o algún tipo de formación sobre ambas materias. Sus principales objetivos son:

- Compartir información sobre Musicoterapia y Arteterapia en cursos, jornadas, congresos, publicaciones, documentos internos y experiencias para crear una red que acabe con la dispersión y el aislamiento en dichos campos.

- Promover el estudio, desarrollo e investigación en estas disciplinas en nuestra comunidad, tanto a nivel personal como en proyectos colectivos.

-Representar a Castilla y León en conferencias, reuniones jornadas y congresos de ámbito nacional e internacional.

-Establecer una relación permanente con Instituciones y Organismos nacionales e internacionales, públicos y privados, que persigan objetivos comunes. (ACLEDIMA, 2003).

En el 2002, se fundan dos asociaciones: la *Asociación Española de Arteterapia*, (A.T.E.) de Barcelona y la *Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia* (AFIA) de Madrid.

La *Asociación Española de Arteterapia*, ATE, es una asociación profesional sin ánimo de lucro presidida por Sibylle Cseri, compuesta por arteterapeutas y otros profesionales afines. Sus objetivos principales son regular la práctica y la formación del arteterapia, ayudar a su consolidación y alcanzar el reconocimiento oficial de la profesión en el Estado Español.

La asociación se rige por una serie de normas y recomendaciones homólogas a las de otras asociaciones de arteterapia de países donde la profesión está reconocida. Los criterios establecidos por *British Association of art Therapists* (BAAT), *American Art Therapy Association* (AATA), la *Federación Española de Asociaciones de psicoterapia* (FEAP) y *European consortium of arts therapies*, (Ecarte), han sido los principales referentes para establecer un código ético propio para el ejercicio del arteterapia en España y, a la vez homologable, con el resto de Europa. ATE ofrece información a aquellas personas que necesiten encontrar un arteterapeuta acreditado con un listado de profesionales accesibles en la página web de la asociación y una tabla orientativa de honorarios. Con estas actuaciones intentan acabar con el intrusismo y asegurar que los usuarios obtengan un tratamiento de arteterapia debidamente reglado. Por lo tanto, actúa como Colegio Profesional con la regulación de la práctica clínica y la formación en arteterapia.

La *Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia* A.F.I.A. es una asociación de profesionales y amigos del Arteterapia, dirigida por Mónica Cury Abril para ayudar a regular una práctica profesional responsable y promover su desarrollo. Mantiene vínculos con otras asociaciones profesionales de arteterapeutas y de otras Terapias Creativas del contexto español y latinoamericano, con la finalidad de lograr una homologación nacional e internacional de la profesión. Los objetivos que lleva a cabo A.F.I.A. son:

-Promover el reconocimiento oficial legal y fiscal del Arteterapia en España.

-Buscar la homologación con otras asociaciones similares de importancia internacional, como la AATA., BAAT, etc.

-Crear:

Grupos de trabajo, lectura, investigación y proyectos que promuevan el Arteterapia en España y Latinoamérica.

Un seguro de responsabilidad civil para la práctica privada del Arteterapia.

Un foro permanente de encuentro de arteterapeutas.

Una Base de datos bibliográfica sobre las investigaciones realizadas o en curso y sobre las distintas áreas y disciplinas afines.

Un directorio de arteterapeutas reconocidos donde poder derivar clientes y una lista de supervisores.

Una comisión permanente de código ético de conducta profesional.

Información sobre eventos y formación pertinentes.

Vínculos con otras asociaciones, entidades, organismos, instituciones de interés similar. (A.F.I.A., 2009).

En el 2004, se constituye *El Grupo de Investigación y Formación en Arteterapia Greffart*, en Barcelona, presidido por Miquel Izuel. Esta asociación profesional de arteterapeutas dirige sus intereses en:

- Defender y potenciar la actuación profesional de los arteterapeutas para proteger a sus usuarios, pacientes y clientes, de prácticas inadecuadas.

- Constituir grupos de investigación abiertos que reúna a profesionales del mundo del arteterapia, del arte y de la clínica, comprometidos en desarrollar estructuras de trabajo, formativas, de investigación y asociativas.

- Trabajar y compartir proyectos afines al arteterapia con personas, grupos o instituciones, de los ámbitos: sanitario, educativo, socio-comunitario, etc.

- Dar a conocer el arteterapia a todos aquellos que tengan interés o necesiten del mismo. (Greffart, 2008).

Otras asociaciones de nueva creación son las establecidas en Andalucía con la *Asociación Andaluza de Arteterapia*, (Asanarte, 2007), dirigida por Pilar Domínguez Toscano desde Sevilla. Y *Recorridos*, Asociación de Terapias Artísticas, constituida en el ámbito granadino por profesionales del arteterapia y la danzaterapia. Su finalidad es la de:

- Crear un foro de intercambio, asesoramiento y formación continua en Terapias Artísticas (Arteterapia, Danzaterapia, Dramaterapia, Músicoterapia) para los miembros de la asociación y otras personas interesadas.

- Colaborar en el establecimiento de estándares profesionales y criterios éticos en el ejercicio profesional.

- Ampliar y divulgar el conocimiento sobre Terapias Artísticas a personas interesadas a través de actividades informativas, formativas y científicas.

- Hacer consciente a la sociedad de la importancia de las Terapias Artísticas, en diferentes ámbitos de intervención, como factor de bienestar social.

- Fomentar el acceso de diferentes colectivos sociales a las Terapias Artísticas.

- Promover la realización de actividades de investigación sobre las metodologías nombradas y sus campos de aplicación.

- Colaborar con otras asociaciones afines⁴⁷.

Con la finalidad de cumplir los principales objetivos relacionados con la regularización de la formación y de la práctica arteterapéutica, el *I Congreso Nacional de*

⁴⁷ La información fue facilitada por Süess vía mail el 25 de diciembre de 2008.

Terapias Creativas de Barcelona (2006) organiza por primera vez grupos de trabajo entre algunas de las asociaciones e instituciones que imparten formación en las principales terapias creativas (Arteterapia, Musicoterapia y Danzaterapia). En el campo arteterapéutico, los profesionales participantes fueron representantes de *Greffart*, *A.T.E.*, *A.F.I.A.* y miembros de los principales másteres de Arteterapia españoles.

Del encuentro se derivaron las siguientes tareas a realizar en el campo del Arteterapia:

- Establecer una federación de asociaciones de terapias creativas donde se incluya el Arteterapia, la Musicoterapia, la Danzaterapia⁴⁸. Cada una de las terapias creativas quedará definida por su propio código ético con el fin de proteger a los posibles usuarios del intrusismo.

- Recoger y registrar profesionales independientes para concretar el número de arteterapeutas existentes para poder exigir un seguro civil y una presencia en los sindicatos.

- Necesidad de darse a conocer, buscar fórmulas para llegar a la administración, encontrar procedimientos adecuados para el reconocimiento profesional.

- Intentar la comunicación entre las asociaciones regionales existentes y evitar la dispersión.

- Realizar periódicamente comisiones de trabajo.

En cuanto a los aspectos de formación académica:

- Acordar si debe ser una formación universitaria de grado o de postgrado o ambas y los requisitos mínimos exigibles para la labor profesional.

- La convergencia de los estudios universitarios actuales en créditos Ects.

- Consensuar el número de horas lectivas de los cursos y másteres, los criterios de supervisión.

- La exigencia o no de terapia personal y modos de verificarla.

- Inclusión o no de módulos de otras terapias creativas. (*ATE*, 2009).

⁴⁸ Respecto a la Dramaterapia no se encontraron profesionales que la representaran en el congreso.

Un año después, se celebra en Alcorcón: *I Jornada Profesional de investigación de Terapias Creativas*, con la intención de seguir la comisión de trabajo iniciada en Barcelona, esta vez centrada en un espacio de encuentro entre profesionales del arteterapia a nivel nacional para compartir experiencias e intercambiar el desarrollo de la profesión. Uno de los temas principales tratados fue dar a conocer el proyecto sobre la Federación y someterlo a debate. También se presenta la *Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Arteterapia* (FEAPA) fundada por AFIA, GREFART y ATE.

En el boletín número tres de A.T.E, de julio de 2008, se resumen los temas tratados en las últimas reuniones llevadas a cabo por los representantes directivos de las tres asociaciones que hasta el momento componen la FEAPA. Los puntos trabajados fueron:

- Objetivos de la federación de Arteterapia
- Propuesta para establecer grupos de trabajo y comenzar a dinamizar el funcionamiento de la Federación recogidos en las siguientes comisiones:
 - Comisión para redactar los Estatutos.
 - Comisión para redactar el Código Ético.
 - Comisión para la organización de jornadas, conferencias y eventos.
 - Comisión para la elaboración de una revista de Arte Terapia promovida por la Federación. (p. 1)

Durante la última reunión del año 2008 celebrada en Barcelona, el 22 de noviembre de 2008, se siguieron trabajando todos los temas descritos anteriormente. También se ha elaborado un seguro para los arteterapeutas que estén interesados. Estos hechos demuestran el interés creciente por resolver los aspectos profesionales, docentes y de investigación en Arteterapia, que están pendientes, y una perspectiva prometedora, siempre que se mantenga una cierta continuidad e implicación en la labor.

Capítulo 3. Principales Orientaciones Teórico-Methodológicas en Arteterapia

“Cualquier enfoque teórico de la terapia artística debe tener en cuenta la noción de creatividad vinculada con todos los procesos artísticos”. (Dalley, 1987, p. 19)

Introducción

El presente capítulo desarrolla los principales autores, conceptos, objetivos, aplicaciones y procedimientos de las orientaciones teórico-metodológicas utilizadas en la práctica arteterapéutica.

Se observará que, a pesar de la independencia adquirida por el arteterapia como materia, desde sus inicios hasta la actualidad, las orientaciones teórico-metodológicas, más conocidas entre los profesionales, se han apropiado de la nomenclatura psicoterapéutica. A diferencia de otras terapias creativas como la musicoterapia, en la práctica arteterapéutica no existen métodos consensuados a nivel internacional que no aludan a las prácticas psicoterapéuticas, ni tampoco a los métodos más extendidos en su ámbito de aplicación⁴⁹. Este hecho genera un amplio abanico de “arteterapias”, donde la flexibilidad se convierte en su característica principal.

No obstante, entre la considerable variedad de corrientes psicoterapéuticas reconocidas actualmente⁵⁰, las que han influido de forma más directa en la práctica arteterapéutica se pueden agrupar en las siguientes: Psicoanalítica, Humanística, Psicoeducativa, donde se podrían agrupar las orientaciones Conductuales, Cognitivo-

⁴⁹ En el IX Congreso Mundial de Musicoterapia celebrado en Washington (Noviembre, 1999) se reconocieron cinco modelos básicos de trabajo utilizados internacionalmente en el ámbito de la musicoterapia: Modelo Conductista, Modelo Analítico, Modelo Nordoff-Robbins, Modelo GIM y Modelo Benenzon. (Sabbatella, 2003). Los tres últimos modelos consensuados, Nordoff-Robbins, GIM y Benenzon no hacen alusión en su nomenclatura a ninguna corriente psicoterapéutica.

⁵⁰ Según Sinelnikoff (1999), existen actualmente más de cuatrocientas psicoterapias catalogadas.

conductuales y de Desarrollo Cognitivo, y por último Ecléctica o Multimodal. (Arias y Vargas, 2003; Ciornai, 2004, Malchiodi, 1998; Nucho, 2003; Philippini, 2000; Robbins y Sibley, 1976; Rubin, 2001).

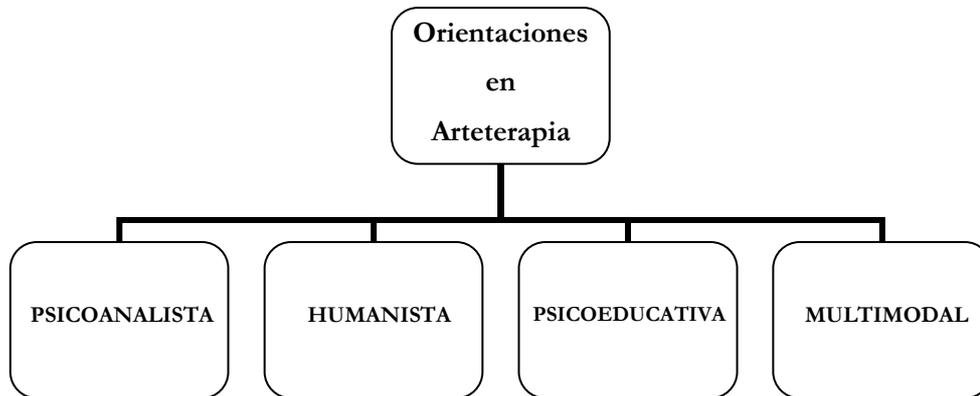


Figura nº 5. Principales Orientaciones Teórico-Metodológicas aplicadas en Arteterapia

La mayoría de los enfoques existentes también se han ido aplicando, en gran medida, condicionados por factores relativos a:

- 1) La formación y experiencia del arteterapeuta⁵¹ (Naumburg, 1987; Nucho, 2003; Rubin, 2001; Wadeson, 2001), ya que la mayoría de los profesionales interesados por esta disciplina proceden de áreas de conocimiento muy diversas, principalmente de las Bellas Artes, la Psicología, la Psiquiatría, la Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Enfermería. Por lo tanto, la identidad profesional de cada arteterapeuta puede ser muy variada, con puntos de vista inclinados hacia la práctica clínica, psicoterapéutica, artística, educativa, científica, etc. (Feder y Feder, 1998).

⁵¹ En los países donde el arteterapia se ejerce como profesión regularizada también existen diferencias, en relación a los requisitos que se exigen a los arteterapeutas para conseguir las licencias de trabajo, las credenciales o los certificados de trabajo, ya que cambian según el contexto geográfico.

2) La pluralidad de segmentos de población, ámbitos y campos de intervención a los que puedan ir dirigidos⁵².

Ambos factores determinan que las orientaciones empleadas en las intervenciones arteterapéuticas actúen desde los planteamientos más ortodoxos a los más eclécticos.

Dalley (1987) comenta que el arteterapia se ha mostrado más afín en sus inicios a la psicología analítica de Jung y al psicoanálisis freudiano, por el parecido existente entre las imágenes oníricas y las obras plásticas. Sin embargo, el desarrollo constante de la psicología a lo largo del siglo XX, ha generado la aparición de nuevas terapias que han conseguido integrarse con gran eficacia en la terapia artística, ampliando sus perspectivas.

Storr (1972) sostiene que la mediación plástica en la terapia reduce las diferencias entre los distintos enfoques arteterapéuticos y ejerce, por tanto, como puente entre ellas a través de su potencial creativo. Haciendo hincapié en su opinión se observa, en el análisis de las diversas definiciones del concepto de arteterapia y en sus rasgos convergentes, la importancia de la creatividad como nexo implícito entre las diversas orientaciones metodológicas. *“El enfoque arteterapéutico podrá seguir una línea de trabajo freudiana, lacaniana, junguiana, gestáltica, cognitiva, conductista, holística, entre tantas otras, pero todas trabajan con un factor común: la creatividad”*. (Polo Dowmat, 2003, p.18).

El término creatividad debe ser contemplado, según MacKinnon (1975), desde la persona, el proceso, el producto y la situación.

Robbins (2001) comenta que los comportamientos que aparecen durante la intervención arteterapéutica, desde las diferentes facetas citadas por MacKinnon, (persona, proceso, producto y situación) pueden tener significados diferentes, dependiendo del filtro teórico con el que se trabaje. Recomienda que el arteterapeuta conozca los diversos encuadres arteterapéuticos existentes que le permitan percibir el potencial infinito de la multiplicidad de formas de observar y escuchar, para poder evaluar objetivamente las respuestas del paciente, y determinar un uso maduro del arteterapia. Añade, que pasar por un período de psicoterapia personal ayuda al arteterapeuta a comprender con más amplitud de perspectivas la diversidad de orientaciones.

⁵² Población: niños, adolescentes, adultos y ancianos. Ámbitos: médico-clínico, psicoterapéutico, rehabilitación, servicios sociales, educativo. Campos de intervención: Salud mental, discapacidades, oncología, cuidados paliativos, etc.

Hills (2006) también señala que, para la aplicación correcta de los enfoques utilizados por los arteterapeutas, es imprescindible el apoyo de la supervisión, ejercida por otros profesionales expertos en la práctica del arteterapia, y la integración del trabajo arteterapéutico en un equipo multidisciplinar.

A pesar de la variedad de enfoques posibles y volviendo a la idea globalizadora de Storr, Rubin (2001) encuentra factores comunes entre las diversas corrientes arteterapéuticas:

- El valor potencial del proceso creativo y las imágenes.
- La necesidad de crear un espacio terapéutico donde las personas se sientan seguras durante el proceso creativo.
- La complejidad que implica la relación triádica durante el tratamiento.

Desde las aproximaciones de carácter más lógico-intelectual a las más emocionales e intuitivas, todas intentan integrar pensamientos, emociones y vivencias personales, durante la intervención arteterapéutica, a través de los medios y técnicas plástico-audiovisuales, donde los elementos expresivo-creativos de la persona puedan ser seguidos por la mirada de un arteterapeuta experimentado y en un setting terapéutico que intente alcanzar los objetivos establecidos. (Rubin, 2001).

A continuación, se especificarán los conceptos, autores, procedimientos y líneas de actuación más relevantes de las distintas orientaciones teóricas en las que se apoya el Arteterapia como disciplina, para clarificar con su descripción su sistematización metodológica.

3.1. Arteterapia de Enfoque Psicoanalítico

3.1.1. Aproximación al psicoanálisis freudiano

Como se ha expuesto en sus antecedentes históricos, las raíces del arteterapia están vinculadas a las teorías psicoanalíticas. (Martínez Díez, 2004; Pain y Jarreau, 1995; Polo Dowmat, 2003; Rubin, 1998; Torrado Sánchez, 2004; Wadeson, 1980).

Su base teórico-metodológica parte de las teorías de Freud, el cual atribuye los problemas psicológicos a la existencia interna de conflictos ocurridos durante el periodo infantil, que siguen acechando en el presente del individuo de forma no consciente.

La función principal del arteterapeuta psicoanalítico sería ayudar al paciente a relacionar sus síntomas actuales con aquellos conflictos inconscientes, a través de la mediación plástica. Las obras plásticas ayudan a traer a la conciencia los bloqueos inconscientes con la posibilidad de racionalizarlos de forma más realista. Cuando la persona logra tomar conciencia de aquellos deseos y conflictos que quedaron sin resolver, adquiere un mayor conocimiento de sí mismo y, consecuentemente, su yo se fortalece. Cuando los problemas internos se vuelven conscientes, la persona consigue interactuar con la realidad de manera más armónica. *“El arteterapia no trata de resolver los conflictos intrapsíquicos, sino que los pone en escena dentro de la propia trama narrativa, lo que permite iniciar la superación de las contrariedades”*. (Klein, 2006, p.33).

Margaret Naumburg y Edith Kramer fueron las primeras arteterapeutas que basaron su metodología de trabajo en las teorías freudianas.

Margaret Naumburg centra sus investigaciones en intentar trasladar las fuerzas inconscientes a la conciencia, hasta llegar al insight, mediante las imágenes plásticas creadas espontáneamente por niños y adolescentes con problemas emocionales.

Edith Kramer enfatiza el proceso de sublimación que puede suceder en la realización de actividades artísticas como forma de dominar las fuerzas yoicas de cada individuo.

Ambas pioneras consiguen abrir el camino a esta nueva disciplina y enseñar sus métodos a numerosos arteterapeutas como: Kwiatkowska, (1978); Lachman-Chapin,

(1983); Landgarten., (1981); Levick, (1983a; 1983b), Robbins, (2001); Rubin, (1998); Ulman, (1996); Wadeson, (1980); Wilson, (1977), etc., que comienzan a difundir sus pasos y a integrar ambas posturas en sus trabajos.

Según Freud (1981), el aparato psíquico humano funciona a partir de los *procesos primarios*, característicos de la zona inconsciente en los que la energía psíquica actúa en plena libertad, vinculada a experiencias placenteras (*Principio del placer*)⁵³; y de los *procesos secundarios*, propios de la zona consciente y preconscious, donde la satisfacción se ve aplazada, al existir un mayor control sobre la energía psíquica (*Principio de la realidad*)⁵⁴.

El acceso y la comprensión de las manifestaciones inconscientes son bastante complejos, ya que su contenido suele permanecer inmerso en los estratos más profundos de la mente.

Freud descubre que los sueños pueden ser una vía directa a las actividades inconscientes de la mente. Observa que los sueños permiten explorar aquellas zonas más profundas de la psique, cuya información contenida no lograban procesar conscientemente sus clientes. Esta información podía descifrarse a partir del *contenido latente*⁵⁵, el cual se puede transformar en *contenido manifiesto*⁵⁶ mediante la *elaboración del sueño*, capaz de codificar de forma lógica el material inconsciente y llevarlo a la conciencia. En la *elaboración del sueño* interviene la *censo*. Freud utiliza este término metafórico, para describir el dispositivo que impide al individuo poder expresar sus impulsos reprimidos y así evitar que el sujeto se culpabilice o sienta ansiedad por dichos impulsos, si los mismos llegaran a expresarse de forma abierta y consciente, lo que convierte a la *censo* en un obstáculo durante la labor del análisis. Por esta razón, el *contenido manifiesto* del sueño suele ser una representación distorsionada del contenido latente. Fue así cuando Freud, decepcionado de la técnica de la *Hipnosis*, decide recurrir al método de la *Asociación Libre*. La técnica consiste en dar a los pacientes la oportunidad de poder expresar, durante las sesiones de psicoanálisis,

⁵³ “Uno de los principios que, según Freud, rige el funcionamiento mental: el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación, y el placer a la disminución de las mismas, el principio de placer constituye un principio económico”. (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 296).

⁵⁴ “ Forma un par con el principio de placer, al cual modifica: en la medida en que logra imponerse como principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos, y aplaza su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior. Considerado desde el punto de vista económico, el principio de realidad corresponde a una transformación de la energía libre en energía ligada; desde el punto de vista tóxico, caracteriza esencialmente el sistema preconscious-consciente; desde el punto de vista dinámico, el psicoanálisis intenta basar el principio de realidad sobre cierto tipo de energía pulsional que se hallaría más especialmente al servicio del yo”. (Laplanche y Pontalis, 1996, p.299).

⁵⁵ Es el verdadero significado del contenido inconsciente de los sueños. Este suele ir disfrazado por el contenido manifiesto.

⁵⁶El contenido que al despertar inicialmente es recordado. Es el relato del propio sueño.

pensamientos, sentimientos, fantasías, o cualquier producción mental que fuera surgiendo de sus mentes de forma espontánea, sin reservas, ni exclusiones por absurdos o ilógicos que pudieran parecer. Cuando el analista creía oportuno, incitaba al paciente a ir asociando los elementos del discurso generado, hasta llegar gradualmente a aquellos *contenidos latentes* y lograr desvelarlos.

Las imágenes oníricas comienzan a simbolizar para Freud construcciones de deseos insatisfechos tras un mensaje disfrazado. Con la técnica de la *Asociación Libre*, el terapeuta intenta despertar las representaciones sustitutivas alrededor de cada elemento del sueño.

Margaret Naumburg se apropia de la técnica de la *Asociación libre*. Influenciada por las ideas de Rousseau, su formación con Dewey, Montessori, Moreno⁵⁷, su estrecha relación con el psiquiatra Lewis⁵⁸ y la profesora de arte Cane, consigue desarrollar su propia metodología de trabajo llamada *Dynamically Oriented Art Therapy*, (1941-1947), aplicada por primera vez durante su estancia en *New York State Psychiatric Institute*. Su filosofía educativa se focaliza en liberar al niño de las fuerzas represivas e inhibitorias de la sociedad, atendiendo a su transformación individual mediante el trabajo artístico.

Su técnica crea un nexo entre la *Asociación libre* psicoanalítica y las técnicas de la *libre expresión* difundidas por la *Corriente de expresión Creativa*, iniciada en la década de 1930, dentro del ámbito de la pedagogía artística. Ambas técnicas a su vez, están íntimamente relacionadas con las técnicas del *Automatismo gráfico*, tan explorado por el movimiento surrealista aunque sin finalidades psicoterapéuticas.

Muchos otros terapeutas psicoanalíticos han integrado las producciones gráficas de sus pacientes como material potencialmente terapéutico en la cura analítica, (Auerbach, 1950; Bychowski, 1952; Freud, 1985; Klein, 1977; Lewis, 1925; Mosse, 1940; Pfister, 1913/1917; Stern, 1952; Winnicott, 1971).

Sin embargo, Naumburg fue la primera autora que consigue aunar arte y psicoterapia analítica, a partir de su método *Dynamically Oriented Art Therapy*, marcando con ello el comienzo del arteterapia en E.E.U.U.

Su técnica se encuentra descrita en la obra *Dynamically Oriented Art Therapy: Its principles and practiques*, publicada en 1966.

⁵⁷ Jacob Levy Moreno fue el creador del Psicodrama, técnica psicoterapéutica basada en la interpretación improvisada de “papeles” o roles de conducta. Otros conceptos explorados en este método son: la catarsis, la espontaneidad y la creatividad.

⁵⁸ El Doctor Nollan D.C. Lewis fue director del New York State Psychiatric Institute, entre 1936 y 1953. Estudió con Freud en Viena durante la 2ª Guerra Mundial.

De esta manera, Naumburg comprobó que su método establecía un camino en el que poder descargar, mediante las pinturas y dibujos espontáneos, imágenes procedentes del inconsciente, y animar, así, a la libre asociación de ideas de forma menos invasiva. Los contenidos reprimidos se soltaban con las imágenes, convirtiéndose en un medio privilegiado con doble función: la catártica y la comunicativa.⁵⁹ Enfatizó el valor del arte como discurso simbólico que emana directamente del inconsciente, animado y apreciado por el poder de los productos plástico-visuales. “*A través del uso de la expresión gráfica o plástica, aquellos que se sienten bloqueados pueden empezar a poner palabras para explicar sus producciones*”. (Naumburg, 1987, p. 1).

Las imágenes simbólicas contenidas en las obras pictóricas se evaden con más facilidad del “*ensor*” de la mente, si se las compara con las expresiones verbales, de uso más familiar para el ser humano y, por lo tanto, con más control consciente sobre la información que se transmite. Así, se consigue tomar conciencia de aquellos deseos o necesidades desconocidos, que por otras vías quedarían ocultos. (Naumburg, 1987; Wadeson, 1980).

La expresión plástica, por tanto, facilita la comprensión del contenido inconsciente proyectado en una obra o creación artística concreta, al utilizar el mismo lenguaje visual y simbólico que encontramos en los sueños. “*(...) nuestros pensamientos y sentimientos encuentran su más completa expresión a través de nuestras modalidades simbólicas más metafóricas y no discursivas. Es importante lo que decimos y cómo lo decimos, factores ambos que forman una unidad. En el arte dicha unidad adquiere su máxima cohesión y se vuelve evidente*”. (Henzell, 1987, p.71).

Existen ciertos mecanismos psicológicos, análogos tanto en las imágenes oníricas como en los productos plástico-visuales, que permiten pasar a través de la *censura* y expresarse como *contenido manifiesto* sin provocar en la persona sentimientos de ansiedad o de angustia:

- La *condensación*. Es un proceso de metaforización. Las características de dos o más imágenes o conceptos dispares del *contenido latente* aparecen concentradas o se unen en una sola imagen o concepto y emergen al *contenido manifiesto* como una única representación. Esto evoca multitud de asociaciones significativas. Es una traducción abreviada del contenido latente. Este aspecto es de sumo interés dentro del encuadre arteterapéutico, si se

⁵⁹ Ya que en el ámbito clínico, la expresión artística, especialmente la técnica del dibujo, ha tenido una tradición proyectiva reduccionista, más inclinada hacia la interpretación de los dibujos que como medio propio de comunicación psicoterapéutico.

concibe la lectura de las obras plásticas desde “*la visualización y la condensación de experiencias personales, grupales y culturales*” (Barragán, 2006, p.22), implícitas tanto en su contenido como en su continente.

- El *desplazamiento*. Sucede cuando el deseo inconsciente se oculta, deslizándose hacia otras representaciones fuera de su contexto habitual. El acento emocional recae en otras imágenes o representaciones. Esta independencia entre emoción y representación, explicaría la formación de los síntomas, los símbolos y las sustituciones en el tránsito de lo latente a lo manifiesto. Los medios y técnicas artísticas son canales donde el individuo puede desviar de forma satisfactoria emociones e impulsos destructivos. Los productos artísticos pueden ayudar a proyectar aquellos deseos, emociones o acciones que se quieren evitar o no se consiguen integrar.

- La *figurabilidad*. En esta operación, los desplazamientos se sustituyen por imágenes. Los pensamientos del sueño se expresan mediante imágenes concretas, sin tener en cuenta si su transformación es racional o no. En la percepción y realización de las obras visuales no es tan necesario buscar una lógica racional como sucede en el discurso verbal. Este hecho amplía el campo exploratorio en las experiencias arteterapéuticas, ya que no todo es expresable a través de las palabras.

El conocimiento y atención sobre dichos mecanismos de simbolización no sólo pueden resultar útiles para el psicoanalista sino también para el arteterapeuta, pues, tanto el análisis de los sueños como la realización de un producto artístico, pueden ayudar a entender la transformación del *contenido latente* en *contenido manifiesto* y desvelar otros aspectos significativos que sólo las imágenes pueden llegar a aportar. “*Los fenómenos oníricos son tan semejantes a los cuadros creados durante la terapia que resulta esencial para todos los terapeutas artísticos en potencia el familiarizarse con la bibliografía existente sobre los sueños*”. (Birtchnell, 1987, p.79).

Una de las diferencias destacables entre el psicoanálisis y el arteterapia respecto a lo expuesto, consiste en que el psicoanalista interpreta los contenidos simbólicos y el arteterapeuta deja que sea el cliente el que descubra el significado de su obra.

Como expone Bonilla (2004):

(...) es importante aclarar que el terapeuta de arte no interpreta la expresión artística de su paciente; su función es la de acompañar, escuchar, motivar, intuir y facilitar, participando como testigo entre el individuo y su obra, puesto que no se trata de justificar la función de la obra, sino de aportar elementos artísticos necesarios para que se exprese como mejor le convenga y sea él o ella quien dé o no un significado a su trabajo. (p. 246).

Cuando narramos un sueño de forma verbal, la lógica intenta presentarlo con un argumento relativamente coherente y comprensible. Sin embargo, cuando el sueño es contado, a través del lenguaje plástico, el poder evocativo de las imágenes y el contacto con los materiales plásticos durante el proceso creativo, se aproxima más al contenido latente de las imágenes soñadas que olvidamos al despertar. Si además, una vez terminada la obra plástica, se abre un espacio de reflexión con el arteterapeuta, en torno al proceso de producción y su contenido, pueden surgir datos o información valiosa para el transcurso de la terapia.

La noción de inconsciente es básica en la experiencia arteterapéutica, pues se manifiesta en el proceso creativo, durante la realización de la obra plástica, en el encuentro con los materiales artísticos, permitiendo que el trabajo se desenvuelva claramente desde dos planos: el real y el ficticio, lo conocido y lo desconocido de uno mismo. “(...) *la actividad artística proporciona un medio concreto - no verbal- a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico*”. (Dalley, 1987, p.15).

El modelo estructural de la mente, desarrollado por Freud entre 1923 y 1939, sigue enriqueciendo los métodos arteterapéuticos con la reelaboración del modelo topográfico. La revisión de este modelo se sustenta en la interacción de tres sistemas que regulan la conducta del individuo: el *Ello*, parte más primitiva, regida por *el principio del placer*; el *Superyó*, representación interiorizada de la autoridad, en un principio de los padres y después de los valores morales de la sociedad; y el *Yo*, que es la parte que lleva a la persona a acciones realistas, basadas en una evaluación de lo que ocurre en el mundo, fiel al *principio de la realidad*.

El psicoanálisis pretende reforzar en el individuo el *Yo* y equilibrar así las pugnas o rivalidades entre las demandas instintivas del *Ello*, las exigencias del mundo

externo y los requerimientos del *Superyó*. Cuando alguna de estas instancias toma el control sobre las otras, se crea un desequilibrio en la personalidad: el dominio del *Ello* genera conductas impulsivas, autoindulgentes o delictivas, el control del *Superyó*, inhibición, rigidez, o culpabilidad.

El *Yo* se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico que el arteterapia recoge en su intención por fomentar su solidez y también su flexibilidad ante las presiones de estas dos fuerzas. La solidez del *yo* está siempre amenazada por las pulsiones sexuales y agresivas.

Según Mora (2002), sexualidad y agresividad son comportamientos muy poderosos por estar vinculados a la supervivencia, anclados en los arcanos del tiempo evolutivo, y transmitidos mediante los mecanismos del sistema límbico-emocional⁶⁰.

Ambas pulsiones, relacionadas frecuentemente con deseos prohibidos, producen ansiedad. Para evitarla o reducirla, el individuo utiliza una serie de *Mecanismos de Defensa*⁶¹ que describen las relaciones conflictivas entre los deseos de la persona y la realidad. Cuando predominan en el comportamiento del sujeto pueden resultar perjudiciales.

Entre los objetivos más destacables en el arteterapia de base psicoanalítica, se encuentra el observar cómo muchos de los mecanismos de defensa surgen en el proceso de realización de la obra plástica, dada la inmediatez que el lenguaje plástico brinda a la hora de expresar el material inconsciente velado. *“Los terapeutas artísticos que utilizan un enfoque psicoanalítico estimulan la expresión pictórica de la experiencia interior. Se considera que el arte es un proceso de espontánea creación de imágenes, libradas por el inconsciente, que utiliza los mecanismos de represión, proyección, identificación, sublimación y condensación, que son fundamentales en el proceso terapéutico”*. (Dalley, 1987, p.20).

Un soporte en blanco, las propiedades intrínsecas de los materiales, las técnicas artísticas utilizadas, la interacción con los miembros del grupo y con el arteterapeuta, durante el proceso de creación, dentro de un encuadre adecuado, suelen crear el espacio propicio para reflejar aquellos *Mecanismos de defensa* desadaptativos, es decir, impulsos, recuerdos y deseos que provocan desaprobación y son excluidos de nuestra conciencia, convirtiéndose en material reprimido o en proyecciones de todo lo que se rechaza o no se acepta de uno mismo. *“El arteterapia es una herramienta ideal para desarmar las*

⁶⁰ El sistema límbico se sitúa alrededor del núcleo central del cerebro e interconectado con el hipotálamo. Está formado por una serie de estructuras que parecen imponer controles adicionales sobre algunas de las conductas instintivas. El sistema límbico también participa en la conducta emocional.

⁶¹ Estrategias, en su mayoría inconscientes, usadas por las personas para enfrentarse a la ansiedad.

defensas que obstaculizan el proceso de subjetivación y la relación entre el individuo, sus grupos y su pertenencia a la sociedad". (López Fernández y Martínez Díez, 2004, p. 9).

La arteterapeuta Levick (1983a) se interesa, particularmente, por los mecanismos de defensa en relación con los estadios de desarrollo, en los que pueden coexistir fijaciones y conflictos inconscientes sin resolver hasta la etapa adulta y, cómo a su vez, estos elementos sólo pueden tener salida a partir de las expresiones plásticas de la persona.

Nucho (2003) expone que el modelo psicoanalítico en arteterapia destaca la función del arte como puente entre el *Principio del placer* y el *Principio de la realidad*, de forma que ambos operan simultáneamente. Afirma que el arte consigue equilibrar los conflictos que surgen entre ambos principios, pues permite la gratificación de los dos en el acto de expresar los deseos socialmente prohibidos e inaceptados, es decir, en un acto propio de sublimación⁶². "(...) *las técnicas artísticas, tienden entre otras cosas, a facilitar sublimaciones pulsionales (sadismo, voyerismo, exhibicionismo)*". (Sinelnikoff, 1999, p.80).

La arteterapeuta Edith Kramer enfatiza, tras su experiencia en la escuela Wiltwyck⁶³, cómo el proceso creativo, en la aplicación del arteterapia, ayuda a canalizar y transformar las conductas agresivas de los niños y potencia sus capacidades sublimatorias. "*Chicos belicosos o deprimidos se vuelven amistosos mientras representan sus monstruos. Esto indica que sus pinturas significan algo más que una mera descarga emotiva. Muestra que, a través de la pintura, los niños obtienen temporario dominio sobre sus conflictos, de modo tal que la carga de agresión y ansiedad se vuelve más liviana*". (Kramer, 1982, p.79).

La autora insiste en el acto de creación artística como medio que amplía la gama de experiencias humanas, al recrear experiencias equivalentes a las vividas, pero, en este caso, con la posibilidad de volver a elegir las, variarlas o repetir las a voluntad, de forma que los conflictos se puedan reexperimentar desde otras perspectivas que ayuden a resolverlos e integrar los.

Por lo tanto, el uso continuado de los medios artísticos ayuda a percibir las defensas contra las presiones destructivas del *Ello*, al desarrollar la capacidad expresiva y creativa del individuo, fortaleciendo de esta manera las funciones del *Yo*. "*Donde el*

⁶² Freud llamó Sublimación al mecanismo de defensa que consigue desplazar la energía sexual hacia algo substitutivo de valor cultural, social, civilizado o espiritual que a la vez compense y proporcione satisfacción. Es uno de los cuatro destinos pulsionales. Los tres restantes son: la represión, la transformación en lo contrario y la vuelta contra la propia persona.

⁶³ Internado situado en Nueva York y sus suburbios donde convivían niños varones de edades comprendidas entre los 8 y 13 años, con problemas de comportamiento. Dicha experiencia es narrada en su obra: *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*.

dispositivo terapéutico queda limitado, aparece el dispositivo artístico, brindando la posibilidad de encontrar y desarrollar el potencial expresivo que cada ser humano posee y desde allí crear con sus marcas personales, únicas e irrepetibles un modo de “aparecer”. (Zelis y Llompart, 2006, p.2). A medida que avanza el proceso yoico, la persona se relaciona cada vez mejor consigo y con el entorno.

Según Anna Freud (1985), las actividades sublimatorias son esenciales en la adaptación social y aún más importante es la capacidad que el *Yo* tenga para aceptar gratificaciones sustitutivas, ya que disminuye la presión de los instintos, ofreciendo una protección contra la aparición de frustraciones patógenas y la movilización de ansiedades, defensas y regresiones que conducen a la aparición de síntomas. *“El pensamiento reprimido y la emoción que lo acompaña pueden expresarse patológicamente en el caso de la formación de síntomas o creativamente en el caso de la sublimación”.* (Henzell, 1987, p.61).

Otro procedimiento fundamental, que la dinámica arteterapéutica ha tomado del psicoanálisis, es el concepto de *transferencia* como resultado de la relación terapeuta/paciente. A través de la *transferencia*, el paciente proyecta en el terapeuta los mismos comportamientos que suele dirigir a otras personas que son o fueron importantes en su vida, (generalmente los padres). La reexperimentación de los conflictos vividos con estas personas y desplazados sobre el analista, el cual reacciona de forma neutral, ayuda al cliente a darse cuenta de sus reacciones con los demás.

Etchegoyen (1999) apunta que la *transferencia* se sitúa entre la repetición de un elemento del pasado y la resistencia a la emergencia del inconsciente. El análisis y manejo adecuado de ambos aspectos proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia.

Las relaciones transferenciales en arteterapia, no sólo se configuran entre el terapeuta y el paciente, ya que la producción artística interviene como tercer componente crucial. Las obras realizadas en arteterapia forman un canal mediador entre terapeuta y paciente. Es decir, para el paciente simboliza un lugar donde proyectar su forma particular de expresar experiencias, sentimientos o sensaciones vividas. A su vez, para el arteterapeuta, la observación del proceso de ejecución artística y la obra suponen el centro de interés básico para efectuar los objetivos terapéuticos. *“Para aquellos arteterapeutas de orientación dinámica, la meta consiste en permitir la relación de la transferencia para desarrollar las asociaciones de los pacientes a través de sus dibujos espontáneos, y destapar áreas de conflictos psíquicos”.* (Levick, 1983a, p.9).

Wood (1987) comenta que en la terapia artística están los elementos propios de la transferencia dialéctica clásica: las proyecciones del mundo interior del individuo

sobre el terapeuta, pero la expresión de las mismas y su solución deben suceder en la realización de la obra. Es aquí cuando aparece la delimitación entre la técnica psicoanalítica y la arteterapéutica. *“En la arte-terapia se supone que la imagen proporciona el terreno común en el que el terapeuta y el paciente se encuentran”*. (Allen, 2003, p.113)

Omenat (2006b) observa que el proceso transferencial en arteterapia facilita la transmisión de sentimientos y emociones no sólo en el terapeuta, sino también en los objetos creados. Este hecho se convierte en una particularidad específica de la terapia artística.

Otra cualidad que destaca la autora de la transferencia, dentro del marco arteterapéutico, es ofrecer un medio para expresar emociones y vivencias que no se pueden explicar con palabras, así como la posibilidad de volver a actuarlas y repetir las.

Hernández Merino (2006) añade la importancia de las relaciones transferenciales cuando el arteterapia se desarrolla de forma grupal: *“(...) el sujeto que dibuja tiene una imagen de lo que quiere hacer, pero la obra le devuelve una nueva imagen, distinta, diríamos poliédrica, la que ve el sujeto, la que ve el terapeuta y la que eventualmente pueden ver los otros en el taller. Imagen que habla por sí misma y la imagen que le devuelven esos otros y que en definitiva, habla de su división y de su inconsciente”*. (p.28).

Es de gran relevancia considerar que, cuando la transferencia es demasiado amenazadora, una pintura puede ofrecer un área neutral y de contención para la mediación entre terapeuta y paciente. (Schaverien, 2002).

En el proceso arteterapéutico, la transferencia negativa y la dependencia que el paciente siente respecto al terapeuta, durante el periodo de terapia, se reducen considerablemente, gracias a la función mediadora de la obra y al papel activo que el paciente adquiere en el intento de comprender, por sí mismo, los significados proyectados en sus productos visuales. (Naumburg, 1987).

El concepto de objetos o recursos visuales mediadores, tan básico en la relación arteterapéutica, ha sido muy tratado en el psicoanálisis con niños pequeños y con personas en las que el lenguaje verbal llega a resultar insuficiente o inaccesible. Muchos psicoanalistas han utilizado los mediadores no verbales y su aspecto lúdico en análisis con niños: juguetes, dibujos, pasta para modelar, juegos de agua, etc. El uso espontáneo del juego, a través de objetos y materiales, ha supuesto un camino análogo respecto a la técnica de *Libre Asociación*. (Case y Dalley, 1992). Mediante la intermediación de materiales

se ha logrado el acceso y la comprensión de la expresión simbólica del niño y el desarrollo de la transferencia, imprescindible para la cura.

Anna Freud expone en su obra, *Psicoanálisis del niño*, (1985), el análisis de los dibujos y el uso de las muñecas en su aproximación al niño. Ya en sus escritos intuye el potencial del dibujo como método terapéutico: “Una futura técnica de ayuda que, además del uso de sueños y ensoñaciones empieza a destacarse en muchos de mis análisis de niños, es el dibujo”. (P.40).

Sophie Morgenstern (1937) tenía la creencia de que el conflicto interior inspiraba realizaciones artísticas y aplicó el dibujo como sustitución de la asociación libre y el juego. Marion Milner incorporó el dibujo y el modelado con arcilla, como elementos intermedios entre la representación y la figuración. Opinaba que las sustancias maleables aportan significados e impresiones transmitidos por las sensaciones con el tacto, dando forma a las fantasías. Sus investigaciones, sobre la relación existente entre psicoanálisis y creatividad, se recogen en su obra *The Suppressed Madness of Sane Men: Forty-four Years of Exploring Psicoanálisis*, publicada en 1987. Madeleine Rambert describe en su obra *Children in Conflict* (1949) la técnica del teatro con títeres, cuyos personajes representaban personas cercanas al niño: padre, madre, institutriz, etc. De esta forma, el niño podía evidenciar conflictos y situaciones, a través del juego simbólico, que difícilmente podría expresar hablando.

Sin embargo, entre las investigaciones psicoanalistas más influyentes en el ámbito arteterapéutico se encuentran las aportadas por Melanie Klein y Donald Winnicott.

Melanie Klein destaca la importancia de las *relaciones objetales*⁶⁴ tempranas y la riqueza en la diversidad de las fantasías inconscientes, subyacentes en el niño. Su técnica específica llamada “*Play Therapy*”, ponía a disposición del niño gran cantidad de materiales: juguetes y muchos otros objetos, idóneos para su uso simbólico: juegos de agua, material para recortar y dibujar.

En mi habitación para el análisis, sobre una mesa baja, hay pequeños juguetes de tipo primitivo: muñecos y muñecas de madera, carros, carruajes, automóviles, trenes, animales, cubos y casas y también papel, tijeras y lápices. Aun el niño comúnmente inhibido en el juego mirará por lo menos los juguetes, o los tocará, permitiéndome pronto vislumbrar algo de su vida

⁶⁴ Esta teoría se sostiene en una relación diádica (madre - hijo), que se basa en la existencia de un objeto real interno, para lo que se requiere la existencia de un objeto real externo. El mundo interno supone la presencia de pulsiones libidinales y agresivas (Eros y Thánatos) y requiere de representaciones para ser expresadas.

compleja, ya sea por el modo de cómo comienza a jugar con ellos, o los deja de lado, o por su actitud general frente a ellos. (Klein, 1977, p.147).

Mediante la técnica “*Play Therapy*”, Klein podía observar la expresión directa de los sentimientos del niño, la relación con sus propias vivencias, los papeles o intenciones que le asigna a los personajes u objetos, cuyo significado se hace accesible a través de las asociaciones simbólicas, de la misma manera que ocurre con la técnica de la *Asociación Libre* de Freud. “(...) *el contenido de sus juegos, el modo como juega, los medios que utiliza (porque a menudo asignará a sus juguetes o a él mismo diferentes papeles) y los motivos que se ocultan tras un cambio de juego –el porqué no jugará más con agua y cortará papel o dibujará, todos estos hechos siguen un plan cuyo significado captaremos si los interpretamos como se interpretan los sueños*”. (Klein, 1977, p.140). Cada detalle, cambio de comportamiento y actitudes proyectados; la expresión facial, la respiración, los movimientos ejecutados, toda observación resulta importante durante el proceso lúdico.

Klein acentúa la importancia de dirigir la atención a todos aquellos métodos de representación simbólica indirecta, que aseguren el acceso al inconsciente del niño e intenta adaptarlos, según su edad o niveles de desarrollo. Opina que, si todos los niños con perturbaciones graves fueran analizados a tiempo, se evitaría, en un futuro, que muchas personas que acaban en la cárcel, en sanatorios mentales o desmoralizados, podrían librarse de tales destinos y desarrollar una vida “normal”. De esta forma, no sólo sería un medio de ayuda individual sino un servicio social de incalculable valor.



Ilustración nº 44. Técnica *Play Therapy*.

Otra perspectiva sobre la capacidad simbólica del niño y la importancia de su puesta en marcha, dentro del encuadre terapéutico, son los conceptos descritos por Donald Winnicott denominados *espacio potencial* y *objeto transicional*, ambos de gran valor en la práctica del arteterapia.

La aproximación de Winnicott se desenvuelve desde el marco teórico del desarrollo humano, concretamente en la relación de apego existente entre el bebé y la madre. El *objeto transicional* representa el pecho materno o el primer objeto con el que el bebé se relaciona. El bebé cree que ese objeto ha sido creado por él, pero simultáneamente le es dado desde el exterior, es el principio de la ilusión. Cuando la omnipotencia del bebé va evolucionando, este empieza a darse cuenta de que todo lo que obtiene no está en sí mismo sino fuera de él. Para superar esta frustración, el bebé contará con su imaginación tomando un objeto (osito de peluche, almohada, trozo de tela, etc.), donde proyectar sus deseos y así suplir sus carencias. Este objeto mediador tranquiliza al bebé y lo ayuda a diferenciar el yo y el no-yo, fantasía y realidad, el mundo interior y el exterior.

El *objeto transicional* facilita el proceso de separación con la madre y, por consiguiente, su maduración emocional. Sucede dentro del *espacio potencial*, lugar seguro establecido entre la madre y el bebé, donde este empieza a consolidar su yo y a potenciar su personalidad global.

Lo significativo del concepto no radica en el objeto en sí mismo, sino en la utilización que el niño hace de este para poder diferenciar un mundo que está fuera de él. “*Cuando se emplea el simbolismo, el niño ya distingue con claridad entre la fantasía y los hechos, entre los objetos internos y los externos, entre la creatividad primaria y la percepción*”. (Winnicott, 1971, p.23). El *objeto transicional* es la vía hacia la simbolización, la cual dará lugar al juego y posteriormente se reemplazará por el trabajo, la creatividad y la experiencia cultural.

Cuando el niño queda atrapado en este proceso evolutivo, sus aptitudes para relacionarse consigo mismo y con los demás se ven seriamente afectadas. Según Dubowski (1987), existen variedades de deficiencias mentales y de autismo, así como traumas u otros problemas psiquiátricos infantiles que frenan el desarrollo normal, lo que hace que surjan individuos que no han conseguido llevar a cabo el proceso de separación y viven en un mundo de objetos confusos en el cual se sienten perdidos. Deficiencias intelectuales de esta índole, limitan la capacidad de abstracción, lo que obstaculiza el desarrollo del lenguaje, la formación de símbolos y la resolución de problemas. Añade que las actividades plásticas, especialmente el dibujo, son herramientas eficaces en la terapia de niños con discapacidades psíquicas: “*El dibujo, como avance hacia la etapa representativa y más allá de ésta,*

brinda a dichos individuos la oportunidad de evolucionar hacia un sentimiento del “yo”. En consecuencia, la terapia artística constituye un tratamiento adecuado y válido en estas áreas”. (Dubowski, 1987, p.113).

Wilson (1977), de acuerdo con Dubowsky, opina que es fundamental ejercitar, en dichos colectivos, la capacidad de abstraer y de simbolizar mediante la producción plástica de objetos e imágenes.

Núñez Corral (2004) destaca la importancia de las etapas pre-simbólicas del juego y pre-representativas del dibujo como transición hacia el símbolo en su trabajo arteterapéutico con niños autistas. Enfatiza el arteterapia como un espacio donde poder experimentar dicha transición hacia la función simbólica.

Boyer-Labrouche (2000) piensa que el arteterapia crea un entorno estable, en el que la persona puede encontrar una respuesta empática con el objeto que realiza. Establecer este sistema relacional en cualquier individuo que presente problemas de desarrollo entre el proceso de simbiosis y la separación-individuación y adquirir la constancia del objeto, independientemente del estadio en el que se encuentre, brinda la oportunidad de expresar no sólo los sentimientos, en relación a sus estados mentales, sino también la de construir, junto al arteterapeuta, un *espacio potencial* para curar las heridas.

Coll (2006) destaca la importancia de la simbolización en el contexto arteterapéutico como “algo que es sentido y recibido como ajeno y que a su vez, es lo que posibilita la metáfora y el desplazamiento. Simbolizar relativiza y desplaza la angustia, por esa permeabilidad que caracteriza todo proceso simbólico”. (p.165).

Las actividades artísticas, el juego y el desarrollo de la creatividad, implícita en ambos, se encuentran en el *espacio potencial*, en la llamada *tercera área* de experiencias humanas, zona intermedia de diálogo con lo subjetivo y lo objetivo, la fantasía y la realidad, lo que somos y lo que no somos. Espacio donde poder experimentar y explorar a través de los medios artísticos las distintas formas de ser, de sentir, de actuar. “La creatividad artística es el terreno en el que se produce una elaboración de los materiales que provienen del yo verdadero, el deseo, la fantasía, lo que el sujeto reconoce como expresión auténtica de sí mismo”. (Corella, 2003, p.105).

En el *espacio potencial* de creación, la atención se dirige al mundo simbólico del individuo reflejado en el producto artístico, con idénticas cualidades que el *objeto transicional* propuesto por Winnicott, las cuales unifican y separan a la vez.

El arteterapeuta Robbins (1987a), influenciado por Winnicott (1971) y Mahler, Pine y Bergmann (1975), opina que la meta del arteterapia es proporcionar en la vida del cliente un espacio para la expansión y el enriquecimiento de su imaginación simbólica, como forma de acceso a su verdadera creatividad.



Ilustración n° 45. Donald Winnicott.

Por consiguiente, dentro del marco arteterapéutico y de la relación transferencial, es imprescindible la función del arteterapeuta como agente facilitador en el proceso madurativo de la persona, el cual adquiere simbólicamente el rol de la *madre suficientemente buena*⁶⁵, capaz de sostener las proyecciones negativas y ofrecer un ambiente seguro, de confianza y libertad, donde el individuo pueda tener la oportunidad de comprender e integrar sus vivencias, descubrir y reforzar, mediante el proceso artístico, sus capacidades creativas, de socialización, de humor y de juego. “*Por lo tanto, puede proporcionar alivio a la tensión que conlleva la tarea de aceptar la realidad que comienza en la temprana infancia del ser humano*”. (Morales Häfelin, 2007, p.40).

El espacio potencial es la zona segura y de confianza, que el niño forja con la “ilusión” y en la que se producen fenómenos transicionales como el juego, el arte, la

⁶⁵ Según Winnicott, la *madre suficientemente buena* o el término de *hermano mayor*, de Adler, los cuales no tienen por qué tener vínculos biológicos, es aquella persona que lleva a cabo una adaptación activa que gradualmente va a disminuir, según la creciente habilidad del niño en su adaptación al fracaso.

experiencia cultural que permiten el desarrollo emocional del individuo y la creatividad. Boyer-Labrouche (2000) comenta que una terapia artística con éxito puede desembocar en una apertura social que incluso perdure, al finalizar el proceso terapéutico, ya que muchos pacientes, al descubrir y confiar en sus potenciales creativos, suelen adquirir nuevos intereses culturales como visitar museos, ir a conciertos, inscribirse en un curso de pintura, etc.

Tabla nº 7. Arteterapia de orientación freudiana

Aproximación desde el psicoanálisis freudiano			
Influencias Psicoterapéuticas	Arteterapeutas	Objetivos	Aportaciones Procedimentales y Técnicas
Freud Klein Lacan Winnicott.	Kramer, Kwiatkowska, Lachman-Chapin, Landgarten, Levick, Naumburg, Robbins, Rubin, Ulman, Wadeson, Wilson.	- Relación de síntomas inconscientes con la mediación plástico/visual. - Sublimación mediante proceso creativo. - Analogías entre las producciones plásticas y los sueños. - Fenómenos transferenciales entre Paciente/Obra/Arteterapeuta.	<i>Dynamically Oriented Art Therapy:</i> (Corriente expresiva + Asociación libre + Automatismo gráfico). <i>Play Therapy.</i>

3.1.2. Aproximación a la Terapia Analítica de Jung

La terapia analítica de Jung se caracteriza por su matiz místico-espiritual. En sus teorías se encuentra la integración de la psicología con diversas disciplinas como la etnología, la antropología, la historia, la literatura o la teosofía. Esta confluencia interdisciplinar derivó en su conocida *Psicología Analítica*, cuyos cimientos se construyen a partir de las concepciones sobre el *inconsciente personal*, el *inconsciente colectivo*, los *arquetipos* y el *proceso de individuación*. Sus investigaciones parten de las relaciones establecidas entre su propio autoanálisis, la observación de sus pacientes y las representaciones simbólicas colectivas.

Jung, más que establecer una teoría sobre la estructura mental, trata de llegar a la comprensión de lo psíquico como un proceso en constante evolución. Con su obra, “*Transformaciones y símbolos de la libido*”, publicada en 1912, comenzará sus divergencias con la filosofía de su maestro Freud, por estar, desde su punto de vista, demasiado centrada en las pulsiones sexuales. Jung y sus seguidores no otorgaban tanta importancia a las tensiones derivadas entre el *principio del placer* y el *principio de la realidad*. La energía libidinal no se centra, exclusivamente, en la sexualidad sino en la expresión de las funciones psíquicas vitales⁶⁶. Mantener un equilibrio psíquico se acerca más a la idea de conservar esta energía, mediante un continuo proceso de maduración que se puede desarrollar a lo largo de toda la vida, en contraste con las ideas de Freud, para quien el origen de los conflictos intrapsíquicos proviene del pasado y no del presente de cada individuo.

Según la concepción jungiana, el hombre occidental se está alejando de su verdadera esencia reguladora, su energía se mueve de forma unilateral, lo que le lleva a un estado de confusión y desintegración espiritual.

Una alternativa, para recobrar el sentido de su propia existencia y liberarse de la alienación mediática, es la autoexploración de los aspectos personales y transpersonales del ser, mediante el análisis del contenido simbólico del *inconsciente personal* y del *inconsciente colectivo*. El *inconsciente personal*⁶⁷ engloba aspectos reprimidos o experiencias olvidadas de carácter subjetivo, a los que sólo se puede acceder a través de los síntomas, los símbolos o los *complejos*. Los *complejos*, en la teoría jungiana, son imágenes de situaciones mentales que contienen una fuerte carga emocional, que puede obstaculizar la voluntad y las intenciones conscientes, produciendo consecuentemente alteraciones y bloqueos en el flujo de la energía psíquica. La *persona* y la *sombra* son los complejos negativos más comunes del inconsciente personal. La definición en latín del término *persona*: máscara, se encuentra más afín a la acepción de Jung, por su referencia a las diversas fachadas protectoras que el individuo representa en sus relaciones con el mundo. La repetición mecánica de estos roles, ajenos a la verdadera naturaleza de cada ser, debilita la autenticidad de la persona. La *sombra*, son aquellos deseos y necesidades que el sujeto rechaza de sí mismo y, paralelamente, proyecta en los demás sin ser consciente de ello. Un *complejo* llega a ser

⁶⁶ La libido o energía vital puede adoptar cuatro funciones en la actividad psíquica del ser humano: pensamiento, sentimiento, sensación e intuición. El análisis de las cuatro funciones mencionadas desembocará en la teoría de los ocho tipos psicológicos de Jung : (1) Tipo extrovertido de pensamiento, (2) Tipo extrovertido de sentimiento, (3) Tipo extrovertido de sensación, (4) Tipo extrovertido de intuición, (5) Tipo introvertido de pensamiento, (6) Tipo introvertido de sentimiento, (7) Tipo introvertido de sensación, (8) Tipo introvertido de intuición. Dicha teoría hace referencia a la idea de individuación, gracias a la integración equilibrada de los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales del individuo, lo que da lugar a formas saludables de relaciones sociales.

⁶⁷ Concepto, en un principio, bastante similar a las fuerzas inconscientes del psicoanálisis freudiano.

patológico al negar su existencia, por lo que su asimilación y reconocimiento se convierten en pasos básicos para poder superarlos.

Desde el aspecto transpersonal del inconsciente, la perspectiva jungiana otorga gran importancia a la existencia del *inconsciente colectivo*, región más profunda de la mente y origen de toda energía psíquica como parte básica de la libido, transmitida generacionalmente desde los orígenes de la humanidad, a través del arte, los mitos y los rituales religiosos de todas las culturas. Esta información ancestral se compone de imágenes arquetípicas⁶⁸, patrones comunes que se heredan y forman parte de las profundas raíces de la vida psíquica, fuente global de la imaginación creadora. Por tanto, cada persona contiene emociones, conocimientos, actitudes y aptitudes creativas inconscientes que son universalmente innatas⁶⁹.

Jacobi (1980) opina que los arquetipos son campos de energía que cuando llegan a ser material consciente, mediante ciertas experiencias, como la expresión artística, pueden enriquecer el inconsciente personal, liberándolo de las falsas defensas de la *persona* y guiando al individuo hacia su esencia espiritual. McConeghey (2001) ha escrito sobre el uso de los arquetipos en los procesos de arteterapia.

La base terapéutica del análisis jungiano radica en llegar al contacto consciente de los complejos del inconsciente personal y al descubrimiento de las imágenes arquetípicas, con la finalidad de fomentar los potenciales creativos y mantener la conexión con nuestras raíces. La integración y armonización de los procesos conscientes e inconscientes nos sitúan en el *sí-mismo*⁷⁰, como parte esencial en el *proceso de individuación*. Tomar conciencia de la propia individualidad favorece el desarrollo integral de la persona. Robinson (1987) compara el estado del *sí-mismo* de Jung con el concepto de *sentimiento del yo* de Winnicott, aquel que se construye en el espacio potencial, generado entre la madre y el niño o el paciente y el terapeuta. Es preciso establecer un medio ambiente interno, en el que potenciar la personalidad en su totalidad y lograr esa seguridad en “*el espacio libre y protector*”. (Kalff, 1980, p.29).

⁶⁸ La pervivencia iconográfica a lo largo del tiempo y en diferentes culturas ha sido un tema muy tratado por historiadores como: Warburg y sus seguidores, Saxl, Wittkower, quienes centran sus investigaciones en el estudio de la imágenes como medio para hallar símbolos comunes a nivel universal; Bialostocki (1973) afirma que los artistas se ven impulsados a utilizar fórmulas iconográficas ya impuestas para representar temas nuevos, a los que denomina *fuerza de inercia*.

⁶⁹ Los aspectos creativos universales también se pueden verificar en las construcciones de *Gestalt* en el dibujo espontáneo infantil independientemente de la cultura, la época, etc., las formas son las mismas, por lo tanto, tienen aspectos arquetípicos. (Kellog, 1979; Jacobi, 1980; Read, 1984).

⁷⁰ El *sí-mismo* es la parte de la psique que representa el núcleo equilibrador de la personalidad, donde su parte consciente e inconsciente se integran y logran un estado de armonía interior. La estructura visual más representativa del *Sí-mismo* es el *Mandala*.

Llegar a reforzar, a lo largo de la existencia, el *sí-mismo* garantiza un proceso de maduración personal (*proceso de individuación*)⁷¹, por lo tanto, la terapéutica consistirá en proporcionar al sujeto instrumentos que le ayuden a acceder a su potencial desde dos niveles diferentes: uno personal y otro abierto hacia las imágenes y los símbolos del *inconsciente colectivo*.

Desde el punto de vista de la *psicología analítica*, el acceso directo al contenido inconsciente, tanto personal como colectivo, sólo puede alcanzarse y manifestarse por medio de las artes: pintura, escultura, poesía, danza, música, etc. Es decir, desde actividades que impliquen la intervención de los aspectos creativos del ser humano.

El lenguaje plástico-audiovisual se convierte así en un medio idóneo para dar forma a lo inexplicable. Jung, tras utilizar la pintura como método para comprender sus sueños, se percató de las cualidades del lenguaje plástico y llegó a integrar el dibujo, la pintura y el modelado con sus pacientes durante el proceso terapéutico, sin tener en cuenta la edad o la habilidad artística. Insiste sobre el papel constructivo y activo del uso de las artes plásticas no sólo en el análisis infantil, como instrumento utilizado por los freudianos, sino también en el del adulto.

La arteterapeuta jungiana Wallace (1987) comenta que las imágenes establecen un diálogo entre la parte inconsciente y consciente de la persona, facilitando la comunicación en los procesos arteterapéuticos de la siguiente manera: *“La progresión viene a través de una emoción específica que pueda encontrar su expresión en una imagen que llegue a reducir la violencia de dicha emoción. Después la imagen se puede explicar con palabras como paso intermedio al entendimiento consciente del mensaje”*. (Wallace, 1987, p.115).

Otro aspecto destacable, desde la perspectiva jungiana sobre las ventajas aplicables al uso de las artes visuales, consiste en la puesta en marcha de las cuatro funciones psíquicas básicas. Sentimiento, pensamiento, intuición y sensación, se activan y combinan en el desarrollo de las actividades artísticas, por lo que su acción continuada puede contribuir al fomento y fluidez de la energía mental, compuesta por estos cuatro principios y por lo tanto, orientados hacia el camino de *la individuación*.

Además, Read (1982) comenta, al respecto, que la disposición temperamental de cada individuo, ligada íntimamente a los ocho tipos de personalidad, estimados por Jung y derivados de las cuatro funciones psíquicas, se ve reflejada en la expresión plástica

⁷¹ Jung divide el análisis hasta llegar a la individuación en cuatro fases: reconocimiento, esclarecimiento, educación y transformación. Con el concepto de individuación, Jung se adelanta a los psicólogos humanistas como Rogers, Zinker, Maslow, etc., con los que comparte finalidades semejantes, relativas a la concepción de una terapia centrada tanto en los aspectos mentales de la persona como en los espirituales.

libre. Afirma que existe un paralelismo entre temperamento y modos de expresión, es decir, relaciona las funciones psíquicas con los estilos estéticos:

- Realismo = pensamiento.
- Superrealismo = sentimiento.
- Expresionismo = sensación.
- Constructivismo = intuición.

Aunque en la expresión plástica espontánea, rara vez se ve reflejada con pureza absoluta dicha clasificación, ya que generalmente se van interrelacionando estilos y funciones entre sí. Read apunta que en muchas producciones plásticas libres se pueden observar rasgos predominantes de las citadas combinaciones. Tener en cuenta esta información puede ser útil en la terapia artística, pues se pueden obtener datos sobre los rasgos personales de cada individuo, los que más sobresalen, en qué momentos sucede, etc., y así obtener nuevas fuentes de información significativas de la persona para poder actuar en consecuencia.

El arteterapia de enfoque jungiano toma estos rasgos y centra su acción en el uso espontáneo de los medios artísticos como herramientas básicas para el análisis del contenido simbólico de las imágenes visuales, producidas con fines terapéuticos. *“(...) existe una actitud frente a la terapia artística que se preocupa menos por la rectificación de la conducta perturbada y la modificación de síntomas, y que se centra en la importancia global del surgimiento del “sí-mismo” del individuo como algo distinto al yo, que se aprecia en la obra de arte que se lleva a cabo”.* (Robinson, 1987, p.142).

En la terapia artística jungiana la expresión simbólica se considera, no sólo para descubrir las dificultades personales, sino también para enriquecer y desarrollar las posibilidades de cada ser. Es decir, la reconciliación de opuestos: consciente e inconsciente, se concreta en las imágenes realizadas, en esa *zona intermedia* de Winnicott (espacio transicional), donde la realidad y la fantasía se complementan hasta llegar a la *Individuación*, momento donde la persona consigue integrar sus polaridades.

Las imágenes simbólicas son concebidas como entidades propias, cargadas de energía psíquica en continuo movimiento, reflejo a su vez del lenguaje inconsciente, tal cual acontece en nuestra mente. Por esta razón, la escuela jungiana considera el significado inmediato de las imágenes algo complejo, ya que es expresado mediante un lenguaje diferente al lenguaje racional, repleto de símbolos y de mitologemas, cuya significación desconocemos u olvidamos. Los freudianos, sin embargo, postulan que tanto las imágenes

oníricas, las fantasías, como los procesos inconscientes reflejados en una obra plástica, son mensajes velados que debían ser descifrados para la comprensión de su contenido. El modelo jungiano destaca por ser más intuitivo respecto al freudiano que mantiene una metodología deductiva.

Valladares (2003) afirma que las producciones simbólicas revelan los diversos estados mentales. A partir de su representación gráfica, dentro de un marco terapéutico idóneo, se puede conseguir la comprensión y resolución de periodos afectivos conflictivos, apoyados por la estructuración y la expansión que la personalidad experimenta durante el proceso creativo.

Medina Filho (1997) cree que este hecho posibilita un rápido proceso de comunicación y autoconocimiento, pues informa al arteterapeuta de los contenidos que precisan ser trabajados, como guía orientativa para una actuación más precisa.

Furth (1992) agrega:

Un dibujo que surge del inconsciente contiene una enorme cantidad de información psíquica. A través del dibujo podemos observar la evolución de la psique y determinar dónde se encuentra en el momento en que se dibuja. (...) lo que expresa deja al descubierto el inconsciente y su energía. Si deseamos seguir el curso del inconsciente, tenemos que tomar en cuenta lo que nos sugiere y nos enseña, y de este modo lograr que el individuo acceda a un mayor nivel de conciencia. (Pp.42-43).

Otro aspecto importante en el arteterapia de orientación jungiana es el valor dado a las técnicas artísticas utilizadas en el encuadre terapéutico. Son concebidas, principalmente, como instrumentos que convierten la energía mental (sentimientos, emociones, sueños, deseos, fantasías, conflictos etc.), en gestos tangibles que transforman lo anónimo de uno mismo en algo valioso y que, a su vez, facilitan la comunicación intrapersonal en acciones que integran tanto las limitaciones como las capacidades.

Furth (1992) destaca la importancia de las manifestaciones simbólicas en las obras plásticas como elementos detectores de *complejos* o de energía estancada. El hecho de proceder al análisis de dichos *complejos*, por parte del arteterapeuta, supone la movilización de la energía que, al hacerse consciente, empieza a trazar el camino hacia el crecimiento y desarrollo.

En las sesiones de arteterapia jungiana, la vivencia de la *sombra* y la *persona* es desplazada y proyectada en las producciones plásticas y en el arteterapeuta, los cuales devuelven al individuo su propia información reprimida o desconocida, lo que contribuye a la toma de conciencia y, consecuentemente, a la apertura mental. Esta interacción da lugar a la "*transferencia arquetípica*" fundamental, para dar pie a la creatividad y avance del paciente junto al arteterapeuta, durante el proceso terapéutico.

Philippini (2000) añade, al respecto, la necesidad de ofrecer gran diversidad de técnicas y materiales, para atender la singularidad de cada paciente y, así, abrir el abanico de probabilidades en la restitución de áreas desusadas o núcleos bloqueados, con el fin de dar rienda suelta al flujo de la energía psíquica. "*Al explorar texturas, formas curvas, cavidades, salientes, en el reconocimiento de la singularidad de cada material expresivo, se beneficia⁷² por sus propiedades terapéuticas y tenderemos, en consecuencia, al desenvolvimiento de algunas de estas habilidades adormecidas*". (Philippini, 2000, p.66).

El arteterapia de aproximación jungiana ofrecerá a sus participantes técnicas de introspección que generen productos plásticos y visuales que estimulen la formación de símbolos, para activar la energía psíquica estancada y generar la comunicación e integración entre lo inconsciente y lo consciente.

Entre las técnicas más conocidas heredadas de Jung se encuentra la *Imaginación Activa*⁷³, enfocada por los analistas jungianos, principalmente, para la interpretación de los sueños y como método sustitutivo de la técnica psicoanalítica de la *Asociación Libre*. Los arteterapeutas jungianos la llevan a cabo con el empleo espontáneo de los medios artísticos, como vehículos orientados hacia la comprensión de los símbolos del inconsciente personal y el encuentro y diálogo con las imágenes arquetípicas, cuya finalidad será promover el *Proceso de individuación* y la integración del *sí-mismo* en la persona implicada en la terapia artística.

La técnica de la *imaginación activa* ha sido utilizada por numerosos arteterapeutas (Allan, 1988; Bach, 1990; Cane, 1951/1983; Edwards, 2001; Fordham, 1944; Furth, 1992; Jeffrey, 1996; Lyddiatt, 1971; Naumburg, 1987; Schaverien, 1992; Wallace, 1975). Su aplicación consiste en la concentración de una imagen sugerida por un sueño o

⁷² Hace referencia al paciente.

⁷³ Jung empieza a utilizar en el análisis de sus propios sueños la técnica de la *Imaginación Activa* en 1912. En 1916, con su obra "La Función Trascendente" empieza a describir la técnica y sus experiencias con su aplicación en terapia. En "Tipos psicológicos" (1921) comienza a hablar de formas activas y formas pasivas de la fantasía pero hasta 1935 no llega a denominar el método con el nombre de imaginación activa.

visualizada de manera espontánea sin proponer ningún tema como punto de partida⁷⁴. Jung opinaba que las imágenes son activas por sí mismas. Por esta razón, la intervención del terapeuta, durante la ejecución, debe limitarse a la observación. Tras la visualización, se realiza una obra bidimensional o tridimensional, según los materiales que se quieran emplear para llegar a la imagen percibida. A partir de la materialización imaginada, se establece un diálogo con ella. El autor se imagina dentro de su obra como si se tratara de un teatro o una película. Se puede recurrir al uso de la escritura para anotar las sensaciones, sentimientos, estados de ánimo, asociaciones personales, experiencias, etc., derivadas de la relación con la escena. Generalmente, esta confrontación lleva a que los participantes sigan realizando, de forma paralela o en serie, más imágenes activando así la fantasía, la creatividad y la capacidad de juego. En este sentido, Da Silveira (2006) afirma, que proporcionar a la imaginación la oportunidad de desarrollar el juego libre y la participación activa del individuo en los acontecimientos imaginados, establece conexiones con su situación emocional, lo que conduce a un autoconocimiento.

El transcurso del método conllevaría, primero, a observar las imágenes que han ido apareciendo durante el proceso creativo; después, comentar y reflexionar conjuntamente con el arteterapeuta lo que suscitan; y, finalmente, todo el conjunto se pondrá en relación con los aspectos de la biografía o situación presente del sujeto.

Para los jungianos, las llamadas *imágenes dinámicas* tienen un valor superior a las imágenes oníricas a la hora de revelar el inconsciente y llegar a la maduración en la terapia con un paciente. También es interesante, porque el contenido simbólico se puede amplificar, es decir, el individuo puede observar los elementos más significativos de su obra y volver a representarlos con cualquier otra técnica o material artístico, en busca de nuevas asociaciones. La técnica de *Amplificación* permite al sujeto conectar con arquetipos colectivos, compararlos con su simbología personal, crear nuevas constelaciones significativas. Esta sucesión de producciones experimentadas, desde diferentes procedimientos expresivos, hará que los símbolos ocultos broten y se hagan comprensibles.

Valladares (2003) comenta que en la intervención arteterapéutica jungiana se recomienda trabajar en torno al símbolo, sin que las interpretaciones lleguen a reducirlo. Para comprender mejor el trabajo con las imágenes simbólicas, se hace imprescindible la comunicación visual de sus elementos configuradores como el color, el equilibrio, la

⁷⁴En este aspecto difiere de la técnica de Desoille (1975): "*Ensueño dirigido*" y de las técnicas de meditación de las filosofías orientales.

regularidad, complejidad, unidad, simetría, etc.; todo aquello que ayude a articular entre sí las características vitales y estados afectivos de su autor.

Por lo tanto, la amplificación de los símbolos traza redes asociativas, suscitadas por las actividades artísticas a través del trabajo con los sueños, las fantasías o los propios estados anímicos. Las técnicas de la *asociación libre* de Freud y la *imaginación activa* de Jung, aplicadas en arteterapia, se complementan a la hora de promover y potenciar la creatividad, lo que dirige al sujeto al *proceso de individuación*, donde se logra la integración intermedia entre los niveles inconscientes y conscientes.

El análisis de la simbología arquetípica es fundamental en el enfoque jungiano. Entre la gran diversidad de símbolos universales que suelen aparecer en las obras plásticas, Jung destacó y profundizó en el símbolo del *mandala*.

Mandala es un término de origen sánscrito que significa círculo sagrado. En las religiones orientales se ha empleado durante siglos como medio de meditación visual. Es un esquema reiterativo y espontáneo muy antiguo. Las primeras representaciones fueron descubiertas en la era paleolítica y han seguido apareciendo, a lo largo de la historia, localizados principalmente en el arte⁷⁵ de diversas culturas⁷⁶. Suelen tener una estructura circular o cuadrada concéntrica, compuesta por una cuaternidad⁷⁷, como una cruz o por un múltiplo de cuatro, octógonos, polígonos estrellados, etc. Su experiencia estética inspira equilibrio, organización, perfección y coherencia.

⁷⁵ La estructura del mandala no sólo aparece en las manifestaciones artísticas de diferentes culturas y épocas sino que también forma parte de las formas lineales que los niños trazan de forma espontánea en sus obras plásticas. El mandala en el arte infantil se considera un símbolo de transición entre la etapa del garabateo y la etapa preesquemática, en un intento del niño por realizar las primeras figuras humanas. Por lo tanto, son un signo de evolución y desarrollo.

⁷⁶ El esquema circular tiene un papel predominante en los ideales geométricos utilizados en las diversas manifestaciones culturales de toda la historia. En el ámbito artístico aparece en construcciones funerarias prehistóricas, pinturas rupestres, mitología egipcia, templos budistas, templos mayas, calendarios aztecas, mezquitas árabes, pinturas románicas, rosetones góticos, pinturas de arena de los indios navajos, etc.

⁷⁷ Según Jung símbolo de las cuatro funciones psíquicas: pensar, intuir, sentir y percibir.

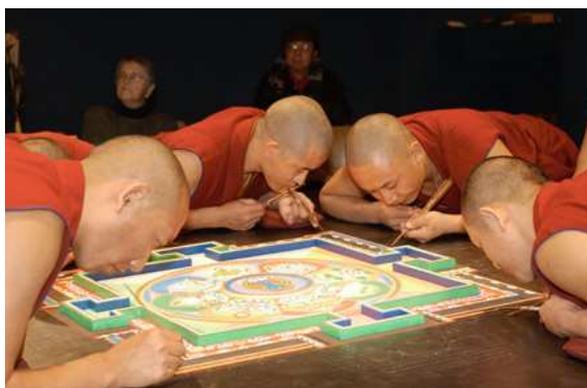


Ilustración n° 46. Realización de mandala tibetano.

Para los jungianos es la imagen del *sí-mismo*, arquetipo equilibrador entre lo consciente y lo inconsciente, la fusión armónica entre opuestos.

Jung introdujo el concepto de *mandala* en la terapia analítica, tras la observación de sus propias experiencias pictóricas⁷⁸ y las expresiones plásticas espontáneas de sus pacientes. Paralelamente, dedicó sus investigaciones al estudio simbólico del *mandala* en todas sus manifestaciones culturales. Concluyó que se trataba de una forma arquetípica universal, la cual podía ser utilizada en terapia como herramienta para el crecimiento personal. Cuando este arquetipo aparecía en los sueños o en las expresiones artísticas, se trataba de un intento inconsciente de imponer orden mental. Jung sostuvo que la construcción progresiva de *mandalas* muestra la trayectoria anímica del individuo expresada, inicialmente, en el comienzo de la terapia, por estructuras caóticas o desordenadas que de forma progresiva van evolucionando hacia esquemas más armónicos y equilibrados. Por lo tanto, la creación de *mandalas* aportaba a sus pacientes serenidad y estabilidad emocional. A través de ellos, podía observar los cambios ocurridos en el paciente como elementos compensatorios, especialmente en estados de desorientación o experiencias traumáticas.

En la década de los 60, Joan Kellogg traslada las teorías de Jung al campo arteterapéutico, enfocadas principalmente a la exploración del mandala, los símbolos inconscientes y el color, a través del dibujo, la pintura, el collage o el modelado con arcilla. En 1978, desarrolla el método *Mandala Assessment Research Institute, MARI Card Test*, tras

⁷⁸ Jung pinta su primer mandala en 1916, en un campamento de prisioneros en Suiza, durante la Primera Guerra Mundial.

recopilar, observar y clasificar durante ocho años dibujos de mandalas realizados por pacientes con esquizofrenia, en colaboración con el *Maryland Psychiatric Research Center*, (Baltimore). En su obra *Path of Beauty* (1978), expone su método, como el resultado de una combinación entre la intervención arteterapéutica con técnicas proyectivas. Kellogg (1978) afirma que la realización periódica de *MARI Card Test* refleja los diferentes estados mentales del individuo y su proceso de desarrollo personal. *MARI Card Test* ha sido utilizado en la actualidad en gran variedad de tratamientos terapéuticos, como rehabilitación de adicciones, en instituciones penitenciarias, educativas y como técnica de crecimiento personal para adultos.

Además de sus aportaciones metodológicas con el conocido test *MARI*, Kellogg visualizó en los mandalas, no sólo los problemas a nivel emocional o psicológico, sino también las relaciones existentes entre el color y la salud física. Observó que en los dibujos de mandalas espontáneos, ciertos colores indicaban síntomas físicos como inflamaciones, dolor de estómago, dificultades respiratorias, etc. En su percepción globalizadora, reconoce la conexión existente entre la dimensión mental y la corporal. (Malchiodi, 1998).

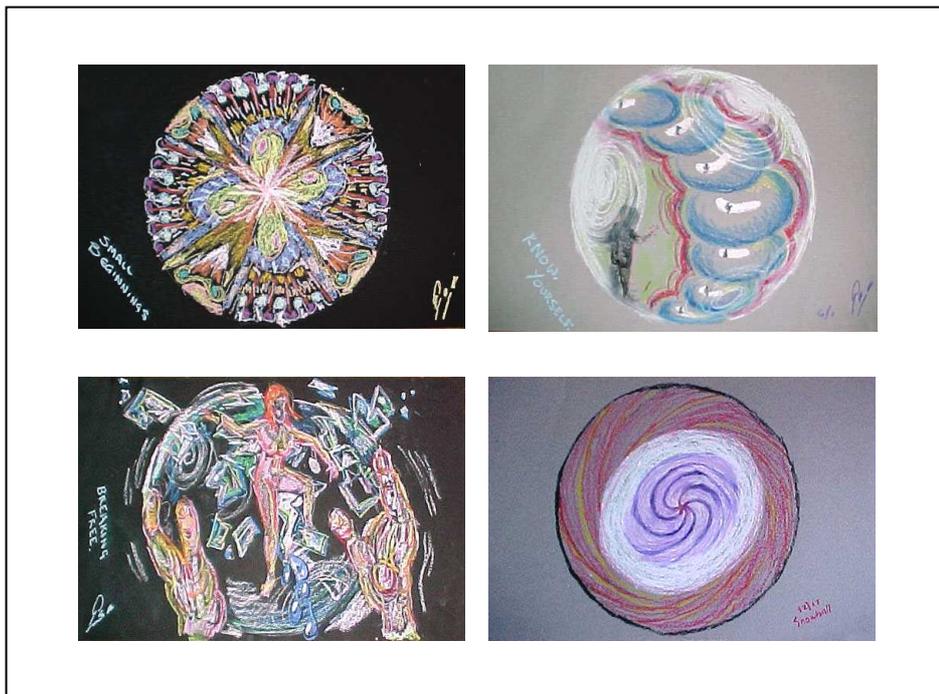


Ilustración nº 47. Trabajos realizados con el método MARI Card Test.

Entre otros arteterapeutas jungianos destacables, que integran en sus intervenciones la realización de *mandalas*, se encuentran: Bonny y Kellogg, (1977), Cox y Cohen (2000), Fincher (1991), Fryrear y Corbit (1992), Ireland y Brekke (1980), Lusebrink (1990), Slegelis (1987).

Aunque el enfoque jungiano ha tenido especial interés por la estructura del *mandala* y sus significados, la construcción de este arquetipo es una actividad muy común en los talleres de arteterapia, independientemente del enfoque o formación del terapeuta. Partir de una superficie en blanco puede crear inhibiciones, sin embargo, cuando el soporte contiene una figura tan familiar desde la infancia como una circunferencia, el comienzo se hace menos tenso. Existe gran variedad de actividades en torno al mandala: se pueden crear con diferentes técnicas, soportes y configuraciones, tanto bidimensionales como tridimensionales; en grupo, en parejas o individualmente; en formato libro-diario para registrar estados de ánimo durante un periodo largo de tiempo; en formato digital, etc.

Otra metodología jungiana es el *Sandplay* o *Juego de Arena*, empleada en arteterapia por la psicoanalista Dora Kalff (1966). Su origen procede de la técnica *World Technique*, utilizada en psicoterapia infantil por Margaret Lowenfeld (1979), aplicada, inicialmente, como práctica diagnóstica. Entre 1954 y 1956, Kalff consigue combinar las teorías de Jung y de Lowenfeld, cuyo resultado dio lugar al *Juego de Arena*. El procedimiento parte de dos cajas rectangulares con el fondo interno pintado de azul⁷⁹, llenas de arena y una amplia colección de figuras en miniaturas (personas, viviendas, medios de transporte, flora, fauna, etc.). También se puede ofrecer arcilla, madera u otros materiales para construir nuevas figuras. Sobre el contenido de una de las cajas, el paciente construye una escena imaginaria con las miniaturas o figuras realizadas. La otra caja se utiliza para modelar formas espontáneas al añadir agua a la arena, lo que implica un modo de actuar emocionalmente más regresivo y con mayor flexibilidad. Yoshikawa (2007) opina que la arena abre un canal de comunicación con el mundo inconsciente por su carácter moldeable, cambiante y modificable, ideal para la formación de las imágenes internas que poseen estas mismas características.

⁷⁹ El color azul del fondo interior de la caja favorece la creatividad pues puede simular el mar, ríos, lagos, el cielo, etc.

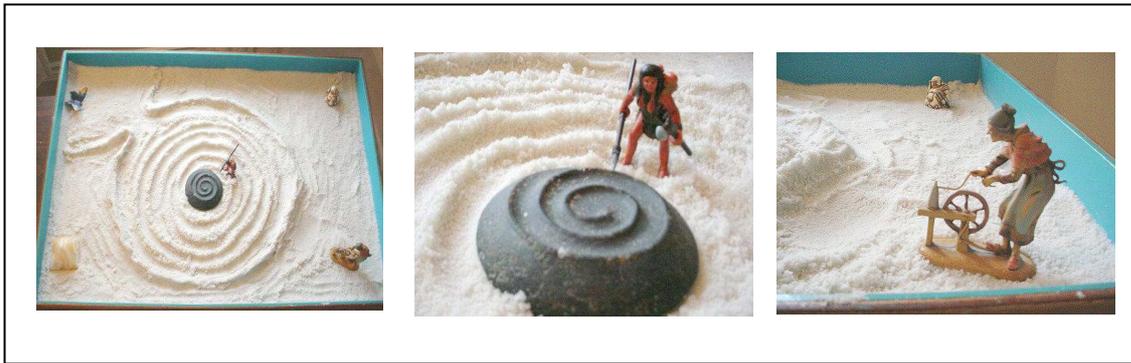


Ilustración n° 48. Trabajos Sandplay o Juego de Arena.

Las interacciones generadas, entre el espacio acotado, el material y los objetos, facilitan la proyección de aspectos psíquicos que el paciente puede empezar a elaborar junto al terapeuta. Las imágenes fotográficas de todas las escenas que el autor va realizando a lo largo de la terapia ayudan en el análisis arteterapéutico. Transcurrido un periodo de tiempo, se pueden observar los diferentes escenarios, elaborados a través de la terapia, y establecer asociaciones personales con los mismos. Se profundizará en el lenguaje simbólico, expresado por el sujeto en la relación transferencial, durante el proceso creativo, tanto con el arteterapeuta como con la escena acabada. El conjunto reflejará aspectos inconscientes significativos, con la finalidad de estructurar y ampliar la subjetividad. “(...) a través de la transferencia, busco para proteger y estabilizar la relación entre el Sí mismo y el ego. Eso es posible a través de la psicoterapéutica porque corresponde a la tendencia natural de la psique de constelarse en el momento en que es creado un espacio libre y protegido”. (Kalff, 1980, p.29).

Según *The International Society of Sandplay Therapy (ISST)*, el *Juego de Arena* se considera un medio proyectivo como técnica de investigación clínica y un poderoso elemento que permite la concienciación e interpretación de contenidos que por otras mediaciones llegan a ser inaccesibles.

Posteriormente, *Sand Play* ha sido incorporado al trabajo de arteterapeutas como Rhinehart y Englehorn, (1982), Weinribb, (1983), entre otros. En arteterapia, el juego de la arena se centra más en la elaboración libre y personal de formas modeladas con la arena y el agua que en las figuras en miniatura proporcionadas por el terapeuta. Se

combinan los materiales plásticos con los elementos básicos del juego (caja, agua y arena). La arena se puede colorear, añadir objetos o formas modeladas con arcilla y otros materiales como la escayola, plastilina, objetos encontrados o de reciclaje, etc. El objetivo es aumentar la implicación del paciente, a la hora de crear su propia escena, con el fin de aprovechar no sólo el producto terminado sino de establecer una dimensión de sí mismo. La manipulación del material plástico-visual a nivel físico, emocional, senso-perceptivo, cognitivo, social, etc., potencia estas áreas y aumenta, con su desarrollo continuado, la capacidad de integrar todo aquello que pueda surgir a nivel inconsciente. Según Read (1982), el arte es el esfuerzo de la humanidad por lograr una integración con las formas básicas del universo físico, con los ritmos orgánicos de la vida. Todas las formas de juego son intentos cinestésicos de integración.

Tabla nº 8. Arteterapia de orientación jungiana

Aproximación a la Terapia Analítica de Jung			
Influencias Psicoterapéuticas	Arteterapeutas	Objetivos	Aportaciones Procedimentales y Técnicas
Teoría Analítica de Jung Kalff	Allan, Bach, Brekke e Ireland, Corbit, Edwards, Fordham, Fincher, Frings, Fryrear, Furth, Jeffrey, Kellog, Lyddiatt, Lusebrink, Naumburg, Schaverien, Slegelis, Wallace	-Análisis del contenido simbólico inconsciente personal y colectivo proyectado en el proceso creativo y la obra plástico-visual. - Individuación mediante el diálogo con las imágenes arquetípicas.	- Imaginación Activa. - Amplificación. - <i>Mandala Assessment Research Institute, MARI</i> Card Test. - <i>Sandplay</i> o <i>Juego de Arena</i> .

3.2. Arteterapia de Orientación Humanista

El arteterapia de orientación humanista concibe al ser humano desde una perspectiva holística: la personalidad no se tiene en cuenta como la suma o yuxtaposición de funciones o procesos (cognitivos, emocionales, conductuales), sino como un sistema organizado diferente y peculiar en cada sujeto y en desarrollo continuo. Los elementos que integran dicho sistema se interrelacionan e influyen recíprocamente como una síntesis mental, física y espiritual, de tal manera que las raíces de los posibles conflictos emocionales surgen, sin distinciones, entre los aspectos internos y externos del individuo, contrariamente a las propuestas psicoanalíticas o conductistas. *“La individualidad es una característica primaria de la naturaleza humana. Para el desarrollo de la ciencia de la personalidad debemos aceptar este hecho. Pero es más fácil construir un hombre artificial a partir de normas universales y de grupo que estudiar adecuada y científicamente un ser real”*. (Allport, 1966, p.39).

El énfasis excesivo, durante la primera mitad del siglo XX, hacia el estudio de las enfermedades psicológicas y la escasa atención a las investigaciones, respecto a personas con un alto grado de salud, de crecimiento personal o de autorrealización, suscita un gran interés entre los autores humanistas por profundizar en cuestiones existenciales, fenomenológicas, y en los recursos potenciales que el sujeto puede poner en juego durante su desarrollo vital, para lograr estados de plenitud. El marco conceptual de este enfoque se fundamenta esencialmente en la comprensión y puesta en marcha de los aspectos saludables y positivos del ser humano, cuyas raíces emergen en los años 60 con el nacimiento del *“Human Potential Movement”*.⁸⁰ En décadas posteriores su ideología, combinada con la aproximación cognitiva, generará gran resonancia entre los psicólogos positivistas (Csikszentmihalyi, 1998, 2004; Gardner, 1987a, 1987b, 1997; Goleman, 1996; Seligman, 2002).

Según Sinelnicoff (1999), actualmente existe un gran número de modelos terapéuticos que reivindican aspectos análogos, por lo que se podrían englobar dentro de la rama humanista y, a su vez, ser integradas en la intervención arteterapéutica de dicha

⁸⁰ El *Movimiento del Potencial Humano* se gestó en el Instituto Esalen, (California). Surge como reacción a los enfoques psicoanalíticos y conductistas considerados mecanicistas, deterministas y racionalistas. Por esta razón, se les denominó *La Tercera Fuerza* como nueva alternativa frente al panorama psicoterapéutico existente durante la primera mitad del siglo XX. Su ideología subraya el potencial ilimitado del ser humano y la capacidad para dirigir su propio destino. Fue pionero en el estudio del aspecto emocional en la educación y lugar de encuentro de personalidades relevantes como Maslow, Rogers, Murphy, Fadiman, Alan Watts, Bateson, Satir, Lowen, Perls, Capra, etc.

orientación como ocurre con la Terapia Gestáltica, Grupos de Encuentro, Psicodrama, Tendencias Fenomenológicas, Psicoterapias de Mediación Corporal (Bioenergética, Biosíntesis), el Grito Primario, Rebirthing, Métodos Existencialistas, Asociaciones de Apoyo, Filosofías Orientales (Zen, Tao, Yoga y Meditación), Focusing, etc.

Los principios humanistas coinciden con los de algunos psicoanalistas como Adler, Erickson, Rank y con las teorías de Jung, respecto al camino que el ser debe recorrer hasta llegar al llamado Proceso de Individuación o de desarrollo pleno. Autores como Rogers, llamarán a este estado de integración y plenitud *Autorrealización*, semejante a las *Experiencias Cumbre* de Maslow, al concepto de *Conciencia del yo* de May, la *Plena Autonomía* de Fromm, o al *Proceso Homeostático* de Perls.

Por lo tanto, el modelo humanista trasciende de lo meramente clínico-patológico, ya que parte de los aspectos saludables del individuo, al no tratar de suprimir los síntomas mediante el análisis de los mismos, sino de estimular o reconstruir la capacidad de expansión y desarrollo personal innatos. La persona no se concibe como un objeto de estudio sino desde la aproximación subjetiva de sus percepciones y sentimientos. La espontaneidad, la creatividad, la satisfacción personal y el alcance de los estados de plenitud, son los principales temas de investigación humanista. El crecimiento y la autorrealización deben ser criterios para medir la salud psicológica, no únicamente el control del yo o su adaptación al medio.

Son muchas las aportaciones, realizadas por los autores de la Tercera Fuerza, sobre los impedimentos a los que el individuo suele enfrentarse en su trayectoria evolutiva y las opciones que puede elegir para franquearlos. Su vasta confluencia teórica obliga a destacar, como en apartados anteriores, aquellos cuya ideología ha influido de forma más evidente en la arteterapia humanista.

Rogers (1989a, 1989b), iniciador de la terapia centrada en el cliente, enfatiza el hecho por el cual, cada persona se evalúa según su propio autoconcepto, (de lo que es y lo que puede ser), por lo tanto, se pueden observar dos formas de actuaciones inconscientes: las existentes entre el “yo” y las experiencias con la realidad y, paralelamente, las que surgen entre el “yo real” y el “yo ideal”. Los individuos que han sentido durante su crecimiento una aceptación positiva incondicional por parte de sus seres queridos, incluso, cuando sus actitudes y conductas no hayan sido ideales, se desenvuelven mejor y poseen más capacidades de ampliar sus áreas de experiencias. Si sucede al contrario, el sujeto es más propenso a aceptar los valores de los demás en detrimento de los propios, o a tener una imagen distorsionada entre su realidad y sus ideales. Esta distorsión genera problemas

de inadaptación y malestar⁸¹. Nuestras propias percepciones y creencias están íntimamente relacionadas con las respuestas ante los acontecimientos de la vida, el autoconcepto forma nuestras expectativas.

Fromm (1989) sugiere que el hombre contemporáneo está expuesto a continuos estados de crisis, generados por una cultura materialista que considera al yo como un objeto dependiente del éxito o del fracaso frente a los demás. Esta tendencia lo convierte en un ser carente de metas, sumido irremediabilmente en la desidia global y el conformismo. *“Las relaciones humanas son esencialmente las de autómatas enajenados, en las que cada uno basa su seguridad en mantenerse cerca del rebaño y en no diferir en el pensamiento, el sentimiento o la acción”*. (From, 1989, p.86).

May (1975) coincide con Fromm sobre cómo la actividad del hombre se centra principalmente en satisfacer sus deseos, continuamente estimulados y gobernados por el capital. La lucha por conseguir un estatus, acorde con los valores sociales impuestos, genera un vacío emocional que debilita los potenciales humanos innatos y lleva a una vida rutinaria o, en ocasiones, a caer en hábitos como el consumo de fármacos, las drogas o el alcohol. Expone que la antítesis a esta situación sería concebir la vida como un proceso de evolución continuo, según la idea de Sartre del “yo como proyecto”, orientado hacia una postura creativa donde la apertura, la flexibilidad y la receptividad permitan la adaptación a los cambios y al “encuentro” con uno mismo y con el mundo circundante. La creatividad es el producto de la máxima salud mental, no se trata de la satisfacción de instintos reprimidos sino la satisfacción de la necesidad de comunicación con su entorno o, como señala Schachtel (1959), el triunfo de la percepción aloécéntrica⁸² y abierta sobre la perspectiva autocéntrica, incorporada a lo habitual.

Maslow (1990) expone, en su conocido sistema piramidal, la importancia de cubrir la progresión de necesidades humanas, en sentido ascendente, que abarcan desde las más básicas, las fisiológicas, a las necesidades de seguridad, de pertenencia y amor, de estima, cognitivas, estéticas hasta alcanzar las de rango más complejo, las necesidades de autorrealización. Estas sólo adquieren importancia cuando se han logrado satisfacer las anteriores escalas. Las actividades creativas y las percepciones estéticas son portadoras de momentos transitorios de autorrealización o de experiencias cumbre, caracterizadas por una intensa sensación de satisfacción y de felicidad.

⁸¹ Concepto semejante a la represión de Freud.

⁸² Schachtel comenta en su obra *Metamorphosis: On the development of affect perception, attention and memory*, la puja existencial entre dos impulsos humanos: por una parte el instinto de permanecer abierto, la vía de orientación objetiva o Aloécéntrica y su impulso contrario, el de permanecer en el mundo familiar, la vía de orientación subjetiva o Autocéntrica.

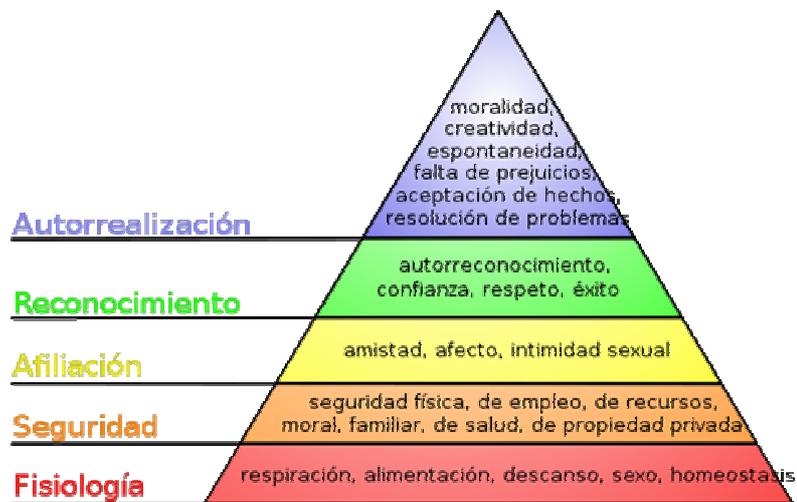


Figura nº 6. Sistema piramidal de Maslow

Las conductas autorrealizadoras descritas por Maslow, son análogas a las actitudes que se suelen estimular en las intervenciones arteterapéuticas: experimentar la vida con curiosidad, interés, espontaneidad y apertura, de forma semejante a como se hacía en la infancia; probar cosas nuevas en lugar de seguir el camino habitual; tolerancia hacia la incertidumbre; ser fiel a los propios sentimientos a la hora de evaluar experiencias, a pesar de las opiniones ajenas; asumir responsabilidades; tomar decisiones; identificar las propias defensas y tener el valor de renunciar a ellas; ver la vida con objetividad; ser creativo; etc.

Por lo tanto, el arteterapia de orientación humanista intenta identificar y activar todas aquellas vivencias paralizadoras en el proceso de crecimiento personal, a través de la experimentación con los medios plástico-audiovisuales que actúan como agentes potenciales, cuyo papel principal trata de dirigir al sujeto hacia la actualización y refuerzo de todas las aptitudes de la persona, alcanzar la madurez y el cambio positivo, deseado de forma autónoma. Su aliado principal será la estimulación de la creatividad mediante la experiencia compartida con los medios artísticos y el rol del arteterapeuta, el cual se manifestará con empatía, consideración positiva incondicional y autenticidad durante el acompañamiento terapéutico.

Betensky (1995) fue una de las primeras arteterapeutas humanistas que traslada la importancia de los conocimientos fenomenológicos⁸³ al trabajo arteterapéutico. Considera la expresión artística de un individuo como un fenómeno susceptible de ser observado objetiva e imparcialmente. Como resultado, se consigue pasar del egocentrismo a ser espectador objetivo de lo que ocurre dentro y en el entorno del sujeto.

El rol del arteterapeuta durante el transcurso de la intervención es esencial, ya que mantendrá una actitud que genere la aceptación incondicional de todas las reacciones del cliente sin valorarlas o juzgarlas, con la intención de facilitar el camino hacia la actualización de conductas⁸⁴.

Perls (1976), iniciador de la terapia Gestalt, conecta con las ideas de Rogers, relacionadas con las repercusiones negativas que pueden implicar en el sujeto el hecho de la no aceptación incondicional por parte de los padres o tutores en una situación determinada. Perls lo denomina *Gestalts inacabadas*⁸⁵ o experiencias emocionales que no son integradas de forma adecuada produciendo tensiones, estancamiento de la energía y comportamientos neuróticos. Estos patrones o gestalts inconclusas proceden del pasado y se repiten de forma inconsciente en el presente contra los verdaderos deseos de la persona, que se siente atascada en su progreso personal. Las emociones pendientes son almacenadas en el organismo y se suelen manifestar en formas no verbales, gestos, posturas corporales, tonos de voz, etc., actuando de coraza que protege del dolor y, a su vez, alejan de lo genuino.

En el enfoque de Perls, se aprecian las influencias de su trabajo teatral con Reinhardt, el psicodrama de Moreno y el discurso conceptual de los expresionistas alemanes. Su mujer, Laura Perls, psicóloga y psicoterapeuta también enriquece su orientación con sus trabajos musicales y de danza contemporánea. Este eclecticismo es la causa del interés por integrar en la terapia gestáltica cualquier forma no verbal que ayude a movilizar la expresión espontánea y la creatividad, lo que resulta bastante compatible con la filosofía arteterapéutica, ya que la atención a las emociones y al lenguaje no verbal son los componentes esenciales. La interacción entre los fenómenos físicos y psíquicos,

⁸³ La fenomenología es una rama de la corriente humanista cuya finalidad trata de actuar en las descripciones del individuo, los acontecimientos o hechos que suceden en su entorno sin identificarse con las explicaciones casuales. Sostiene que el comportamiento está determinado por la manera en que la persona percibe su realidad en un momento concreto.

⁸⁴ Concepto semejante a la madre buena de Winnicott.

⁸⁵ El ciclo normal de una gestalt comienza por la necesidad de obtener una satisfacción, pasando por la tensión, excitación sensitiva y motriz y, por último, la satisfacción que dirige al organismo al reposo. Cuando el ciclo no se completa, el organismo puede quedar atrapado en alguna de las fases citadas, sin llegar a la obtención de su objetivo: satisfacer la necesidad.

promovidos por los diferentes medios de expresión artística, comienza a ser advertida por la gran mayoría de los autores gestálticos, los cuales señalan su gran potencial terapéutico.

El arteterapia de orientación gestáltica empieza a gestarse a partir de la incorporación de los diferentes lenguajes visuales, sin tener que descartar el apoyo de otras mediaciones: la expresión literaria, corporal, musical o dramática.

Uno de los primeros terapeutas en incorporar los medios plásticos a la terapia Gestalt fue Zinker (1979). Dicho autor destaca los gestos y movimientos corporales mientras se consume la obra plástica: la mirada, la respiración, la posición, etc. Esta simbiosis actúa en conjunto, guían al terapeuta y acercan al paciente a contactar con su estado energético en la experiencia inmediata (el “Aquí y Ahora”)⁸⁶. En definitiva, a encontrar mediante la expresión plástica su manera de estar en el mundo (el “cómo”). *“Para hacer cualquier cosa, para tomar contacto con ustedes mismos, para crecer o para pintar, necesitan tomar conciencia del sitio donde la energía se encuentra atascada y de cómo pueden liberarla”.* (Zinker, 1979, p.190). Para Zinker, la experiencia creativa, especialmente a través del dibujo, es una forma de autoconocimiento y, por lo tanto, relacionada con el proceso homeostático, estado de equilibrio entre todos los sistemas del cuerpo, necesario para un funcionamiento óptimo.

En la actividad de dibujar, la persona se permite manifestar plenamente su interés hasta que se siente satisfecha y completa por dentro. Sus dibujos presentan las mismas características que sus cambiantes sentimientos, pues pasan de la fragmentación a la fluidez y de allí a la totalidad. De tal manera, la formación figura-fondo de conciencia en la persona es congruente con la formación figura-fondo visual de sus dibujos. Los dibujos terminados, además de su valor estético, constituyen una confirmación concreta de su capacidad de convertirse en un ser humano integrado. (Zinker, 1979, p.200).

⁸⁶ Fritz y Laura Perls otorgan a Otto Rank, la primera utilización de la expresión, *“Aquí y Ahora”*. La comprensión de este concepto junto al término *“Cómo”* son la columna vertebral que sustenta a la Terapia Gestalt. El *“Aquí y Ahora”* hace referencia a la experiencia de estar implicado en el presente y no en el pasado o el futuro. El *“cómo”*, comprende todo lo que sucede en el proceso continuo de nuestra existencia.

Zinker opta por una terapia creativa, con propuestas que se salgan de los ejercicios estereotipados y reiterativos, en los que los aspectos expresivos del individuo, desarrollados en los diferentes lenguajes (visual, dramático, corporal, musical...), lo conduzcan hacia la transformación, la metamorfosis y el cambio.

Las arteterapeutas Celia Thompson-Taupin (1976), Violet Oaklander (1988), Elaine Rapp (1980), Janie Rhyne (1996), siguen una línea de trabajo muy similar al enfoque gestáltico de Perls y Zinker.

Thompson-Taupin expone en su obra, *“Where do your lines lead?”* (1976), su metodología de arteterapia grupal en el *Gestalt Institute of San Francisco*, donde los participantes suelen dirigir intervenciones improvisadas, cuyo hilo conductor es trazado, a partir de sus experiencias con diferentes medios de comunicación no verbales, especialmente, el plástico-visual, musical, corporal y dramático. Una modalidad de ejercicio, usualmente empleado por la autora, consiste en realizar un mural grupal espontáneo con diversas técnicas gráfico-plásticas. Cada miembro comienza el trabajo plástico con trazos lineales de un sólo color sobre un papel de gran formato, ubicado en la pared o en el suelo. Se pueden usar otros colores cuando alguien del grupo lo decide, a partir de una señal verbal, gestual o sonora. A medida que se trazan las líneas sobre el soporte, se emiten sonidos y movimientos intentando captar el ritmo de las mismas. Se pueden hacer diversas variaciones: dividir al grupo en dos y mientras unos dibujan y emiten sonidos, otros bailan o hacen mímica al ritmo impuesto por los gestos gráficos, etc.



Ilustración n° 49. Taller de arteterapia humanista.

Oaklander, en su contribución arteterapéutica con población infantil y adolescente, centra su labor en ejercicios con medios plástico-visuales, role play, cuentacuentos, trabajo dramático, sueños o con cualquier procedimiento que estimule la

creatividad por medio de la imaginación. La autora afirma en su obra, *“Windows to our children”* (1988), que los niños creativos resuelven y superan mejor las dificultades planteadas durante la terapia artística. De este modo, potenciar la imaginación es un medio para mejorar la habilidad de aprendizaje y la resolución de problemas tanto en el niño como en el adolescente. La reflexión sobre lo sucedido en el proceso de creación, desde la observación de proyecciones personales a las identificaciones con el esfuerzo realizado, es básica para localizar en las expresiones artísticas el propio contexto y cómo se desenvuelven en el mismo.

Rapp, muy influenciada por Laura Perls, trata la temática fenomenológica-existencialista (la toma de responsabilidades, la permanencia en el presente, la exploración de la persona en su ambiente, etc.) con el establecimiento de diálogos entre las polaridades encontradas en los productos realizados. Subraya la importancia de ampliar el espectro de materiales y técnicas expresivas por la repercusión inmediata que este hecho genera a la hora de enriquecer la dimensión terapéutica. Opina que reforzar la capacidad expresiva, en la interacción con los diversos lenguajes existentes, es una forma de encontrar un eslabón de nosotros mismos y de reforzar la creatividad.

En el artículo *Poetry therapy and some links to art therapy* (1973), Rapp, en colaboración con Leedy, animan al trabajo conjunto con otros terapeutas en la elaboración y coordinación de programas en los que se atienda al gran beneficio que supone la relación entre las distintas mediaciones: *“Hay un vínculo en cada uno de nosotros y entre las diversas manifestaciones de nuestra creatividad natural en el arte, la música y el baile. Cuando la expresión en cualquiera de estas áreas aparece, debido al contacto con un terapeuta no amenazante, se refuerza la probabilidad de otras formas de autoexpresión creativa”*. (Leedy y Rapp, 1973, p.145).

Rhyne sintetiza su trabajo con Fritz Perls en la creación de su técnica *“Gestalt art experience”*, publicada en 1973. Señala que el arteterapia gestáltica trata con todas las configuraciones de la expresividad personal. Otorga gran importancia al conocimiento que nos brinda la aprehensión mediante los sentidos, siendo la estimulación senso-perceptiva vital para facilitar el reconocimiento y la clarificación de los conflictos. La realización de actividades artísticas activa las necesidades y recursos perceptivos, lo que supone acciones altamente cognitivas. La creación de un producto visual se convierte en el reconocimiento de las configuraciones mentales de cada ser, refleja su experiencia de lo observado, los conocimientos que pone en juego, su desarrollo cultural y evolutivo. Las sensaciones están ligadas a la percepción y, como consecuencia, a la abstracción única por la que cada individuo se encuentra irremediamente condicionado. Rhyne opina que desarrollar la

percepción de las formas, los colores, las texturas, la luz, el movimiento, etc., aumenta en gran medida nuestro autoconocimiento y la toma de conciencia, lo que convierte a este ejercicio cognoscitivo en una herramienta esencial para el arteterapia.

Natalie Rogers (2001), hija de Carl Rogers, empatiza con las ideas de los citados arteterapeutas gestálticos, acerca de la globalización de todas las terapias creativas (arteterapia, musicoterapia, danzaterapia, dramaterapia, etc.). Con su método "*Person-centered expressive arts therapy*", integra la técnica de las terapias creativas con la terapia centrada en la persona de Carl Rogers. Destaca la predisposición del sujeto para alcanzar la Autoactualización, por medio de la conexión creativa entre las diferentes manifestaciones expresivas. La autora opina que un movimiento corporal puede rebajar los bloqueos emocionales, a la hora de emprender una obra plástica, de la misma manera que la realización de una imagen puede evocar una poesía, una canción o una representación teatral. Estas acciones se complementan unas a otras, con el fin de reforzar la comunicación de sentimientos, los aspectos lúdicos, la improvisación, la exploración inconsciente, la catarsis, resolución de conflictos, apertura mental hacia el insight, descubrimiento de dimensiones espirituales, etc.

Silverstone (1997) trabaja desde un enfoque análogo en *Person-centered expressive arts therapy*. En su obra *Art Therapy the Person-Centered Way: Art and the Development of the Person*, ofrece una guía de ejercicios prácticos para arteterapeutas interesados en dicha orientación.

El método *Intermodal Expressive Therapy*, aplicado por los arteterapeutas Knill (2004), Levine (1992), Levine y Levine (1999), McNiff (1981), contiene rasgos muy similares a los conceptos trabajados por Natalie Rogers, en relación a los beneficios complementarios aportados por el uso interactivo de diversos medios de expresión.



Ilustración n° 50. Sesiones de arteterapia con el método *Person-centered expressive arts therapy*.

Otra arteterapeuta humanista, muy reconocida en E.E.U.U., Allen (2003) centra su labor en la creencia del desarrollo espiritual, a través de las actividades artísticas, es decir, desde una perspectiva más vinculada hacia el crecimiento personal y la dimensión transpersonal que hacia lo estrictamente psicoterapéutico. La creatividad artística es considerada por la autora como un camino que pone al ser humano en conexión con una fuerza suprema llamada Dios, Universo o Naturaleza (según las creencias espirituales de cada persona).

Las raíces de esta ideología se remontan a la difusión en el contexto occidental de las filosofías orientales (Budismo Zen, Taoísmo, etc.), surgida a finales del siglo XIX y extendida en el ámbito del arteterapia norteamericano por *The Naropa Institute*, (Colorado). Actualmente, Michael Franklin, director del instituto *Naropa*, imparte programas de formación transpersonal a arteterapeutas interesados en integrar dichos conocimientos en sus intervenciones. (Franklin, Farrelly-Hansen, Marek, Swan-Foster, Wallingford, 2000).

Allen combina los conocimientos de la terapia transpersonal con las orientaciones de Jung, Cane y Naumburg. En 1995, decide fundar junto a Dayna Block, Debbie Gadiel, Carole Isaacs, Evelina Webr, Dan Anthon y Don Seiden, *The Open Studio Project*, un estudio de arte donde poder experimentar y desarrollar la creatividad artística como una energía, que revitaliza el espíritu, disponible para todos. La participación activa entre artistas y arteterapeutas es el rasgo innovador que Allen aporta en su proyecto. Considera que el proceso creativo de los participantes se enriquece, cuando artistas y arteterapeutas intervienen conjuntamente. Escultores, pintores, ilustradores, fotógrafos, etc., comparten sus ideas, discursos, técnicas y obras con los demás componentes del grupo durante el transcurso del proyecto, de manera que sus aportaciones puedan despertar el interés, la curiosidad o cualquier aptitud adormecida. Comenta que ampliar las perspectivas creativas, a través del arte, pone en contacto al individuo no sólo con su realidad sino con el universo entero. La idea de compartir este hecho con otras personas ayuda a ver a los demás con mayor respeto, sin juicios de valor, ni evaluaciones, ni críticas, ni afectos⁸⁷.

Desde la perspectiva transpersonal del arteterapia también destacan autores como Franklin, Farrelly-Hansen, Marek, Swan-Foster y Wallingford, (2000). Otros autores, como Moon (2000), han centrado sus teorías y experiencias sobre el formato de *Open Studio*⁸⁸.

⁸⁷ Concepto de Witnessing.

⁸⁸ Explicado en el apartado 4.3.



Ilustración nº 51. Formato de *Open Studio Project*.

En definitiva, el arteterapia de metodología humanista, trata de abrir canales de autoexpresión y autoconocimiento a través de las actividades artísticas las cuales capacitan al individuo para la exploración de sus propias esperanzas y visiones sobre lo que realmente se quiere vivir.

Tabla nº 9. Arteterapia de orientación humanista

Arteterapia de Orientación Humanista			
Influencias Psicoterapéuticas	Arteterapeutas	Objetivos	Aportaciones Procedimentales y Técnicas
Terapia Gestalt, Psicodrama, Tendencias Fenomenológicas, Psicoterapias de Mediación Corporal, Métodos Existencialistas, Filosofías Orientales (Zen, Tao, Yoga y Meditación).	Allen, Knill, Farrelly-Hansen, Franklin, Levine, Marek, McNiff, Oaklander, Rapp, Rhyne, Rogers, N., Silverstone, Swan-Foster, Thompson-Taupin, Wallingford.	- Desarrollo de los aspectos positivos y saludables para lograr estados de plenitud a través de la mediación artística. - Crecimiento personal y autorrealización.	- <i>Person-centered expressive arts therapy</i> : Aplicación de distintos medios de expresión: Plástico-visual, dramática, corporal, musical, narración de cuentos.

3.3. Arteterapia de Orientación Psicopedagógica

Los enfoques conductuales, cognitivo-conductuales y los orientados al desarrollo cognitivo, aplicados en arteterapia, mantienen como rasgo común el diseño activo de situaciones terapéuticas, con el fin de facilitar a la persona la adquisición y el desarrollo de nuevas habilidades para la resolución de problemas, mediante la interacción de los materiales visuales y plásticos. Por esta razón, y siguiendo el modelo de Rubin (2001), las tres modalidades se incluyen dentro de la Orientación Psicopedagógica por tener un factor de aprendizaje implícito.

Los enfoques agrupados en esta orientación suelen ser altamente directivos y estructurados, por lo que el rol del arteterapeuta resulta más activo que en otras modalidades arteterapéuticas.

Al igual que ocurre con las formas de psicoterapias verbales, dichas orientaciones plantean, tanto en el ámbito de investigación como en la aplicación de tratamientos arteterapéuticos, formas específicas para conseguir metas clínicas evaluables y verificables. Los métodos empleados, generalmente, facilitan la medición de los resultados, por lo que su uso suele ser muy atractivo para aquellos profesionales que busquen soluciones cuantitativas. También se pueden amoldar a tratamientos de corta duración.

La mayoría de los autores expuestos a continuación suelen trabajar con poblaciones que sufren alguna discapacidad física o psíquica, por la efectividad obtenida en estas modalidades de tratamientos. Sin embargo, el potencial de dichos enfoques se puede extender a cualquier tipo de población.

A pesar de sus múltiples cualidades, la Orientación Psicopedagógica no ha sido suficientemente explorada dentro del ámbito arteterapéutico. (Rubin, op.cit.).

3.3.1. Arteterapia Conductual

El conductismo se inicia a principios del siglo XX con las teorías sobre el aprendizaje condicionado de Pavlov (1960). Los actos y comportamientos observables de los seres vivos se convierten para los conductistas en el centro de sus investigaciones experimentales. La conducta humana se aprende como cualquier información académica. La manera de relacionarnos con los demás, las formas de actuar frente a diversas situaciones, la expresión de sentimientos, etc., es aprendida a lo largo de la vida a través de acciones reforzadas.

En 1913, Watson actualiza con su manifiesto la psicología experimental, relegada por el éxito del psicoanálisis, más centrado en el estudio de la mente. Watson postula que los comportamientos no deseables de los individuos se deben tratar a partir de su observación y tratamiento directo. La aplicación de técnicas objetivas es fundamental para proporcionar datos fiables y, por tanto, descarta la introspección en la resolución de conflictos.

En oposición al psicoanálisis, la terapia conductual no considera que la expresión de una conducta problemática sea un síntoma de algo que subyace al conflicto, ni que su raíz dependa de un proceso dinámico inconsciente. Los terapeutas conductistas observan los problemas de comportamiento como un repertorio de fenómenos aprendidos y mantenidos según las variables del entorno. Skinner (1985) destaca la importancia de observar la conducta indeseada tal y como se presente en el ambiente aprendido, con el fin de analizarla y modificarla a través de refuerzos, antes que intentar descubrir los nexos existentes entre consciente e inconsciente. (Arias y Vargas, 2003).

Wolfe, con la publicación de su obra *Psychothérapie par inhibition réciproque* (1958), sobre el tratamiento de los trastornos fóbicos, inicia las primeras psicoterapias de conducta. (Sinelnicoff, 1999).

La función primordial del arteterapeuta conductista es crear un ambiente en el cual se puedan reforzar las conductas positivas y deseadas, y reducir las negativas, eliminando el refuerzo que las provoca. Para ello, el arteterapeuta evalúa, conjuntamente con el paciente, la conducta específica, para identificar y observar la frecuencia de aquellos comportamientos que provoquen malestar. Durante la etapa inicial del tratamiento, el paciente aprende a programar sus actividades plástico-visuales y a observar las que le causan placer o dominio, con la finalidad de potenciar sensaciones de control sobre su vida

y combatir sus molestias. Encontrar los refuerzos, realmente significativos para el cliente, es esencial.

El uso de los materiales y técnicas plástico-visuales pueden funcionar como agentes estimuladores, motivadores y de refuerzo para conseguir el cambio de conductas. Cada técnica pone a disposición una amplia gama de materiales con posibilidades creativas infinitas pero, a la vez, con una serie de limitaciones implícitas, según las cualidades y usos de los mismos. Este hecho es de suma importancia, ya que una interacción continuada con los materiales son estímulos constantes que conllevan a reacciones que, posteriormente, se pueden analizar y elaborar con el arteterapeuta, para descubrir aquellos refuerzos que ayuden a alcanzar progresivamente los objetivos terapéuticos deseados. Las respuestas del paciente se van evaluando de forma periódica, para comprobar la efectividad del proceso y decidir sobre la continuidad o discontinuidad del tratamiento.

La intervención del arteterapeuta suele ser más directa y activa que en otras modalidades, pero sin descuidar la participación del paciente en el establecimiento de los objetivos y del programa a seguir.

Generalmente, el arteterapia conductual no trata de resolver el problema sino de reducir y cambiar el comportamiento que lo causa. El problema se objetiviza con métodos y técnicas mensurables, relegando muchos de los aspectos subjetivos de la persona que quedan parcialmente tratados. Al mantener la atención en la conducta externa, las creencias que sostienen el trastorno permanecen.

Otra crítica habitual hacia los enfoques conductistas se relaciona con el poder de modificación de comportamientos, el cual podría generar manipulación, control social, etc. (Sinelnikoff, 1999).

En resumen, el arteterapia conductual pretende otorgar a la profesión un rigor científico en la recogida de datos, manteniendo un control experimental en la aplicación de métodos y técnicas que permitan, desde un enfoque predominantemente cuantitativo, unos resultados precisos sobre los fenómenos estudiados. Los hallazgos obtenidos no se guían por la especulación, la opinión personal o la lógica obvia del sentido común. (Mercadal-Brotons, 2000).

El arteterapia de modelo conductista ha sido utilizada con éxito en niños con deficiencias psíquicas y personas con alteraciones emocionales, (Roth, 1978, 1979, 1983; Roth y Barret, 1980); para mejorar comportamientos adaptativos, (Keogh y Whitman, 1983; Thompson y Grabowski, 1972; Whitman, Sciback y Reid, 1983); en niños con

trastornos de ansiedad, (DeFrancisco, 1983) y en adultos agresivos (Van Sickle y Acker, 1975).

Sin embargo, la mayoría de los autores expuestos refuerzan las técnicas del arteterapia conductual, teniendo en cuenta que los factores cognitivos son también determinantes en el aprendizaje de una conducta, (forma de pensar, expectativas, interpretaciones de los hechos, creencias, estados emocionales, etc.).

Roth (1978) describe en sus obras la aplicación de la técnica *Reality Shaping*, que combina las técnicas plásticas con procedimientos para la modificación de conductas. Dicho autor ha obtenido resultados efectivos con esta técnica, especialmente en niños con trastornos psíquicos y discapacidades mentales severas.

En primer lugar, se identifica un concepto concreto que la persona no consiga comprender, le cueste transmitir o le cause ansiedad. Tras reconocer el concepto, el arteterapeuta lo representa gráficamente, mediante una técnica bidimensional, (dibujo, pintura, collage, etc.), elegida por el paciente. Después de la realización de la obra, el sujeto intentará realizarlo solo o, si es preciso, de forma conjunta con el arteterapeuta. Una vez finalizada la obra, se pasa a la realización del mismo concepto con una técnica tridimensional (modelado con arcilla, ensamblaje, construcciones con cajas de cartón, palillos, etc.), siguiendo los pasos anteriores.

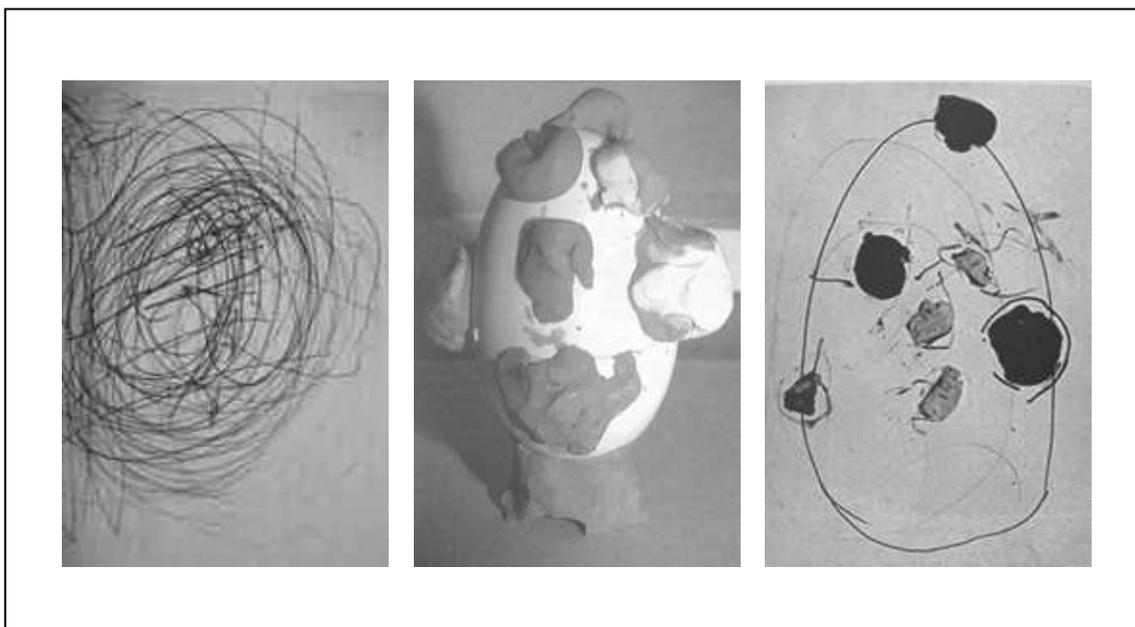


Ilustración nº 52. Proceso de conceptualización de un óvalo realizado con la técnica *Reality Shaping*.

Dar forma concreta a conceptos vagos ayuda a comprender el entorno de la persona y el lugar que ocupa en el mismo. Ambos componentes suelen estar relacionados con el comportamiento patológico que se quiere cambiar. Por lo tanto, acompañar a la persona durante la representación sirve de guía para organizar y aclarar herramientas cognitivas. Al mismo tiempo, se puede abordar el contenido emocional de la obra construida y observar cómo influye en su conducta, para conseguir el cambio deseado. (Arias y Vargas, 2003).

Según Tilley (1991), las actividades artísticas son particularmente útiles, especialmente para los niños mentalmente disminuidos a quienes les resulta difícil transmitir sus ideas y emociones. Desarrollar la comunicación y la expresión de pensamientos lleva anejo un sentimiento de autoidentificación, aspecto especialmente importante para aquellas personas que requieran ayuda, para construirse una imagen de sí mismas y del mundo que les rodea, potenciando así un sentimiento de identidad personal.

Reality Shaping se basa en las técnicas conductuales del *Condicionamiento Operante*⁸⁹ y el *Modelado*.⁹⁰ Eisner (2004) afirma que la inscripción, la revisión, la comunicación y el descubrimiento son procesos cognitivos que se usan en la representación, fines que a su vez generan la sorpresa como fuente en sí misma de satisfacción. Las actividades gratificantes pueden ser utilizadas para fortalecer conductas específicas, como base del *Condicionamiento Operante*, además de potenciar la motivación que puede ayudar a cambiar comportamientos. La construcción bidimensional y tridimensional de conceptos son referencias que pueden ser utilizadas para recordar y relacionar conocimientos.

Desde un enfoque más cercano al desarrollo cognitivo, según Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, y Loftus, (2003), los conceptos de animales y de cosas se almacenan en distintas regiones del cerebro. Los conceptos de animales contienen más características perceptivas que funcionales; con los conceptos de cosas ocurre al contrario. Cuando existen individuos con lesiones cerebrales que afectan a las regiones perceptivas o las regiones funcionales, presentarán dificultades, no sólo a la hora de reconocer dichos conceptos sino también en el significado de su palabra correspondiente. (McCarthy y Warrington, 1990). Las propuestas plásticas de *Reality Shaping* ayudan a desarrollar las

⁸⁹ El *Condicionamiento Operante* es un tipo de aprendizaje asociativo que tiene que ver con el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias y no con la asociación entre estímulos y conductas reflejas existentes, como ocurre en el condicionamiento clásico.

⁹⁰ A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente los observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se emplea como técnica para expresar nuevas conductas, deseos y emociones diversas.

capacidades perceptivas y comprensivas de conceptos, con la posibilidad de poder relacionarlos con el aprendizaje de palabras. Por consiguiente, el uso de esta técnica arteterapéutica puede ser de gran utilidad en pacientes con lesiones cerebrales de esta índole.

Por otra parte, observar la realización en vivo de las producciones plásticas que realiza el arteterapeuta resulta eficaz para reducir temores y enseñar nuevas habilidades, a la hora de enfrentarse con la tarea. De esta manera, el *Modelado* ayuda, a través del proceso plástico, a superar los miedos y ansiedades sin correr riesgos.

La técnica puede facilitar la expresión de imágenes que estén distorsionadas (Roth, 2001). Las ideas distorsionadas y las fantasías que fundamentan la patología pueden ser exploradas combinando la técnica de *Reality Shaping* con otros enfoques arteterapéuticos. La autora añade que este procedimiento también se utiliza para desarrollar el pensamiento simbólico. Los ejercicios secuenciales de representación, a través del grafismo y del volumen de modelos concretos, pueden lograr incrementar el nivel de abstracción del individuo.

El arteterapia conductual es una modalidad poco explorada por los arteterapeutas. Existen muy pocas referencias bibliográficas que traten métodos y técnicas arteterapéuticas de orientación puramente conductistas. La inevitable relación entre conducta y procesos cognitivos y los recientes avances en el campo de la neurociencia han dado lugar a que existan más publicaciones sobre intervenciones arteterapéuticas de tipo Cognitivo-Conductual, las cuales se exponen a continuación.

Tabla nº 10. Arteterapia de orientación conductual

Arteterapia Conductual			
Influencias Psicoterapéuticas	Arteterapeutas	Objetivos	Aportaciones Procedimentales y Técnicas
Psicoterapia Conductual Paulow, Skinner, Watson, Wolf.	Barret, DeFrancisco, Keogh, Roth, Thompson y Grabowski, Whitman, Sciback y Reid.	- Uso de materiales y técnicas plástico-visuales como agentes estimuladores, motivadores y de refuerzo en el cambio de conductas.	-Técnica <i>Reality Shaping</i> (Basada en el condicionamiento operante y el modelado).

3.3.2. Arteterapia Cognitivo-Conductual

Los procesos cognitivos influyen en la conducta del individuo. Por lo tanto, el arteterapia cognitivo-conductual actúa sobre aquellos pensamientos disfuncionales, estados emocionales o conductas que provocan distorsiones en las percepciones que la persona tiene de sí misma y del entorno. El estudio centrado en la relación existente entre los aspectos cognitivos, las experiencias emocionales, el ambiente y la conducta, expresados durante el proceso de creación visual y, perpetuados en la obra resultante, ayudan al arteterapeuta a intervenir sobre los factores implicados en las molestias psicológicas del sujeto. El arteterapia de orientación cognitivo-conductual tiene como objetivo tomar conciencia de aquellos esquemas cognitivos personales que provoquen malestar y ofrecer nuevas vías para su modificación, combinando una serie de técnicas cognitivo-conductuales con el uso de los medios artísticos.

Ellis (1994) sostiene que las dificultades emocionales y conductuales proceden de las creencias aprehendidas en las diversas situaciones que se presentan en la vida. Las creencias irracionales predisponen a la persona a los trastornos emocionales, los cuales pueden desencadenar conductas desfavorables.

Beck (1976) define que los seres humanos organizan sus experiencias en términos de significados. Los significados determinan el sentido que cada persona da a su propia vida, los recuerdos, las expectativas futuras y al concepto que tiene de sí misma. La interpretación mental de la experiencia vital depende de la subjetividad de cada individuo. Los psicólogos cognitivos han desarrollado diversos conceptos para aludir a los significados como los *Constructos Personales* de Kelly (1955), *Estructuras de Significados* de Lund (1988) o los *Esquemas de Neisser* (1976) y Piaget (1951), entre otros.

Mischel (1973) parte de cinco factores, para estructurar los distintos aspectos de los significados, a la hora de observar las variables que afectan a cada persona en relación con sus conductas y el entorno:

- *Competencias*: Relacionadas, principalmente, con las aptitudes intelectuales, las habilidades sociales y físicas.
- *Estrategias codificadas*: Se refiere a la manera de seleccionar y codificar (representar sucesos) la información y cómo categorizar la información con los significados.

- *Expectativas*: Las consecuencias de ciertas conductas guían las elecciones de dichas conductas. También aluden a las expectativas de las aptitudes ante las conductas.

- *Valores subjetivos*: Cómo se valoran los comportamientos y sus resultados.

- *Sistemas y planes autorreguladores*: Indican cómo las personas regulan sus conductas y sus capacidades para conseguir un objetivo.

Lund (1988) establece una clasificación para especificar las diferentes dimensiones de los significados:

-La *dimensión de extensión*, corresponde a los patrones de percepción y conducta utilizadas por el sujeto en su relación con el ambiente.

-La *dimensión de intención*, son los contenidos que configuran los significados o lo que autores relevantes en la materia han llamado reglas o supuestos personales, (Beck, 1976), representaciones mentales, (Chomsky, 1983), conductas regidas por reglas, (Skinner, 1986) o los mapas cognitivos, (Tolman, 1932).

-La *dimensión de valor*, vinculada a aspectos afectivos como la actitud, el deseo, la motivación, los refuerzos, los intereses, etc.

El enfoque cognitivo-conductual aplicado en arteterapia intenta ayudar al paciente a identificar y actualizar los significados personales distorsionados, causantes de su malestar. Carnes (1979) anota que los constructos personales están constituidos también por datos de carácter visual, por lo tanto, las actividades artísticas ofrecen vías alternativas al lenguaje verbal para expresar, explorar y enriquecer los diversos aspectos o dimensiones de dichos significados. Un sistema de constructos enriquecido ofrece un abanico mayor de soluciones.

La percepción adquiere gran importancia en esta orientación, ya que percibir implica numerosos procesos cognitivos como la atención, la motivación, la memoria, la emoción, etc., que se realizan de forma consciente e inconsciente. Después, cada persona otorga múltiples significados a sus experiencias, determinando una serie de conductas. Durante el tratamiento arteterapéutico, tanto las conductas como las dimensiones de los

significados personales y los procesos cognitivos, que las sostienen, son expuestas y contrastadas con la mirada del arteterapeuta o/y la de los demás miembros del grupo⁹¹, modelando y construyendo nuevas valoraciones desde perspectivas diferentes.

Las artes nos invitan a prestar atención a las cualidades de lo que oímos, vemos, saboreamos y palpamos para poderlo experimentar; lo que buscamos en las artes es la capacidad de percibir cosas, no el simple hecho de reconocerlas. Se nos da licencia para lentificar la percepción, para examinar atentamente, para saborear las cualidades que en condiciones normales intentamos abordar con tanta eficacia que apenas notamos que están ahí. (Eisner, 2004, p.22)

El proceso creativo implícito en las actividades artísticas es una manifestación concreta de cómo los seres humanos interpretan el mundo y de cómo procesan la información recibida, marcada por la diversidad de subjetividades existentes.

A pesar de las escasas referencias bibliográficas sobre arteterapia de enfoque cognitivo-conductual, la mayoría de los arteterapeutas de dicha orientación han tratado de combinar los medios plásticos y visuales con técnicas propias de la psicoterapia cognitivo-conductual tradicional. Entre las más aplicadas en arteterapia se encuentran las *Técnicas de relajación y visualización guiada de imágenes*, *Desensibilización Sistemática y Exposición en vivo*, *Flooding*, *Ensayo conductual*, *Problem-Solving*, *Externalización de procesos internos*, *Registro y Evaluación de los estados mentales o de mensajes mentales*. Según Rosal (2001), existen una amplia variedad de técnicas cognitivo-conductuales que se pueden adaptar con facilidad a un gran rango de modalidades expresivas, dejando líneas de investigación abiertas.

Bowen y Rosal (1989), Rosal (2001) utilizan la *visualización guiada de imágenes*, sobre todo, con grupos de población adulta que padece trastornos de ansiedad y niños con problemas de conducta. Los objetivos principales que plantean son incrementar el control interno de la persona y disminuir el estrés. En las primeras sesiones del tratamiento, introducen ejercicios de respiración y relajación muscular, combinados con música o/y dirigidos con su voz. Después, intentan que cada paciente visualice una imagen mental, para concretarla en un soporte y establecer un diálogo alrededor de todas las producciones. Según las autoras, las técnicas más elegidas suelen ser el collage y el fotomontaje con la integración de otros materiales: las ceras, los lápices de colores, los pasteles, etc. La

⁹¹ En el caso de ser un tratamiento con formato grupal, familiar o de parejas.

observación detallada de las obras y la descripción de lo ocurrido durante el proceso ayuda a la persona a descubrir y analizar aquellos aspectos de sus constructos personales, que están actuando en las conductas que le preocupan.

Lusebrick (1990) integra las técnicas de visualización con ciertos materiales y técnicas artísticas, dirigidos a inducir por sí mismos a experiencias sensoriales tranquilizadoras como modelar arcilla o plastilina suavemente con los ojos cerrados, combinar el uso de las acuarelas con el ritmo de la respiración, experimentar con texturas de tacto agradable, etc.

Otras arteterapeutas como DeFrancisco (1983), Gerber (1994), Matto (1997), Rosal (1985,1992), y Reynolds (1999) han integrado en sus sesiones técnicas de *Visualización de imágenes*, *Desensibilización Sistemática*, *Flooding*, *Implosión y Exposición en Vivo*, con el objetivo común de intentar que sus pacientes aprendan métodos para enfrentarse a situaciones ansiógenas.

De Francisco, Gerber y Rosal han obtenido resultados óptimos en niños y adolescentes con estrés y fobias. Matto centra sus experiencias en colectivos de mujeres con trastornos de alimentación. Y Reynolds ha trabajado con pacientes en proceso de duelo.

Aunque la aplicación de las *Técnicas de Visualización* y la *Desensibilización Sistemática* admite variaciones, generalmente, se suele utilizar de la manera que se describe a continuación. Durante las primeras sesiones, se llevan a cabo ejercicios de visualización de imágenes para inhibir la ansiedad acumulada. Después, se intenta representar plástica y/o visualmente aquellas imágenes que durante las visualizaciones hayan conseguido transmitir estados de sosiego profundo. Cuando los pacientes adquieren gradualmente hábitos de relajación con los procedimientos anteriores y el apoyo visual de sus obras, pasan a realizar otra serie de imágenes donde queden reflejadas situaciones que les produzca una ansiedad intensa. Una vez acabadas las obras, se ordenan de menor a mayor grado de intensidad, creando una “jerarquía” de ansiedades. En las siguientes sesiones, se van imaginando, con el apoyo de las obras jerarquizadas, cada una de las escenas amenazantes. Cuando se consigue imaginar sin ansiedad la primera escena, a la vez que se está relajado con la ayuda de las imágenes relajantes, se pasa a la siguiente obra y así, sucesivamente, hasta llegar a la última imagen.

DeFrancisco, Gerber y Rosal, también incluyen *la Implosión a la Visualización de Imágenes* y la *Desensibilización Sistemática*. Según dichas autoras, concretar plásticamente

miedos y fobias puede ayudar a los niños a crear estrategias eficaces, a la hora de enfrentarse a situaciones reales que les provoquen estas emociones.

Reynolds aplica *Desensibilización Sistemática* con *Flooding*. Además de seguir el proceso explicado anteriormente, la autora adapta la técnica *Flooding* a sus aplicaciones arteterapéuticas, mediante el diseño y la creación de un tapiz. El tapiz se confecciona, a partir de una fotografía que contenga una gran carga emotiva para la persona que se encuentre en un estado de duelo y no consiga mirar la imagen, sin sentir una inmensa tristeza. Según Reynolds, el hecho de observar la imagen con asiduidad, mientras se elabora la obra en compañía de otras personas en la misma situación, ha logrado reconfortar a sus clientes y acelerar las fases del proceso de duelo.

Matto refuerza la *Desensibilización Sistemática* con la técnica de *Exposición en Vivo*. Los pacientes pueden recrear los momentos donde suelen sentir ansiedad, a través de la producción de los dibujos o grabaciones en video, fotografías, etc. La creación y observación detallada de las obras, con el apoyo del arteterapeuta y del grupo, ayuda a ordenar las emociones y las creencias irracionales que provocan el malestar. También se pueden ensayar con los medios artísticos formas de pensamiento alternativas que se ajusten más a la realidad.

Rosal, Ackerman-Haswell y Johnson (1994) han aplicado con éxito la combinación de *Técnicas en Vivo* y *Ensayos Conductuales* con la interacción de los medios artísticos con adultos violentos y agresores sexuales. Los hombres trabajan en sesiones grupales e intentan crear ambientes sociales con los propios materiales visuales y plásticos. Dentro de este entorno ficticio se exhiben los comportamientos violentos, se anotan y se discuten en grupo con el arteterapeuta. Se pueden recrear, en vivo, situaciones donde se puedan registrar las conductas que se deseen trabajar, mediante la interacción con marionetas, máscaras, objetos encontrados, grabaciones en video, fotografías, happening, acciones, etc. Cuando surgen comportamientos antisociales dentro de este espacio simulado, los componentes del grupo discuten con el arteterapeuta sobre el origen de dichas acciones y la problemática desencadenante. Tras la exploración, se discuten modelos conductuales alternativos y se desarrolla el aprendizaje de habilidades sociales, utilizando como mediadores los diversos lenguajes visuales y plásticos disponibles.

Packard (1977) y Rosal (1992, 1993, 1996, 2001) han trabajado mediante el retrato y la recreación de situaciones personales la técnica cognitivo-conductual *Problem-Solving*. Los niños y adolescentes exteriorizan aspectos personales por medio del autorretrato y del retrato por parejas de sus compañeros. Las autoras también intentan que

los participantes dibujen o pinten momentos complejos que puedan surgir en la vida, para plantear grupalmente soluciones alternativas desde diversos puntos de vista y, como punto de partida, para aprender conductas más efectivas.

Gerber (1994), Gentry y Rosal (1998), Roth (1983), Stanley y Miller (1993) introducen en sus sesiones de arteterapia con niños y adolescentes agresivos la *Externalización de Procesos Internos*. Según las arteterapeutas citadas, el proceso consiste en dibujar, pintar, o modelar diferentes aspectos de los actos violentos reincidentes. Para ayudar al análisis de las conductas, los miembros del grupo representan, gráfica o visualmente, el antes, el durante y el después de un comportamiento impulsivo, con el fin de facilitar su elaboración posterior. Gerber (1994) introduce a su vez *Ensayos Conductuales* para ayudar a los adolescentes a ganar seguridad y practicar en directo habilidades de empatía. Para conseguir esta finalidad, los adolescentes realizan una serie de obras plásticas o visuales que reflejen las emociones internas experimentadas durante las agresiones. Seguidamente, se lleva a cabo una nueva serie de obras, donde se expresen las emociones que sienten las personas agredidas.

Con los niños, Gerber (1994) suele utilizar el dibujo y la pintura para registrar y evaluar los estados emocionales predominantes. En primer lugar, los niños dibujan los sentimientos más sencillos de expresar hasta llegar a los más complejos. La progresión de obras les ayuda a entender y controlar, paulatinamente, sus emociones, lo que conlleva a desarrollar su proceso de maduración.

Liebmann (2000) utiliza la técnica del cómic con adolescentes violentos y con problemas de drogadicción. El uso de las viñetas secuenciales incita a los jóvenes a contar sus experiencias de forma directa, a observarlas desde una perspectiva objetiva, contrastarlas con las experiencias de otras personas y ensayar nuevas formas de comportamientos sin riesgos.

Como hemos podido comprobar, la combinación de los medios artísticos y las técnicas cognitivo-conductuales, desde un encuadre arteterapéutico, dejan abierto un amplio abanico de posibilidades terapéuticas. La realización de actividades artísticas activa, potencia y registra cómo cada persona hace uso de sus percepciones, su imaginación, creatividad, sentimientos, de qué manera ha ido construyendo sus significados, creencias, valores y un largo etc., todos ellos procesos cognitivos que se van modelando en la interacción con el entorno, a lo largo de su existencia. Este hecho complementa y enriquece las técnicas cognitivo-conductuales, facilitando la resolución de problemas de forma rápida y efectiva. Según Rosal (2001), la unión de ambos métodos ayuda a:

- Descubrir, promover, animar y recodificar imágenes mentales.
- Elegir y registrar visualmente problemas específicos o situaciones y eventos conflictivos de forma permanente.
- Crear metáforas pictóricas para exteriorizar y ordenar los estados mentales.
- Comparar, contrastar y compartir todo el proceso de producción de las obras y sus resultados.
- Vivenciar en directo las posibles distorsiones cognitivas y ensayar soluciones nuevas, a partir de un repertorio de opciones más amplio.

En resumen, los arteterapeutas cognitivos-conductuales ayudan a desarrollar la inteligencia emocional⁹² y a fortalecer la resiliencia⁹³:

Rhyme (1979) anota que el arteterapia cognitivo-conductual suele ignorar los aspectos emocionales. Sin embargo, pensamientos y emociones son procesos cognitivos que no pueden desligarse ya que ambos dirigen nuestras conductas. Según Lazarus (1991), sólo tenemos una mente, y esta contiene tanto el pensamiento como el sentimiento. La pasión y la razón se combinan en nuestra mente.

Por este motivo, el arteterapia cognitivo-conductual se puede adaptar a terapias breves, ya que los pacientes suelen desarrollar sensación de autocontrol en pocas sesiones.

La efectividad del tratamiento, al igual que el arteterapia de base conductual, se suele comprobar con resultados objetivos, donde el rigor del método científico aplicado es de suma importancia para la obtención y posterior análisis de datos.

⁹² Término popularizado por Daniel Goleman (1995) que alude a la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos y la habilidad para poder manejarlos. El autor afirma que la inteligencia emocional se puede organizar en cinco capacidades: conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación y manejar las relaciones.

⁹³ La resiliencia es la capacidad de la persona para superar y sobreponerse a acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas, a veces, graves.

Tabla nº 11. Arteterapia de orientación cognitivo-conductual

Arteterapia Cognitivo-Conductual			
Influencias Psicoterapéuticas	Arteterapeutas	Objetivos	Aportaciones Procedimentales y Técnicas
Beck, Ellis, Kelly, Lund, Mischel, Neisser, Piaget, Tolman.	Ackerman-Haswell , Bowen ,Carnes, DeFrancisco , Gentry, Gerber, Johnson, Matto, Packard, Reynolds, Rosal, Stanley y Miller.	- Uso de los medios artísticos para tomar conciencia y modificar esquemas cognitivos que provoquen malestar.	-Relajación y visualización guiada de imágenes. -Desensibilización Sistemática. -Exposición en vivo. -Flooding. -Ensayo conductual. -Problem-Solving. -Externalización de procesos internos. -Registro y Evaluación de los estados mentales o de mensajes mentales.

3.3.3. Arteterapia Orientada al Desarrollo Cognitivo

Como se ha expuesto anteriormente, la perspectiva cognitiva se fundamenta, prioritariamente, en la comprensión de los procesos mentales, tales como la percepción, el recuerdo, el razonamiento, la toma de decisiones, la resolución de problemas, etc., y su repercusión en la conducta del individuo.

En las últimas décadas, los avances científicos desde diversas disciplinas como la psicología positiva, la pedagogía, la psiquiatría, la neurociencia, etc., han demostrado que el arteterapia también puede ser utilizado para medir, identificar y potenciar las herramientas cognitivas de los individuos. (Arias y Vargas, 2003).

La arteterapeuta Marinovic (1994) propone una sistematización general de las ventajas que las actividades artísticas pueden aportar a los procesos cognitivos, dentro de un marco arteterapéutico:

1.- Desarrolla el lenguaje simbólico cuyas imágenes y símbolos actúan como medios de expresión y comunicación no verbales.

a) Promueve la elaboración activa de significados.

b) Posibilita la comprensión de diversos niveles de significado, de importancia para el autoentendimiento y la comprensión de los otros. Las metáforas y símbolos pueden orientar y dar sentido a la realidad personal y a nuestro entorno.

2.- Enriquece la capacidad perceptiva:

a) Activa la atención, exploración, discriminación, interrelación y la memoria.

b) Relaciona diversos sentidos entre sí.

c) Intensifica la experiencia sensorial.

d) Desarrolla y extiende la conciencia de la realidad externa e interna. Enseña a descubrir y no sólo a reconocer.

e) Promueve el orden, la organización y orientación espacial, la armonía, el equilibrio, el ritmo y la proporción.

3.- Estimula la imaginación y el potencial creativo:

a) Contribuye a una adaptación más activa, compensando las limitaciones de la realidad.

b) Permite recrear lo pasado, darse cuenta del presente, anticipar lo futuro y lo probable; ensayar nuevos roles y ampliar la experiencia humana más allá de lo cotidiano.

c) Favorece la flexibilidad de pensamiento, la superación de lo obvio, la búsqueda de soluciones nuevas y la toma de decisiones. Ayuda a tolerar la ambigüedad y la incertidumbre. Prepara para lo inusual y para diseñar respuestas apropiadas ante lo nuevo.

4.- Permite desarrollar destrezas y habilidades motoras.

5.- Suscita tensiones específicas en el organismo que se combinan con otras, ya existentes en éste y que facilitan un alivio común que es placentero.

6.- Promueve la participación emocional y la empatía a través de diversos mecanismos, tales como la identificación y la proyección. Al mismo tiempo, es capaz de refrenarlas mediante la distancia estética, proceso inhibitorio del impulso a actuar.

7.- Puede reforzar la autoconfianza y mejorar la autoestima.

8.- Produce procesos catárticos y favorece la clarificación emocional. Libera controles dentro de un marco de actividades socialmente aceptadas y ayuda a abordar situaciones conflictivas sin experimentar gran ansiedad.

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

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

Desde la perspectiva de la doctoranda y tras una revisión bibliográfica exhaustiva, se puede observar que las principales investigaciones sobre arteterapia orientada hacia el desarrollo cognitivo parten de dos fuentes teóricas principales:

1.- Los trabajos arteterapéuticos de *enquadre neurocientífico*, fundamentados en el conocimiento de la arquitectura del cerebro, su fisiología, y funciones, con el fin de entender y actuar terapéuticamente sobre los efectos causados por una lesión cerebral.

2.- Los enfoques relacionados con la *psicología evolutiva*, donde las intervenciones arteterapéuticas se centran en el aprendizaje y desarrollo de

habilidades cognitivas con personas que no cumplen las expectativas propias de la etapa evolutiva en la que se encuentran.

Los objetivos que persiguen ambos enfoques son semejantes al discurso expuesto anteriormente por Marinovic. Sin embargo, el enfoque neurocientífico considera de suma importancia que el arteterapeuta posea unos conocimientos básicos en neurofisiología a la hora de dirigir sus intervenciones. Mientras que el enfoque evolutivo presta mayor atención en sus actuaciones al marco teórico, relacionado con las etapas del desarrollo cognitivo del niño y las fases del desarrollo plástico.

1.- *Encuadre Neurocientífico*

Desde la *perspectiva neurocientífica*, autores como Anand y Anand, (1999); Camic, (1999); DeLue, (1999); Gabriels, (1999); Greene, (2004); Hildebrand, (1999); Kaplan, (2000); Lusebrink, (2004); Malchiodi, (1999a), (1999b); Menzen, (2001); Posner, Rothbart, Sheese y Kieras, (2008), etc., han demostrado que la interacción con los medios artísticos y las obras realizadas en los procesos de arteterapia activan las principales estructuras cerebrales y sus funciones neurofisiológicas.

Dentro del *núcleo central* del cerebro se encuentra el *cerebelo*, encargado de la coordinación de movimientos; el *tálamo*, que dirige la información entrante en los receptores sensoriales como la visión o la audición al cerebro; el *hipotálamo*, fundamental en la sensación de emociones; la *formación reticular* que permite el paso de determinados mensajes sensoriales a la corteza cerebral (a la conciencia) y bloquea otros.

En el *sistema límbico*, el *hipocampo*, participa en la memoria a largo plazo, la *amígdala*, juega un papel importante en la medición de las emociones. El *córtex* es el centro de los procesos mentales más elaborados. Está compuesto por zonas específicas como el *área motora*, que controla los movimientos voluntarios; el *área somatosensorial*, donde están representadas las sensaciones de movimiento corporal, el tacto, el frío, el calor o el dolor; el *área visual*, encargadas de registrar la dirección, el movimiento, las texturas y el color de los estímulos visuales y el *área auditiva*. El resto del *córtex*, consiste en las *áreas de asociación*, las cuales participan en la memoria, el pensamiento y el lenguaje.

La realización de actividades artísticas implica la activación de todas las estructuras y funciones cerebrales citadas. Por esta razón, muchos arteterapeutas han centrado sus investigaciones en la aplicación de tratamientos específicos, para incidir y potenciar aquellas zonas del cerebro lesionadas o de rendimiento insuficiente. Kaplan (2000), Malchiodi (2003) o Menzen (2001), coinciden en la necesidad, por parte de los arteterapeutas, de adquirir conocimientos básicos sobre las principales áreas del cerebro y las funciones que puedan estar implicadas en los procesos creativos de las intervenciones arteterapéuticas.

Lusebrink (2004) establece un modelo conceptual llamado *Expressive Therapies Continuum (ETC)*, donde expone cómo la interacción con los medios de expresión utilizados en arteterapia aportan una serie de beneficios a los procesos cognitivos. Según la autora, los estímulos recibidos por la persona, inmersa en la producción de una obra plástica, pasan por cuatro niveles:

- a) *Kinesthetic/ Sensor (K/S)*.
- b) *Perceptual/ Affective (P/A)*.
- c) *Cognitive/ Symbolic (C/Sy)*.
- d) *Creative Level*.

Los cuatro niveles van activando diversas zonas y funciones cerebrales, durante el procesamiento de la información aprehendida. La utilidad de *Expressive Therapies Continuum*, es conocer las acciones terapéuticas que proporcionan las actividades artísticas en cada nivel, de manera que el arteterapeuta pueda dirigir sus intervenciones, según la patología del individuo.

a) El nivel *Kinesthetic/ Sensory (K/S)* hace referencia a las acciones motoras y táctiles, implicadas en la interacción con los medios plásticos. La manipulación de materiales u objetos predispone a una serie de movimientos corporales, relacionados con la exploración del espacio, la coordinación óculo-manual, la identidad corporal, la expresión de emociones, descarga de energía, comunicación de estados físicos y mentales, etc.

La manipulación de diferentes materiales como la arena, el agua, la seda, etc., ayuda a estimular el sistema sensomotor. La pintura de dedos o la plastilina añade, a las sensaciones táctiles, los estímulos sensoriales que proporcionan los colores. (Kahn-Dennis, 1997). Las sensaciones hápticas también provocan respuestas emocionales. Y los trabajos tridimensionales ayudan a desarrollar las relaciones espaciales. Todas estas ventajas han

sido exploradas por niños y adultos con daños cerebrales y por personas con Alzheimer. (Lusenbrick, 2004).



Ilustración nº 53. Trabajo sensomotor con un niño invidente con témperas.

b) Perceptual/Affective (P/A) concierne a los elementos visuales como el color, las formas, los planos, etc. La exploración de las cualidades externas de los objetos y de su relación con el espacio ayuda a definir y elaborar formas.

Las personas que padecen lesiones en el hemisferio derecho reflejan dificultades para organizar con coherencia una forma concreta. Los dibujos de individuos con lesiones en el hemisferio izquierdo son esquemáticos y repetitivos. (Gardner, 1987a). Mezen (2001) recomienda, a aquellas personas con afecciones en el hemisferio derecho, trabajos plásticos donde se puedan explorar las formas tridimensionales, a partir de bloques de gomaespuma o de madera, con el fin de ayudarles a reestructurar la organización de las formas. Para los individuos que presentan deficiencias en el hemisferio izquierdo, el trabajo se enfatiza en la reelaboración de los detalles y los aspectos secuenciales de las obras gráficas. En general, el ejercicio plástico-visual implica el trabajo de percibir formas, colores, texturas, discriminar figura-fondo, organizar espacialmente las formas.

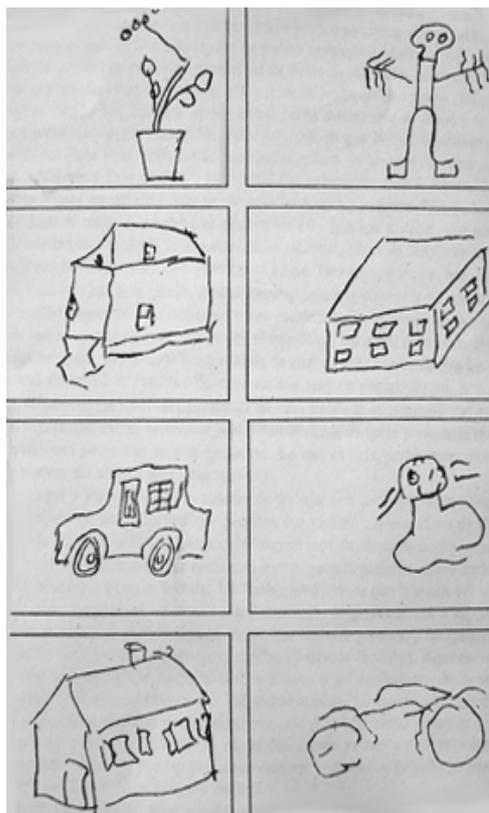


Ilustración n° 54. Dibujos realizados por una persona con una lesión en el hemisferio izquierdo.

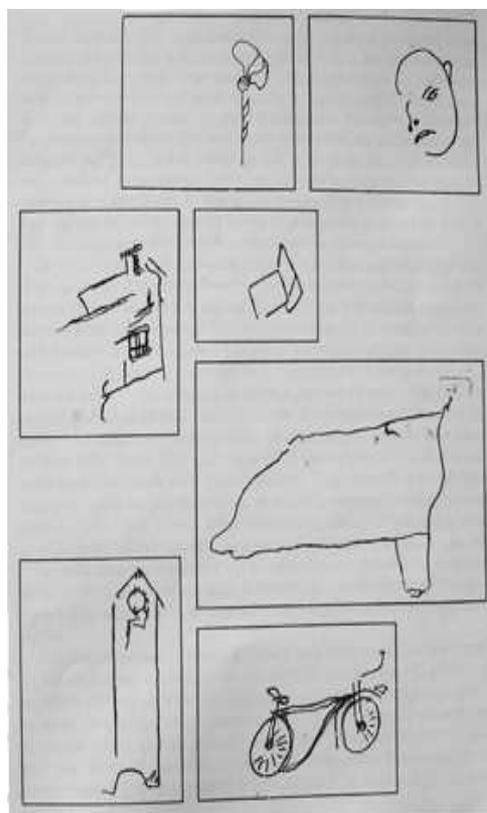


Ilustración n° 55. Dibujos realizados por una persona con una lesión en el hemisferio derecho.

Respecto a los aspectos afectivos, las emociones influyen en los procesos perceptivos, la atención, la memoria, la conducta, el razonamiento, la toma de decisiones y al procesamiento de la información. (Clare, Gasper y Gravin, 2001; Derryberry y Tucker, 1994). Según *La teoría de la Ampliación y Construcción de las Emociones Positivas*, (Fredrickson, 1998), los pensamientos y las acciones pueden verse limitados por las emociones negativas. De forma complementaria, las emociones positivas las amplían. Las emociones negativas de gran intensidad generan una sobreexcitación fisiológica, provocada por la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo. Sin embargo, las emociones positivas parecen ejercer un efecto reparador sobre la excitación emocional negativa duradera. (Smith, Nolen-Hoeksema, Fredrickson, y Loftus, 2003).

En las sesiones de arteterapia, el uso de los medios artísticos pueden desarrollar actitudes asociadas a sentimientos positivos como el interés, la satisfacción, la curiosidad, la predisposición al juego, la seguridad, la resolución de problemas, la creatividad, el deseo de expresión y comunicación con los demás, etc.

Malchiodi (1998) comenta que las experiencias emocionales provocadas en los procesos creativos pueden originar sensaciones agradables, dando lugar a las ondas *alfa*, relacionadas con la relajación y el equilibrio del estrés. También pueden repercutir en la regulación de la respiración, la liberación de endorfinas, el aumento de los niveles de serotonina, neurotransmisor asociado a la regulación de los estados de ánimo y al fortalecimiento del sistema inmunológico.

La concreción visual de los estados mentales a través de los dibujos, pinturas, cómics, fotografías, etc., fomenta las habilidades emocionales y, como consecuencia, lograr el control sobre ellas. (Gerber, 1994; Rhyne, 1979).

Otro aspecto importante es el papel de las emociones en la formación de los recuerdos. Las experiencias con una carga emotiva alta permanecen más tiempo en la memoria y muchos de estos datos son almacenados en forma de imágenes. En el caso de experiencias traumáticas, los acontecimientos vividos con miedo intenso, como un accidente, un incendio, una catástrofe natural, una violación, una enfermedad grave, etc., pueden implantar estos recuerdos en la amígdala, agrupados en torno a intensas experiencias perceptibles, ya sean visuales, auditivas, olfativas, etc., dejando una huella indeleble en el cerebro. (Goleman, 1996). La expresión plástica y visual constituye una forma de movilizar los recuerdos estancados en la amígdala, por lo que su uso en arteterapia ayuda a la recuperación de personas sometidas a situaciones extremas de estrés.

(Chapman, Morabito, Ladakakos, Schreier y Knudson, 2001; Kaduson y Schaefer, 2001; Pennebaker, Colder, y Sharp, 1990; Yamaguchi, 1997).

c) En los niveles *Cognitive/ Symbolic (C/Sy)* y d) *Creative Level*, también están involucrados los elementos cognoscitivos relacionados con los recuerdos y otras operaciones intelectuales como la resolución de problemas, la formación de conceptos, procesos analíticos y secuenciales, el pensamiento lógico y la abstracción, situadas en el lóbulo parietal. Los procesos creativos llevan implícitas todas estas funciones, además de establecer interrelaciones con los demás niveles. (Lusenbrick, 2004).

Con un enfoque similar al *Expressive Therapies Continuum* de Lusenbrick, la arteterapeuta Aina Nucho (1995,2003) ha diseñado *Psychocybernetic Model of Art Therapy*, donde incorpora conocimientos actualizados sobre los aspectos cognitivos y el funcionamiento del cerebro relacionados con la cibernética, las teorías del procesamiento de la información. Los objetivos de su modelo es ayudar a sus pacientes a decodificar sus creaciones visuales y a encontrar un modo más apropiado que les permita asimilar y almacenar la información. Los fenómenos transferenciales los interpreta como una forma de feedback entre el terapeuta, el paciente y los procesos plásticos.

2. Enfoque Evolutivo

La orientación arteterapéutica, relacionada con el desarrollo cognitivo desde un enfoque evolutivo, se establece a partir de la combinación de los estudios aportados por autores como Piaget, Bruner, Arnheim o Vigotsky, y de las investigaciones sobre las etapas evolutivas de la expresión plástica realizadas principalmente por: Goodnow (1977), Harris (1963), Kellogg (1985), Koppitz (1998), Lowenfeld,(1980), a través del uso de los principales materiales gráficos; Alschuler y Hattwick (1969), desde los medios pictóricos; y por último, Brown (1997) y Golomb (1974), mediante técnicas de modelado.

Bajo este contexto teórico, la profesora de educación especial Mary Wood (1977) combina su trabajo con la arteterapeuta Geraldine Williams (1977) en población infantil con retraso mental. Ambas han tenido una gran influencia en los métodos de trabajo de las arteterapeutas Aach-Feldman y Kunkle-Miller (2001), especialmente, en sus intervenciones con niños ciegos y niños sordos.

Aach y Kunkle-Miller (2001) adaptan los materiales pictóricos y extrapictóricos a las necesidades de la persona según en la etapa de desarrollo cognitivo en que se encuentre. El inicio del tratamiento consiste en varias sesiones de evaluación⁹⁴, estructuradas en tres fases:

1. La primera consiste en llevar a cabo un trabajo no directivo con los materiales plásticos y extrapictóricos. El arteterapeuta ofrece una amplia variedad de materiales: arcilla, lápices de colores, ceras, témperas, etc., y de materiales extrapictóricos: crema de afeitarse, lentejas, harina, arroz, especias, etc. Durante esta fase, se deja libertad a la persona para seleccionar los materiales que quiera utilizar y determinar la actividad que desee realizar, la temática, el contenido, etc. La duración de esta fase dependerá del grado de iniciativa y las respuestas que muestre el individuo.

2. En la segunda fase de evaluación, el arteterapeuta presenta sólo los materiales y medios plásticos tradicionales. Después diseña una serie de actividades dirigidas, para descubrir el nivel de desarrollo cognitivo que posee el paciente.

3. Para finalizar el periodo evaluativo, el sujeto realiza un trabajo directivo con materiales extrapictóricos, en función de una serie de actividades, en las que el arteterapeuta pueda observar la respuesta ante los materiales, la forma de manipularlos y organizarlos, según la tarea diseñada. Se ponen a disposición materiales con diversas cualidades físicas, para valorar sus reacciones emocionales y conocer lo que le pueda dar miedo, asco, placer, etc. Respecto a las tareas de manipulación, se examina cómo la persona vierte los líquidos, los extiende, presiona, golpea, etc. Por último, se examina la organización de los materiales, la manera de combinarlos, de ordenarlos en el soporte o espacio.

⁹⁴ El número de sesiones dependerá de las características personales de cada individuo.



Ilustración nº 56. Trabajos con materiales extrapictóricos: especias, semillas, piedras, arena, etc.

Tras la primera toma de contacto, el arteterapeuta recoge la información necesaria respecto al grado de creatividad mostrado según el formato de trabajo (actividades directivas o no directivas), las preferencias experimentadas en la exploración perceptiva con los diversos materiales, las respuestas emocionales: dependencia versus iniciativa, regresión versus organización, grados de motivación, de autonomía, etc. La comunicación verbal y no verbal en el proceso es de suma importancia. Las conversaciones acerca de lo que el sujeto va contando sobre su obra, lo que puede ser o parecer y la narración de los recuerdos del material manipulado. El comportamiento no verbal también proporciona datos interesantes: la cercanía o distancia respecto al arteterapeuta, los gestos y expresiones faciales, la posición corporal, el tono muscular, etc., suelen revelar muchos datos de la persona.

Cuando se analiza la información recogida durante las fases de evaluación, el arteterapeuta diseña un tratamiento personalizado con las estrategias necesarias, para conseguir sacar el máximo rendimiento.

Aach y Kunkle-Miller (2001) toman, como marco de referencia para el diseño del tratamiento con niños deficientes, las dos primeras fases del desarrollo cognitivo

formuladas por Piaget (1986): *Etapas Sensoriomotora* (De 0 a 2 años) y *Etapas Preoperacional* (de 2 a 7 años)⁹⁵.

- En la *etapa sensoriomotora*, el trabajo arteterapéutico se centra en:

1. La adaptación de vínculos.
2. Diferenciación de sí mismo respecto a otros individuos y a los objetos.
3. Adquisición de una orientación sensorial positiva.
4. Promoción de la independencia en la manipulación de objetos.
5. Entrenamiento de los esquemas motóricos personales.

- En la *etapa preoperacional*, la interacción con los medios artísticos pretende:

1. Promover la independencia, la autonomía y la iniciativa.
2. Promover la expresión y diferenciación de sentimientos.
3. Desarrollar la discriminación sensorial y la formación perceptiva.

Anderson (1992, 1994) sigue un modelo de trabajo, muy similar a Aach y Kunkle-Miller, en sus intervenciones con niños discapacitados, llamado *Adaptive Art Therapy*. La diferencia entre ambas actuaciones se sitúa en el marco teórico elegido por Anderson, más cercano a las teorías del desarrollo creativo, a través de las técnicas plásticas de Lowenfeld, que a los estudios de Piaget. En la misma línea de Anderson, Aach y Kunkle-Miller se sitúa el trabajo de Henley (1992), que sintetiza las teorías de Lowenfeld y Kramer en sus tratamientos de arteterapia para niños con problemas físicos y emocionales en ámbitos educativos.

El trabajo de la arteterapeuta Rubin (1984) contiene similitudes con el modelo de Anderson (1992, 1994), con un marco teórico afín a los conceptos de Lowenfeld. Sin embargo, no estructura el desarrollo plástico del niño, en base a una serie de etapas

⁹⁵ Las edades correspondientes a cada una de las fases de Piaget son orientativas, ya que cada niño está condicionado por otros factores que pueden modificar su trayectoria psicológica, como el contexto social, el entorno socioeconómico, etc., que influyen en su grado evolutivo. Los niños con algún tipo de deficiencia siguen esta progresión pero con una relación diferente entre la edad biológica y su grado de desarrollo cognitivo correspondiente.

evolutivas, más bien focaliza la evolución cognitiva en una serie de comportamientos que el niño llevará a cabo en su contacto con los materiales, según su nivel de desarrollo.

Rubin establece un orden progresivo de estos comportamientos, como punto de referencia a la hora de descubrir la madurez del niño:

-*Manipulating, Forming, Naming, Containing*, corresponderían a las conductas plásticas, propias de edades comprendidas entre los 18 meses y los tres años.

-*Experimenting*, de tres a siete años.

-*Consolidating*, de siete a nueve.

-*Naturalizing*, de nueve a doce.

-*Personalizing*, de doce en adelante.

Tras la observación del sujeto Rubin diseña un plan de actividades que contemplen el desarrollo de dichos comportamientos con un énfasis especial en la preparación del setting.

La propuesta de Silver (1976, 1978, 2001) va dirigida a niños con necesidades educativas especiales. Su enfoque psicoeducativo, *Developing Cognitive and Creative Skills through Art*, trata de potenciar a través de diversas técnicas gráfico-plásticas y del legado de Bruner y Piaget, conceptos básicos para el aprendizaje lingüístico y matemático, tales como la visión espacial, el orden secuencial, el pensamiento abstracto, clases de inclusión, etc.

El programa arteterapéutico comienza también con la evaluación mediante una serie de tests donde se cuantifican, a partir de una serie de ítems, las habilidades cognitivas del sujeto. Las pruebas quedan estructuradas en tres fases:

- 1.- *Predicted Drawing*, relacionada con la realización de una serie de dibujos que el individuo debe completar para determinar su desarrollo psicológico.
- 2.- *Drawing from Observation*, donde se pone a prueba la habilidad, para representar relaciones espaciales tridimensionales y desarrollar sistemas de coordenadas en tres direcciones: Izquierda-derecha, delante-detrás, encima-debajo mediante la percepción de objetos geométricos.

3.- *Drawing from Imagination*, subdividido en varias pruebas:

- a) *Habilidad para seleccionar*: Hay tres niveles reconocidos para observar el grado de esta habilidad: el nivel más bajo es el perceptivo, el intermedio se concentra en el nivel funcional y el nivel más alto es el abstracto. La persona contempla obras pictóricas y debe seleccionar objetos que tengan una relación de semejanza entre sí. El arteterapeuta examina cuál es el nivel predominante en las relaciones establecidas por el observador.
- b) *Habilidad para combinar*: Se refiere a los recursos utilizados por el niño para establecer relaciones de distancia-proporción entre los elementos de sus propias composiciones plásticas.
- c) *Habilidad para representar*: Se evalúan los grados de creatividad de los dibujos realizados, desde un nivel bajo donde los grafismos muestren actitudes estereotipadas y repetitivas, a niveles más altos con creaciones plásticas que demuestren actitudes originales.
- d) *Proyección*: Las obras gráficas son reflejos de la vida emocional del sujeto, de cómo percibe su entorno. La prueba gráfica trata de descubrir las tendencias emocionales de la persona sobre su experiencia de vida, en actitudes positivas o negativas.
- e) *Lenguaje*: Los títulos y comentarios, que acompañan a las obras gráficas y durante el proceso de construcción, también son factores que determinan el nivel cognitivo de la persona y, por consiguiente, se tiene en cuenta en la evaluación de la persona.

Tras pasar las fases de prueba anteriores se procede al diseño de un plan de actuación con los materiales plásticos incidiendo en aquellos aspectos que han obtenido una puntuación o nivel bajos.

Silver (1978) propone una serie de consignas en torno a los siguientes conceptos:

1. *Desarrollo del concepto de orden secuencial a través de la pintura*: Esta fase está relacionada con los resultados obtenidos en las pruebas de *Predictived Drawing*. Se trabaja a partir de la mezcla sustractiva de pigmentos, para conseguir la creación de secuencias de colores determinados. A un lado de la hoja la persona pone un color y en el lado contrario otro color, después en el espacio central irá mezclando ambos colores hasta conseguir por sí mismo el

establecimiento de una ordenación secuencial. También puede realizar formas, según los colores que vaya consiguiendo y después organizarlos por grupos. De esta manera, puede relacionar ciertas formas a colores determinados o viceversa.

2. *Desarrollo de conceptos espaciales a través de la observación de un objeto*, según los resultados de *Drawing from Observation*. El grupo o el individuo contemplan un objeto determinado y lo dibuja desde perspectivas diferentes. Después, sobre ese dibujo se pueden añadir otras formas hasta establecer una composición. Cuando se acaba el trabajo plástico, se observan los dibujos y las diferentes relaciones establecidas entre los elementos dibujados, según los diversos puntos de vista.

3. *Desarrollo de conceptos de conjuntos de inclusión a través de Stimulus Drawing*. En esta fase se consideran los datos obtenidos en la evaluación *Drawing from Imagination*. *Stimulus Drawing* es una serie de ilustraciones que Silver (1983) utiliza para estimular pensamientos asociativos y desarrollar la habilidad para formar conceptos. Consiste en 50 dibujos dispuestos en línea de personas, animales, cosas y lugares. Se presentan las ilustraciones por categorías y la persona debe imaginar y dibujar lo que puede ocurrir entre ellos. El arteterapeuta puede animar al sujeto proponiéndole que encuentre posibles relaciones entre ellos.

4. *Desarrollo de conceptos de espacio, orden y categorías a través del modelado con arcilla*: trata de conseguir objetivos similares a los citados anteriormente pero con material modelable. Se consiguen asociaciones, formando pequeñas figuras humanas o de animales y cosas, etc., con las que puedan establecerse una relación entre sí, a posteriori. Se pueden realizar construcciones verticales, superponiendo paralelamente barras o cilindros finos de arcilla y uniéndolos para crear objetos determinados, edificios, recipientes etc. Realizar rollos, esferas o figuras geométricas de diferentes tamaños y trabajar nuevamente el espacio y el orden secuencial.

Durante el periodo de tratamiento, Silver va guardando todas las obras realizadas para observar la evolución del niño, en relación a su forma de seleccionar, combinar, asociar ideas, percibir y representar relaciones espaciales. También, las repercusiones de este trabajo en su actitud hacia sí mismo y hacia los demás.

Según Rubin (2001), el método de Silver ha sido utilizado por otros arteterapeutas como Hayes (1978), en su trabajo con niños y Moser (1980), con adolescentes con problemas de aprendizaje. Silver (1973) también lo utilizó con niños sordomudos y Sanburg, Silver y Vilstrup, (1984), con adolescentes con problemas emocionales, adultos esquizofrénicos y adultos maltratados.

Otro arteterapeuta, como Rick L. Garner (1996), utiliza métodos en los que consigue integrar conocimientos neurocientíficos y conceptos propios de la psicología cognitiva. Su modelo *Neuropsychological Art Therapy (NAT)* se ha llevado a cabo en intervenciones con pacientes que sufren diversas lesiones cerebrales.

Generalmente, en los tratamientos neuropsicológicos se realiza una evaluación al inicio del tratamiento. Normalmente se suelen incluir tests de dibujos proyectivos y actividades de construcción tridimensionales, para medir el desarrollo cognitivo y diagnosticar las áreas deficitarias, en relación con las habilidades motoras, las habilidades visuales, y espaciales. (Lezak, 1983; Parente & Anderson-Parente, 1991; Springer & Deutsch, 1989). También se suelen incluir pruebas con consignas no directivas de dibujo o modelado libre, diseño y construcción de planos tridimensionales. (Cheyne-King, 1990). Sin embargo, una vez que se han aplicado estas pruebas para establecer la naturaleza de la lesión cerebral, generalmente no se vuelven a utilizar durante el tratamiento.

Algunos autores han evidenciado que el uso periódico durante el tratamiento de pruebas proyectivas y de consignas plásticas no directivas, en un principio utilizadas exclusivamente para diagnosticar el daño cerebral, también pueden ser herramientas importantes en la rehabilitación del paciente. (Cheyne-King, 1990; Hendrixson, 1986; McGraw, 1989; Poldinger & Krambeck, 1987; Wald, 1986).

Hendrixson, (1986), Poldinger y Krambeck, (1987) afirman que la combinación de los dibujos proyectivos y las técnicas plástico-visuales, utilizadas en arteterapia, pueden ofrecer nuevas oportunidades en la recuperación de pacientes con daños cerebrales. La integración de ambas puede ir dirigida, no sólo al desarrollo y entrenamiento de las habilidades motoras, las funciones cognoscitivas y las habilidades psicosociales, sino también puede permitir la recogida de datos estadísticos que documenten los efectos del tratamiento.

El modelo *Neuropsychological Art Therapy (NAT)*, recoge las características anteriores y propone un programa arteterapéutico que atienda las siguientes facetas:

a) La investigación neuropsicológica, la cual implicaría conocimientos por parte del arteterapeuta sobre el funcionamiento del cerebro, con el fin de entender con mayor profundidad las lesiones y su tratamiento (Kolb & Wishaw, 1990). Las nuevas tecnologías permiten escanear y examinar las funciones cerebrales que se activan, cuando el paciente realiza una actividad plástica. Este hecho facilita la evaluación neuropsicológica, ya que puede medir la naturaleza física y los déficits específicos involucrados en la lesión y verifica, con rigor científico, si la acción de las tareas artísticas consigue cambios positivos en la persona.

b) La psicología Cognitiva como soporte para entender el procesamiento de la información y factores como la atención, la creatividad, memoria y percepción (Parente & Anderson-Parente, 1991).

c) Las contribuciones de los tests proyectivos y de pruebas gráfico-plásticas, para determinar los niveles de desarrollo que tiene el paciente y observar, a partir de los mismos, la evolución (Papalia & Olds, 1992).

El modelo *NAT* no tiene en cuenta la perspectiva conductual para reforzar comportamientos. La incapacidad de las técnicas conductuales para tratar la variedad individual puede ser una razón de peso para no ser utilizada en este procedimiento (Diller, 1987; Stein, 1988).

Tabla nº 12. Arteterapia Orientada al Desarrollo Cognitivo

Arteterapia Orientada al Desarrollo Cognitivo			
Influencias Psicoterapéuticas	Arteterapeutas	Objetivos	Aportaciones Procedimentales y Técnicas
Se consideran dos enfoques: Neurocientífico	Anand y Anand, Camic, DeLue, Gabriels, Greene, Hiltebrand, Kaplan, Lusebrink, Malchiodi, Menzen, Posner, Rothbart, Sheese y Kieras.	Conocer el cerebro, su fisiología, y funciones para entender y actuar sobre los efectos causados por una lesión cerebral.	- Expressive Therapies Continuum (ETC), (Lusebrink). - Psychocybernetic Model of Art Therapy, (Nucho).
Psicología evolutiva Alschuler, Arnheim, Brown, Bruner, Golomb, Goodnow, Harris, Hattwick Kellogg, Koppitz, Lantz, Lowenfeld, Piaget, Vigotsky.	Aach-Feldman y Kunkle-Miller, Anderson, Hayes, Henley, Moser, Rubin, Sanburg, Silver, Vilstrup, Williams.	Centrado en el aprendizaje y desarrollo de habilidades cognitivas con personas que no cumplen las expectativas propias de su etapa evolutiva.	- Adaptative Art Therapy (Anderson). - Developing Cognitive and Creative Skills through Art, (Silver). - Neuropsychological Art Therapy (NAT), de Garner combina ambos enfoques.

3.4. Arteterapia Ecléctica y Multimodal

El carácter interdisciplinar de la arteterapia permite una amplia cantidad de variaciones, además de los enfoques descritos. De hecho, gran parte de los arteterapeutas, aunque establezcan una vinculación con una metodología o escuela determinada, han introducido conceptos de diversas disciplinas con la finalidad de ajustar su labor a la personalidad y los síntomas específicos de cada individuo. Margaret Naumburg estudió al arqueólogo Siegfried Gideon y aplicó sus conceptos en sus sesiones de arteterapia al final

de su carrera. Edith Kramer se sintió muy influenciada por el trabajo de Honrad Lorenz. Joy Schaverien ha utilizado conceptos antropológicos para obtener una visión más amplia, sobre aspectos del arteterapia. Rubin se considera arteterapeuta psicoanalista, pero en su obra *Child art therapy* (1984), reconoce haber trabajado desde diferentes orientaciones: “*En el transcurso de mi propio desarrollo, he leído, estudiado y trabajado desde diferentes perspectivas teóricas y frecuentemente he encontrado en cada una de ellas conceptos relevantes para el trabajo que realizo*”. (p.18)

Por lo tanto, la mayoría de los arteterapeutas no son puristas sino primordialmente pragmáticos ya que suelen seleccionar aquellas nociones que ayuden a abordar con la mayor eficacia posible cualquier situación que se presente.

La arteterapeuta Wadeson (2001) guía sus intervenciones desde varios enfoques teóricos, según las características personales de sus pacientes. La autora opina que cualquier teoría tiene algo que ofrecer y que la aplicación arteterapéutica, desde una única orientación puede limitar demasiado los objetivos que se quieran conseguir. También añade que la experiencia vital del arteterapeuta puede influir en la relación con su paciente. De hecho, las teorías psicoterapéuticas establecidas se han ido desarrollando en consonancia a las necesidades y experiencias de sus autores. Por esta razón, su trabajo se fundamenta en la selección y síntesis de aquellos conceptos acordes a las necesidades de sus clientes y desde su propia evolución personal.

En sus comienzos profesionales como arteterapeuta, estuvo muy influenciada por Freud. Sin embargo, durante su trabajo grupal con adultos en el *National Institutes of Mental Health* (NIMH), su interés comienza a desplazarse hacia los fenómenos desarrollados en las dinámicas grupales, desde una perspectiva sistémica. Tras su experiencia con un grupo de adolescentes en NIMH, desarrolla un modelo basado en las teorías del desarrollo de Erickson. En su contacto con diversos colectivos, percibe la importancia de la influencia del arteterapeuta sobre sus pacientes y decide realizar un trabajo de análisis personal desde el modelo de Jung y los teóricos humanistas, principalmente filósofos existenciales y psicoterapeutas gestálticos. La nueva trayectoria, desarrollada en el NIMH con pacientes esquizofrénicos, le hace cambiar hacia una perspectiva fenomenológica, en un intento por comprender la esquizofrenia.

Wadeson (1980) reconoce la importancia de la creatividad en el tratamiento arteterapéutico, no sólo por las ventajas que pueda ofrecer a la persona durante los procesos vivenciados, sino también en relación a la actuación del arteterapeuta, respecto a su forma de combinar aquellos conocimientos madurados en su bagaje personal.

Henley (1997, 1998, 1999) propone un programa arteterapéutico, dirigido a población adolescente escolarizada, llamado *Currículum Terapéutico*. Su finalidad es el tratamiento personalizado en torno a problemas emocionales y de conducta que puedan entorpecer la evolución natural del adolescente. También se suelen trabajar temas relacionados con la prevención de riesgos como la violencia, el consumo de drogas, absentismo escolar, etc. Las actividades diseñadas tienen un perfil ecléctico donde confluyen el conductismo, el cognitivismo, los centros de interés, las teorías sobre las relaciones objetales y los conocimientos psicodinámicos, según las situaciones que se vayan desencadenando. También incluyen otras modalidades de terapia creativa como la biblioterapia, la fototerapia o la videoterapia. El plan se integra dentro de la programación académica. Los arteterapeutas forman grupos de unos cinco adolescentes, para trabajar en un aula aparte de forma más personalizada. Los talleres se realizan durante una jornada escolar completa, a la semana, siguiendo el mismo horario del centro. El resto de la semana, los alumnos seleccionados permanecen con el resto de sus compañeros. Como refuerzo, también se desarrollan programas de arteterapia para escolares durante los periodos vacacionales.

Peterson y Files (1989) describen en su artículo *The marriage of Art Therapy and Psychodrama* su enfoque ecléctico, al integrar acciones arteterapéuticas en un tratamiento basado en el Psicodrama de J.L. Moreno. El proceso psicodramático clásico se estructura en tres fases:

-*Warming- up*: los participantes realizan ejercicios de expresión corporal, de relajación, etc., para reducir la ansiedad y potenciar la espontaneidad.

-*Enactment or Action*: donde se representan dramáticamente escenas concretas, con la finalidad de movilizar sentimientos o pensamientos que se discutirán, a posteriori, en la siguiente fase.

-*Integration and Sharing phase*: reservada para la reflexión de los acontecimientos ocurridos durante todo el transcurso.

El método expuesto por Peterson y Files propone una gran variedad de actividades grafico-plásticas, con la intención de integrarlas en los ejercicios de dramatización, según los propósitos de cada una de las fases.

Stein Safran (2002) usa un enfoque multimodal para trabajar con niños, jóvenes, adultos con déficit de atención y problemas de hiperactividad y también con familias y parejas, con algún miembro que presente estos síntomas. Su labor se desarrolla de forma privada en the *Attention Déficit Disorders Institute* en Westport (Connecticut), donde también es cofundadora.

Antes de iniciar un tratamiento, realiza una serie de evaluaciones para emitir un diagnóstico con el apoyo de un equipo interdisciplinar. Con los niños y adolescentes utiliza varias técnicas de evaluación:

1. Escalas para medir aspectos conductuales: *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991), *Teacher's Report Form* (Achenbach and Edelbrock, 1993), *Child Attention Profile* (Barkley, 1990), *School Situation Questionnaire- Revised* (Barkley, DuPaul, McMurray, 1990), etc.

2. Observación de aspectos del entorno escolar: Informes del equipo docente y análisis de factores que puedan favorecer los síntomas de la persona.

3. Valoraciones desde otros ámbitos: Entrevistas personales, exámenes médicos, pruebas lingüísticas, auditivas y motoras.

4. Realización de tests proyectivos como: *Kinetic Family Drawing* (Burns, 1990), *Draw a Person in the Rain Drawing* (Hammer, 1958), *The House-Tree-Person Technique* (Buck, 1978), *The Bender-Gestalt Test* (Bender, 1938).

5. Y pruebas de evaluación arteterapéuticas: *Free Drawing*, (Ulman, 1996), *Silver's Drawing Test of Cognition and Emotion* (Silver, 1976) y *Family Art Therapy Evaluation*, (Kwiatkowska, 1978). La evaluación de adultos es similar, pero con pruebas enfocadas a su historial médico-psiquiátrico, trayectoria dentro de su entorno familiar y socioafectivo.

Tras la evaluación, se organiza el programa de arteterapia en dos fases:

1. *Fase Psicoeducacional*, con una duración, para el grupo de niños y adolescentes, de ocho semanas y, para grupos de adultos, de cinco semanas. Durante este periodo, se aplica una orientación arteterapéutica conductual con actividades plástico-visuales diseñadas, para adquirir modos de interacción más aceptables en las relaciones familiares y con los profesores. Cuando los

participantes aprenden a modificar sus conductas, se refuerzan actitudes desde un enfoque cognitivo, con el fin de practicar y repetir las nuevas habilidades adquiridas. En el caso de los grupos de niños y adolescentes, la implicación de la familia, el personal docente, los terapeutas o cualquier persona cercana ayudan a potenciar la labor de aprendizaje. Las habilidades sociales de empatía, asertividad, autoconocimiento, reconciliación de conflictos emocionales, etc., se trabajan desde una perspectiva humanista y con técnicas de coaching⁹⁶.

2. *Ongoing Art Therapy*: Cuando concluye la primera fase, los grupos tienen la opción de profundizar sus conocimientos con una modalidad de arteterapia más cercana al enfoque psicodinámico. Si se trabajan con grupos familiares, la dinámica se desarrolla desde una orientación sistémica.

John Ford (2000) forma parte de un programa psicoterapéutico en *Glenside Hospital*, dirigido a enfermos mentales externos. Combina psicoterapia gestalt, análisis transaccional de grupo, el psicodrama, el arteterapia, la musicoterapia y técnicas de relajación, con un plus recreacional de badminton y trekking.

Además de las combinaciones que puede ofrecer el intercambio de las diferentes corrientes teórico-metodológicas en el campo arteterapéutico, la coexistencia de dos o más modalidades expresivas también genera modelos de trabajo, conocidos en el contexto anglosajón como *Intermodal Approaches* o *Multi-Modality Art Therapy*. Independientemente de los enfoques teóricos que puedan converger, muchos arteterapeutas optan por el uso de la expresión musical, dramática o corporal, ya sea porque poseen conocimientos sobre las mismas⁹⁷ o porque prefieran trabajar en un equipo interdisciplinar, donde puedan ser conjugadas. La aglutinación de varias formas de expresión conlleva a un sinfín de modelos, pues cada modalidad, a su vez, implica una serie de teorías y metodologías propias, pero con una flexibilidad suficiente que permite a los terapeutas amoldar sus enormes recursos a la diversidad de personas sometidas a un programa arteterapéutico.

Entre las propuestas existentes de *Intermodal Approaches* destaca el trabajo de Fryrear y Corbit (2003), llamado *Visual Transitions*. Ambos autores mezclan diversas artes

⁹⁶ Se trata de una serie de procesos llevados a cabo por un profesional (coach) que ayudan a que las personas potencien todas sus habilidades y descubran nuevas posibilidades a la hora de conseguir objetivos concretos.

⁹⁷ En el capítulo 1 se ha comprobado que hay centros formativos que consideran la formación académica del arteterapeuta, a partir de la fusión de varias especialidades expresivas. También algunos enfoques teóricos humanistas tienden a la aplicación intermodal del arteterapia.

visuales: la fotografía, el video, la danza/movimiento con psicoterapia verbal, de enfoque psicoanalítico y, sobre los fenómenos inconscientes, en los procesos grupales.

La arteterapeuta Susanne Lovell (2007) describe la compatibilidad entre el arteterapia y una modalidad de danzaterapia llamada *Movimiento Auténtico*⁹⁸, en su artículo: *Learning to love: How Art Therapy and Authentic Movement transform being*, expone que la integración de ambas técnicas la ayudó a combatir su enfermedad.

Ase Minde, arteterapeuta noruega y la dramaterapeuta británica Sue Jennings detallan en su obra conjunta *Art therapy and Dramatherapy: Mask of the Sould* (1993) las ventajas del trabajo cooperativo entre las dos modalidades terapéuticas.

Intervenciones similares son las colaboraciones del psiquiatra psicoanalista infantil Marvin Shapiro con la dramaterapeuta Irving y la arteterapeuta Rubin (1998), los cuales insisten en la importancia que supone en el desarrollo psicológico del niño la exploración de diversos canales de expresión artística⁹⁹.

Otros enfoques, de impacto más novedoso en el campo del arteterapia, son los que comienzan a surgir entre las cuestiones planteadas por los filósofos postestructuralistas y los artistas postmodernos. Según Alter-Muri (2007), la corriente postmoderna exige un análisis, sobre los métodos actuales de aplicación contemporánea del arteterapia.

Derrida, con la noción de *deconstrucción*, manifiesta la inexistencia de significados fijos. Las obras artísticas contienen una pluralidad de lecturas como reflejo de los aspectos multiculturales, aportados por el alcance de los mass media y los fenómenos migratorios. La atención a la diversidad cultural, en sus múltiples manifestaciones, exige un reciclaje constante para la comprensión y el enriquecimiento del individuo, dentro de un contexto social tan versátil.

Desde perspectivas postestructuralistas, las identidades y subjetividades se conciben como fluidas, inestables y múltiples (...). A la vez, esta inestabilidad intrínseca abre la posibilidad de su cuestionamiento a través del juego, la ironía

⁹⁸ El Movimiento Auténtico es una forma de danza/movimiento terapia con raíces en la psicología junguiana. El trabajo se basa en la relación de una persona que se mueve con los ojos cerrados y un testigo. Habitualmente se practica en grupos, aunque puede también utilizarse como forma de trabajo entre paciente y terapeuta.

⁹⁹ Irving y Rubin fundan Expressive Media Inc. (EMI) en 1985. Actualmente se puede examinar su trabajo en: <http://www.expressivemedia.org>.

y la reapropiación subversiva. Los discursos sociales no se comprenden como sistemas cerrados y atemporales, sino como fenómenos en continua transformación e interacción con sus contextos sociales. (Süess, 2007, p.29).

Alter-Muri (1998) contempla que todas las corrientes psicológicas son específicas de una cultura y un tiempo histórico concreto. Por lo tanto, se hace necesaria una revisión de los mismos, con la finalidad de encajar sus supuestos teóricos con la multiplicidad cultural en la que se desarrollan actualmente los individuos. Este hecho repercute, de forma directa, en los diferentes enfoques expuestos, ya que la mayoría de ellos se sustentan de las principales escuelas psicológicas, fundadas en contextos histórico-culturales muy distintos a los actuales. Esto significa que las personas implicadas en un proceso arteterapéutico traen consigo necesidades diferentes, generadas por los cambios producidos en las últimas décadas, a nivel de individuo y colectividad. Los conceptos de familia, pareja, opciones sexuales, religión, interculturalidad, globalización, etc., plantean nuevas perspectivas de trabajo a tener en cuenta en los procesos arteterapéuticos.

El arte postmoderno ha conseguido mostrar con sus productos visuales la trayectoria del ser humano. El predominio de las prácticas vinculadas a los nuevos medios de producción de imágenes, Internet, la digitalización de los mass media, las hibridaciones, etc., amplían el ámbito artístico, donde tradición e innovación se funden en una sola entidad. Los conceptos de *Cultura Visual*, *Arte Postmoderno*, *Pedagogía Crítica del arte*, *Arte Comunitario* y los trabajos artísticos, a nivel interdisciplinar, contemplan y reflejan un universo infinito de manifestaciones artísticas de gran valor terapéutico por los recursos que aportan y por la preocupación constante ante los sucesos que nos rodean.

El arteterapia de base postmoderna no concibe las imágenes visuales sólo como herramientas o medios terapéuticos, más bien nos hace entender las perspectivas de los otros y adaptarlas a las realidades cambiantes del mundo. Tanto las obras artísticas como las arteterapéuticas se convierten en un proceso co-creado de significados. (Kapitan y Newhouse, 2000).

El compromiso del arteterapia para la acción social pasa a ser una cuestión básica, ya que el cambio que esperamos en las personas inmersas en un proceso de arteterapia, actualmente dependerá de la flexibilidad de procedimientos que los

arteterapeutas apliquen ante situaciones donde las relaciones humanas se desarrollan en un *mundo líquido*.¹⁰⁰

Tabla nº 13. Arteterapia de orientación ecléctica y multimodal

Arteterapia Ecléctica y Multimodal			
Influencias Psicoterapéuticas	Arteterapeutas	Objetivos	Aportaciones Procedimentales y Técnicas
Combinación de diversos enfoques.	Alter-Muri, Ford, Fryrear y Corbit, Henley, Jennings, Novell, Peterson y Files, Stein Safran, Shapiro, Irwing y Rubin, Wadeson.	Ajustar la labor arteterapéutica a la personalidad y los síntomas específicos de cada individuo.	<ul style="list-style-type: none"> - Currículum Terapéutico. - Combinación de diversos medios (Plásticos, Musicales, Corporales, Dramáticos, etc.). - Visual Transitions.

¹⁰⁰ Concepto acuñado por Barman (2005), que alude a la obligada fluidez, versatilidad y velocidad que el ser humano debe adquirir, para poder sobrevivir en un mundo de relaciones afectivas cambiantes y efímeras.

Capítulo 4. El proceso arteterapéutico

“Es la vivencia del proceso, y no su interpretación teórica, lo que cura”.
(Bradway, 1997)

Introducción

El objetivo del capítulo se centra en describir las principales variables que entran en juego en el desarrollo metodológico de la práctica arteterapéutica. A pesar de las diferentes orientaciones teóricas, empleadas como base en la práctica arteterapéutica y de sus rasgos multidisciplinarios, existe una serie de elementos o factores que suelen estar presentes en las intervenciones de los arteterapeutas.

Se inicia con los principales ámbitos de intervención, en los cuales los arteterapeutas suelen desarrollar su labor y la utilidad de la misma. Cada contexto se ha agrupado en función del tipo de población tratada (niños, adolescentes, adultos y ancianos). A su vez, se ha realizado una recopilación bibliográfica sobre arteterapeutas que han publicado trabajos científicos, centrados en temas relacionados con tratamientos aplicados en cada uno de los ámbitos y poblaciones de referencia.

Tras situar el contexto de la práctica y sus principales demandantes, se describe el proceso arteterapéutico. En primer lugar, se presenta el protocolo que los arteterapeutas suelen tener en cuenta a la hora de empezar, desarrollar y cerrar un tratamiento.

Después se procede a la descripción de los diversos factores y procedimientos más utilizados por los arteterapeutas para alcanzar los objetivos terapéuticos previstos. Se tratará de dar a conocer sus usos, características y funciones. Entre los elementos habituales se encuentran:

- Tipo de formato: El cual hace referencia a la organización de los usuarios al seguir un tratamiento. Los más utilizados son los formatos

individuales, duales, grupales y familiares. Se citarán aquellos autores que han trabajado con cada formato y se otorgará una mayor atención al formato grupal por las diversas modalidades que presenta.

- Establecimiento del Setting: se contemplan una serie de elementos que ayudarán a establecer la relación arteterapéutica entre la persona y el arteterapeuta. (Marco espacial, marco temporal, técnicas y materiales plásticos y visuales).

- Estructura de las sesiones y la importancia o no de su existencia, dependiendo de las necesidades que presenten las personas tratadas.

- Evaluación: se indica en qué momentos se pueden realizar las evaluaciones sobre la eficacia del tratamiento, qué se suele evaluar y qué técnicas e instrumentos de evaluación son los más habituales en el contexto arteterapéutico.

4.1. Principales contextos de la práctica arteterapéutica

Actualmente existe un crecimiento evidente en el campo de aplicación arteterapéutico. La literatura muestra numerosos estudios de casos que evidencian el arteterapia como un medio con grandes posibilidades terapéuticas.

Su carácter multidisciplinar y su efecto integrador permite extender su uso a todo tipo de población: niños, adolescentes, adultos, ancianos, con cualquier tipo de problemática o patología, así como a cualquier individuo con deseos de crecimiento personal, poniéndose al servicio de todos los profesionales de la relación de ayuda. (Larcanché, 2003). Está especialmente indicada en aquellos colectivos que no pueden comprometerse con otras psicoterapias de carácter verbal. La terapia artística habilita vías de comunicación y ayuda a procesar estados mentales difíciles de describir o descifrar por medio de otros lenguajes. (Gilroy, 2006). Su naturaleza no amenazadora permite al usuario aproximarse a su terapeuta sin llegar a niveles de ansiedad intolerables. (Martínez Abellán, 2005).

Por esta razón, sus intervenciones se aplican en entornos y patologías muy diversas.

A) *Ámbito Educativo*

La importancia del arte y su valor terapéutico ha sido más que reconocido por numerosos educadores. Durante el *I Congreso Mundial de Arte Terapia* (2003), celebrado en Budapest, se expresó la importancia de integrar la terapia artística dentro del sistema educativo del siglo XXI.

Las razones son obvias, el alumnado actual presenta distintos ritmos de aprendizaje, destrezas, aptitudes, grados de socialización, etc., que pueden provocar, la no superación de los objetivos curriculares. El fracaso escolar genera baja autoestima, dificultades emocionales, de integración y de comportamiento. Hechos que pueden convertirse en vías futuras de exclusión social.

Por otra parte, el fenómeno multicultural presenta en las aulas una gran cantidad de niños y adolescentes inmigrantes con distintos patrones culturales, un conocimiento del idioma deficiente, escasos recursos económicos y, en algunos casos, la experiencia de situaciones dramáticas. Obstáculos que impiden un proceso educativo óptimo.

En los países donde el arteterapia está reconocida como profesión se aplica tanto en la educación formal: escuelas de primaria, secundaria y enseñanza especial, como en contextos educativos no formales: hospitales, clínicas para niños, centros de rehabilitación de menores, etc. El arteterapeuta está presente en la escuela junto a los educadores y el objetivo es el crecimiento cognitivo y emocional de los educandos.

En la tabla nº 14 se pueden observar los arteterapeutas que han realizado talleres de arteterapia dentro del ámbito educativo.

Tabla nº 14. Arteterapeutas que han realizado intervenciones en el ámbito educativo

Niños y adolescentes	
Necesidades educativas especiales	<p>Bonilla Rius (2004); Carter (1979); Castillo Fanego y Dueñas Becerra (2005); Kramer (1971, 1979,1985); Prados Carmona (2004); Zamierowski (1980).</p> <p>Autistas: Correa Silva (2005); Dubowski (1987); Evans (1998); Fernández Añino (2003); Gabriels (2003); Henley (2001); Kornreich y Schimmel (1991); McGregor (1990); Núñez Corral (2004).</p> <p>Déficit de atención e Hiperactividad: Henley (1998, 1999); Murphy (2004); Stein Safran (2002); Smitheman-Brown y Church (1996).</p> <p>Desorden emocional y conductual: Roller, White, Wallace, Huffmann (2004).</p> <p>Discapacidad visual: Lowenfeld (1980).</p> <p>Discapacidad auditiva: Silver (1978); Sundaram Rughuraman (2002).</p>
Problemas de conducta, integración y desarrollo personal	<p>Barnaby (1998); Bonilla Rius (2004); Callejón Chinchilla (2004); Durán (2006); Pérez Fariñas (2004); Pérez y Miret (2006); Omenat (2003); Rousseau, Lacroix, Bagilishya y Heusch (2003); Welsby (1998).</p>
Adultos	
Problemas de Aprendizaje	<p>Bowen y Rosal (1989); Lomas y Hallas (1998); Rees (1998).</p>

B) *Ámbito Clínico*

La *Organización Mundial de la Salud* (O.M.S.) define la salud no como una mera ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar físico, psíquico y social. La salud es, por tanto, un equilibrio entre estas facetas del ser humano; la enfermedad un bloqueo, interrupción o destrucción de ese flujo que mantiene en armonía el mundo interior y exterior de la persona.

El arteterapia ofrece en el ámbito clínico, un medio para mejorar la fisiología corporal, transformando la actitud mental de la persona hacia sí misma y hacia los demás.

En lo fisiológico, porque las actividades artísticas inducen el paso del estrés a la relajación, al repercutir directamente en el sistema nervioso central, el equilibrio hormonal, los neurotransmisores y el sistema inmunológico.

En lo mental, la creatividad cambia la actitud y el estado emocional ante la enfermedad y el dolor, enseñando a canalizar los sentimientos, enfrentándolos a la nueva situación e infundiendo esperanza.

Y en lo social, transforma la perspectiva y la manera de estar en el mundo, mejorando la comunicación y los vínculos con los demás. Si la medicación y otros procedimientos curativos vienen del exterior, con la mediación artística *“la curación nos viene desde dentro: nuestros propios recursos curativos son liberados”*. (Samuels y Rockwood, 2000, p. 149).

En la tabla nº 15 se pueden observar los arteterapeutas que han realizado talleres de arteterapia dentro el ámbito clínico.

Tabla nº 15. Arteterapeutas que han realizado intervenciones en el ámbito clínico

Niños y Adolescentes	
Adicciones	Solari, Arratia, Có, Duarte, Quiroga y Marinovic (2004); Wittenberg (1996).
Salud Física	Oncología: Cotton (1985); Council (1993); Rico (2007). Internos: Delgado Gómez (2006); Prager (1993); Uriarte González (2004); Valladares (2003); Wolf Bordonaro (2003). Pacientes pediátricos quemados: Levinson y Ousterout (1979).
Salud Mental	Ball (2002); Boronska (1995); Carr & Vandiver (2003); Case (1995, 2003); Chapman, Morabito, Ladakakos, Schreier y Knudson (2001); Chin, R., Chin, M., Palombo, P., Palombo, C., Bannaasch y Cross (1980) ; Dalley (1993); Henley (1994); Hernández Merino (2006); Kymiss, Christenson, Swanson y Orłowski, (1996); Malchiodi (1997, 1999a); Mampaso (2005); Meyerowitz Katz (2003); Onizo y Onizo(1989); Orton (1994); Pleasant & Metcalf (1997); Prokoviev (1998); Riley (2003); Rosal (1993); Saunders & Saunders (2000); Sorín (2006); Stanley & Miller (1993); Steinhardt (1995); Tibbetts & Stone (1990); Torres Nicolás (2005); Vassialiadou (2001).

Trastornos Alimentarios	Dokter (1994); Fernández del Río (2001); Hinz (2006); Levens (1990, 1995); Luzzatto (1994); Murphy (1987); Rehavia-Hanauer (2003); Schaverien (1994); Waller (1994); Wood (1996).
--------------------------------	---

Adultos	
Adicciones	Albert-Puleo (1980); Dickman, Dunn y Wolf (1996); Francis, Kaiser y Deaver (2003); Hanes (2007); Julliard (1995); Mahony y Waller (1999); Martínez Serrano (2006); Medina Cabero (2004); Orguillés (2007); Springham (1994).
Cuidados Paliativos	Collete (2006); Greece (2003); Hardy (2001); Jansen (1995); Luzzatto (2000); Miller (1987); Pratt (2004); Reynolds (2002); Rockwood y Graham-Pole (1997); Schut, de Keiser, van Bout y Stroebe (1996); Scudder (1995); Waller y Sibbert (2005); Zammit (2001).
Enfermedades Físicas	Oncología: Ballber y Montané (2006); Canal y Ramiro (2004); Conell (1998); Domínguez Toscano y Tutosaus (2006b); Herman y Larkey (2008); Jeppson (1983); Mango (1992); Minar, Erdmann, Kapitán, Richter-Loesl y Vance (1991); Artritis: Lusebrink, Turner-Schikler y Schikler (1992). Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida: Bussard y Kleinman (1991); White, Fenster, Franklin, Rosner-David y Weiser (1991).
Profesionales de la Salud	Prevención de Burnout: Covarrubias Oppliger (2006); Ovalle Sazie (2007); Serrano Morales (2006).
Salud Mental	Desordenes de la personalidad: Dudley (2004); Greenwood (2000); Ponteri (2001); Pujol Equisoain (2006); Reus Tous (2006); Spring (2001); Demencia: Byers (1995, 1998); Dennes y Gilchrist (2005); Doric-Henry (1997); Gregoire (1998); Stewart (2004); Waller (2001); Weiss (1989); Psicosis y Esquizofrenia: Alcaide Spirito (2004); Del Río, Sanz y Cury (2007); Charlton (1987); De Andrés Domínguez y Iribas Rudín (2007); Deco (1998); Greenwood y Layton (1987, 1991); Hanes (2007); Killick (1991); Kwiatkowska (1978); Lewis (1989); Marinow (1996); Morales Häfelin (2007); Carlton (1996); Saotome (1998); Sarra (1998); Spaniol (2003); Wood (1997).

Ancianos	
Demencia senil, Alzheimer	Del Río, Cury, Sanz, (2007); Dowdney (1973) ; Drucker (2000); Forrest (1991); Greenwood y Layton (1987); Kahn-Denis (1997); Miller (1987); Wald (2003); Weiss, Schafer y Berghorn (1989); Wilks y Byers (1992).

C) *Ámbito social*

La sociedad actual exige un estatus de reciclaje continuo, acorde con las necesidades generadas por los cambios sufridos en las últimas décadas: Globalización, Multiculturalidad, etc.

El arteterapia se convierte en un medio idóneo, capaz de amoldar sus servicios a un amplio espectro de colectivos que se encuentren en riesgo de exclusión social o que sufren situaciones problemáticas como la violencia de género, la delincuencia, marginalidad, conflictos bélicos, etc.

Según el psicoterapeuta May (1974), los sentimientos de impotencia y frustración suelen generar en el ser humano violencia para llamar la atención y destacar ante la insignificancia. El autor postula que la creación artística es una alternativa poderosa frente a la violencia.

Sennett (2003) coincide al considerar la actividad artística como fuente que fortifica la autoestima y el auto-respeto.

Marinovic (1994) añade que las artes visuales, aplicadas en arteterapia permiten reforzar comportamientos autónomos y un sentido de autocontrol más consciente.

En la tabla nº 16 se pueden observar los arteterapeutas que han realizado talleres de arteterapia dentro el ámbito social.

Tabla nº 16. Arteterapeutas que han realizado intervenciones en el ámbito social

Niños y Adolescentes	
Abusos sexuales y maltrato	Alba Delgado (2004); Brown y Latimer (2001); Buckland y Murphy (2001); Cohen-Liebmann (2003); Gil (2003); Grosser Villar (2007); Haagood (2000); Ivanova (2004); Klorer (2003); Malchiodi (1997); Murphy (1998); O'Brien (2004); Phillips (2003); Pifalo (2002).
Adultos	
Abusos, Traumas y Violencia de Género	Alonso Garrido (2004); Brooke (1995); Cerdá Mardones (2007); Howard (1990), Lyshak-Stelzer, Singer, Hills, St. John y Chemtob (2007); Morgan y Johnson (1995); Omenat (2006a, 2006c); Peacock (1991); Serrano Navarro y Ojeda López (2007); Spring (2004); Waller (1992).
Catástrofes y conflictos bélicos	Jones (1997); Schaverien (1998).
Delincuencia e integración social	Ackerman (1992); Eisdell (2005); Gussack (2004); Haagood (1994); Liebmann (1998); Moreno González (2003a, 2003b); Tamminen (1998); Sarra (1998).
Inmigración	Marxen (2004).
Personas sin hogar	Gutiérrez Rodríguez (2000); Swainson (2000).
Prisiones	Domínguez Toscano (2006); Gussak (1997a, 1997b, 1997c); Laing (1987); Teasdale (2002).
Prostitución	Buxaderas (2006).
Procesos de duelo	Graves (1994); Malchiodi (1992).

4.2. Desarrollo del proceso arteterapéutico

Como se ha expuesto con anterioridad, la aplicación arteterapéutica abarca un campo de trabajo muy amplio (instituciones hospitalarias, escolares, sociales, penitenciarias, etc.), atendiendo a una población diversa. Por lo tanto, las necesidades asistenciales e institucionales condicionarán la actuación arteterapéutica convirtiendo la flexibilidad, la adaptabilidad y la creatividad del arteterapeuta en una constante.

Autores como Rubin (1984) han señalado un desarrollo identificable del proceso arteterapéutico por fases, con secuencias definidas. Sin embargo, no se puede coincidir con este aserto, dada la variedad de agentes que pueden condicionar el transcurso de la terapia. Un ejemplo puede ser el caso de los procesos arteterapéuticos grupales, cuya dinámica conlleva unos planteamientos diferentes al arteterapia de formato individual, dual o familiar.

Otro aspecto radica en la simultaneidad de los procesos creativos y terapéuticos que acontecen en un programa de arteterapia, convirtiendo la estructuración del proceso en un asunto complejo. Sin embargo, los arteterapeutas suelen llevar a cabo una serie de protocolos y actuaciones organizadas que garanticen un funcionamiento óptimo de su desarrollo.

Antes de empezar un tratamiento de arteterapia, se procede a una serie de entrevistas personales con el paciente para obtener datos sobre los motivos de su consulta. Observar cómo narra los aspectos generales de su vida, qué necesidades trae y cuáles son sus expectativas respecto al tratamiento, van orientando al arteterapeuta sobre las áreas del paciente que puedan estar afectadas. Será de gran ayuda la colaboración de los familiares del paciente y de aquellos profesionales que trabajen paralelamente con él, para obtener cualquier dato sobre su trayectoria clínica. La consulta de investigaciones arteterapéuticas, donde se hayan trabajado con patologías o problemas similares, también será una opción interesante dado el carácter novedoso de estos tratamientos.

Con la información recogida se puede empezar a determinar qué objetivos y nivel de intervención puede ser el más adecuado. Tras las entrevistas iniciales se organizan las condiciones de funcionamiento: duración de las sesiones, horarios, el formato más adecuado (grupal, individual, etc.).

En las primeras sesiones se establecen unas normas o “reglas de juego”, que aseguren la eficacia del tratamiento: la asistencia regular y puntual a las sesiones, el cuidado y limpieza de los materiales, atender a los aspectos expresivos y creativos de los medios plástico-visuales sin tratar de conseguir un dominio técnico o buscar la valoración estética, respeto hacia los compañeros del grupo, no mantener ningún vínculo con el terapeuta ni entre los pacientes fuera de las sesiones, asumir un compromiso de confidencialidad ante todo lo que suceda dentro del espacio terapéutico, intentar no abandonar ni interrumpir las sesiones, no traer elementos externos que puedan interrumpir la concentración o cualquier aclaración sobre el proceso en sí. (Valladares, 2003).

En relación a los límites, el arteterapeuta se mostrará claro, firme y abierto, de manera que el paciente desarrolle confianza en el encuadre, en el terapeuta y en la modalidad elegida.

Como se ha observado en el capítulo anterior, algunos arteterapeutas realizan una evaluación inicial antes de empezar el programa. Se utilizan pruebas normalizadas o actividades plásticas de libre expresión, para observar las reacciones del paciente ante su primer contacto con los diversos materiales y la relación que empieza a establecer a través de los mismos con el arteterapeuta y los compañeros, si se trabaja en grupo. Otros terapeutas artísticos prefieren realizarlas directamente en las primeras sesiones del tratamiento.

Las primeras observaciones serán de carácter exploratorio. Se atenderá principalmente a la adecuación de las sesiones, los tiempos, el formato elegido, para conseguir un espacio de seguridad y confianza en el que el paciente pueda empezar a mostrar con libertad sus características personales, a la hora de enfocar el trabajo con los medios plástico-visuales.

Bruscia (1999) comenta que cuando se está estableciendo la relación terapéutica, los pensamientos y sentimientos conscientes se exploran en un nivel superficial de forma verbal y no verbal. Los sentimientos inconscientes o amenazadores se exploran por medios metafóricos y no verbales, las resistencias del paciente comienzan a emerger como sistemas defensivos necesarios.

Rubin (1984) afirma que el terapeuta generalmente debe ser más contenedor y menos demandante o confrontacional durante las primeras sesiones, con el fin de aumentar la complacencia del paciente.

En resumen, los objetivos iniciales tratarán de favorecer una alianza arteterapéutica y lograr una comprensión de los problemas del paciente, a través de los diferentes medios artísticos. *“El fin del arteterapia es permitir la reapropiación de la realidad, a partir de lo imaginario. Es decir, que en este lugar privilegiado, en una relación privilegiada con el psicoterapeuta, el paciente va imaginar inventar un mundo, que le será propio, gracias a esto, podrá encontrar un lugar más confortable en el mundo real.”* (Boyer-Labrousche, 2000, p.38).

En cuanto a la puesta en marcha de los objetivos diseñados dentro de la alianza arteterapéutica se tendrán en cuenta los niveles de intervención, según la profundidad que requiera la situación clínica y el marco temporal disponible. Omenat (2006d) propone los siguientes niveles de intervención:

1. *Contención y Comunicación*: Cuyo objetivo es aminorar los efectos de la enfermedad, favorecer la comunicación y la interrelación con los demás pacientes. Son intervenciones que ayudan a desarrollar aspectos relacionales que humanicen. Podrían ser aplicadas en áreas de salud mental con enfermos crónicos graves, adultos o niños.

2. *Apoyo y acompañamiento*: No se dirigen hacia la resolución de conflictos profundos. Se pretende mejorar la calidad de vida del paciente, ayudándole a asumir su enfermedad y las limitaciones que conlleva. Brindar un espacio de diálogo donde compartir los temas existenciales a abordar. Apropiado para enfermos crónicos con limitaciones más o menos graves, cuidados paliativos, cirugías traumáticas, etc.

3. *Resolución de conflictos*: Se trata de elaborar angustias, confusiones, temores generados por el conflicto y aminorar los síntomas del paciente. En tratamientos con víctimas que han sufrido algún suceso traumático (accidentes, agresiones, abusos, conflictos bélicos, catástrofes, etc.), en procesos de duelo, con enfermos drogodependientes, etc.

4. *Orientados al cambio*: Son trabajos profundos y prolongados que parten desde las causas iniciales del problema. Mediante la transferencia, se favorece el pasar de nuevo por las experiencias primitivas perturbadoras. Esta repetición facilita la comprensión del origen de las mismas (Freud, 1912). Ofrece la posibilidad de poder explorar más profundamente los traumas y conflictos que están en la base de los síntomas. Se propician las condiciones necesarias que permitan la regresión psicológica de poder ver al niño dentro del adulto. Las defensas comprendidas se pueden trabajar y modificar, lo que capacita al paciente para funcionar de manera más flexible. La persona puede comenzar a arriesgarse, a revelar verbal y no verbalmente aquellos deseos y miedos que han estado escondidos. Aparecen resistencias y defensas, por lo tanto en todo este proceso puede haber avances y retrocesos. El objetivo es integrar la nueva imagen de sí mismo de una manera pasiva y activa, no sólo pensándola, sino también haciéndola. (Rubin, 1984). Estos tratamientos son oportunos para pacientes adultos con una estructura secundaria configurada, comportamientos neuróticos y depresivos.

En cada nivel de intervención, la evolución del proceso de producción de imágenes y los acontecimientos que puedan sobrevenir dentro del encuadre

arteterapéutico, se acogen de diferentes formas, una razón añadida que hace difícil una previsión sistemática¹⁰¹.

Pain y Jarreau (1995) consideran que el transcurso de la terapia irá dirigida, de acuerdo con las necesidades de la persona en cada momento de su historia, dando prioridad a sus capacidades plásticas y de concentración, su edad, su ritmo personal, sus necesidades sinestésicas, su ideación y sus posibilidades de aprendizaje. *"Debe comprender qué es lo que aquí se espera de él, debe aprender a aceptar los límites impuestos por el lugar, el tiempo, el grupo, los arteterapeutas y los materiales, al mismo tiempo que debe trabajar sus inhibiciones, sus resistencias y sus propios límites para llegar a aceptarlos"*. (Pain y Jarreau, 1995, p.40).

Liebmann (1987) opina que, cuando se trabaja en una institución, es fundamental el apoyo que brinden los demás miembros del equipo profesional, de manera que el grupo de terapia artística se complemente con el resto de los programas ofertados a los pacientes.

López Fernández Cao (2006) incluye entre los factores decisivos el estilo del arteterapeuta, ya que según su orientación o experiencia pondrá de relieve fenómenos diferentes en el transcurso terapéutico. *"En este punto es muy importante la orientación del terapeuta en el modo en que recibe y trabaja con las obras producidas. Las diferentes perspectivas hacen énfasis en los modos de comprender ese proceso artístico"*. (P.53).

A pesar de las variables a tener en cuenta, una vez constituida la alianza terapéutica, las relaciones establecidas con los medios plásticos, durante los primeros encuentros, facilitarán el acceso a los problemas del o los sujetos. A medida que los participantes vayan contactando con partes del yo no reconocidas o desintegradas, con ayuda de las imágenes compartidas, el arteterapeuta podrá examinar con mayor profundidad sus resistencias y el material no consciente reflejado. Los participantes pueden experimentar conflictos intrapsíquicos y comportamientos nuevos pero sin llegar a integrarlos completamente.

Cuando la persona consigue observar desde otras perspectivas sus problemas, la resolución se pone en marcha, dando paso a la interiorización e integración de las experiencias vividas en el taller. El sujeto se muestra más activo e independiente, a la hora de tomar decisiones sobre aspectos de su vida. En este punto del proceso el terapeuta empezará a preparar la separación y final del programa arteterapéutico.

¹⁰¹ No obstante, en el primer capítulo de esta investigación se han expuesto los fenómenos terapéuticos que se activan con mayor frecuencia durante los procesos arteterapéuticos.

Los momentos de separación merecen una atención especial, ya que producen un torbellino de sensaciones relacionadas con el alivio y liberación al acabar una serie de exigencias. Se puede sentir culpa por lo que se hizo y se pudo mejorar o por todo aquello que no se hizo o no se pudo hacer. También de duelo porque nos coloca ante la necesidad de decir adiós y de seguir el camino solos. Por lo tanto, el arteterapeuta debe disponer al paciente para la finalización de la terapia durante las últimas sesiones.

El cierre del tratamiento se trabaja elaborando, con los demás miembros del grupo, los aspectos más significativos del taller, comentando el recorrido conjunto, lo aprendido, los obstáculos, lo que se puede mejorar, los efectos y el duelo que conlleva la separación. El momento de finalizar se dirige cuidadosamente hacia el análisis, la evaluación y las conclusiones sobre las experiencias vividas en el transcurso de las sesiones. En ese momento, se pondrá en marcha la evaluación final del paciente, para comprobar los resultados conseguidos y redactar un informe final sobre los aspectos relevantes del tratamiento.

Se puede programar, entre los participantes, cuándo será el último día, realizar una revisión de lo que se ha logrado, volver la mirada a las obras plásticas elaboradas, tomar decisiones sobre qué hacer con ellas o construir una obra con el conjunto de todas las producciones. Decir adiós precisa un ritual, tomarse tiempo y tener disposición para la ceremonia. La significación del vínculo graduará la necesidad del ritual de despedida.

Por otra parte, durante el tratamiento resulta importante que el arteterapeuta realice supervisión de su práctica profesional con un equipo de trabajo que colabore en la atención del paciente y con otro arteterapeuta cualificado. La supervisión se concibe como meta-evaluación del proceso terapéutico (Sabbatella, 2003). Permite concienciar al arteterapeuta sobre su actuación en el proceso terapéutico y reconocer aquellos aspectos personales involucrados en la dinámica de la relación gestada. De esta manera, se facilita un conocimiento mayor para desarrollar la transferencia y la contratransferencia dentro de la relación triádica.

También existe la alternativa de considerar la coterapia o el trabajo conjunto con otro arteterapeuta como testigo que ayude a analizar las actuaciones del arteterapeuta y como sostenedor del mismo.

4.3. Organización de los participantes

Del mismo modo que sucede con otras modalidades terapéuticas, en arteterapia se pueden realizar intervenciones en formatos individuales, duales, familiares y grupales. Sin embargo, en la mayoría de la bibliografía consultada se observa una escasez de estudios que traten en profundidad los criterios de elección que debe seguir el arteterapeuta para establecer una u otra modalidad. También se aprecia que la mayoría de los arteterapeutas suelen trabajar la modalidad individual y la grupal indistintamente. Respecto a las investigaciones centradas en los formatos duales existe muy poca bibliografía. En los estudios de grupos arteterapéuticos publicados se percibe una gran dispersión sobre la especificación de las diversas modalidades que se pueden aplicar.

1. Arteterapia Individual: Si el problema de la persona requiere un grado de intimidad alto para poder elaborar los conflictos, es recomendable realizar un trabajo individual. También es aconsejable en pacientes demasiado retraídos, agresivos o con poca autonomía para trabajar en grupo, ya que en estos casos se precisa una atención más personalizada por parte del arteterapeuta. El arteterapia individual se puede aplicar desde cualquier enfoque teórico-metodológico, dependiendo de la formación y de las necesidades de la persona.

2. Arteterapia Dual: Cuando el contexto del tratamiento se centra en mejorar las relaciones entre dos personas, ya sean la conjunción de niño-padre, marido-mujer, amantes, compañeros de trabajo o amigos, etc., el formato dual será el más adecuado. Generalmente, el trabajo con los medios visuales y plásticos se centrará en ayudar a que la persona consiga enfrentarse a los problemas, necesidades y puntos de vista del otro.

Según Landgarten (1981), el formato dual ayuda a reexaminar los roles interpersonales adquiridos en una relación de pareja y a establecer ajustes que por vía verbal no serían posibles.

Riley (2003) afirma que el trabajo arteterapéutico con parejas es un método que proporciona, a través de las imágenes visuales realizadas, una visión renovada sobre modelos de comportamiento rígidos, introduciendo nuevas vías de comunicación. La autora opina que la realización conjunta de un trabajo plástico ayuda a encontrar

momentos de cooperación y de atenciones entre ambos, lo que podrían convertirse en la base para llegar a una relación más satisfactoria.

Wadeson (1980) inaugura el formato dual en sus investigaciones arteterapéuticas. Otras arteterapeutas de renombre como Landgarten (1981), Riley y Malchiodi (1984), también han realizado estudios de caso con parejas.

3. *Arteterapia Familiar*: En cuanto al arteterapia familiar, la organización implica la participación de los padres con sus hijos. Se suele ofrecer cuando alguno de los miembros sufre problemas que afectan a la familia, o en situaciones donde toda la familia tiene dificultades de interacción como unidad. Aunque el arteterapia familiar admite cualquier enfoque, la orientación más utilizada en el ámbito arteterapéutico es la sistémica, muy influenciada por la teoría de grupos y las ciencias de la comunicación.



Ilustración nº 57. Sesión de arteterapia familiar.

Arias y Vargas (2003) opinan que la interacción durante la creación de las obras permite el acceso a los sentimientos y emociones de los miembros familiares, determina áreas conflictivas, facilita el entendimiento, respecto a la forma de operar de cada uno y a las herramientas que utilizan para relacionarse en el seno familiar.

Entre las autoras que han elaborado estudios centrados en arteterapia con grupos familiares destaca como pionera la arteterapeuta Hanna Yaxa Kwiatkowska. Tras su trabajo en *Nacional Institutes of Mental Health (NIMH)*, con familias de adolescentes

esquizofrénicos, llegó a elaborar el primer sistema de evaluación en arteterapia para formatos familiares *Family Art Evaluation* (1967).

Otras arteterapeutas como Cox (1992), Fryrear y Corbit (2003), Gil y Sobol (1999), Hoshino (2003), Keyes (1984), Landgarten (1987), Linesh (1993), Rubin y Magnussen (1974), Riley y Malchiodi (1994), Waller (1993), también destacan por sus investigaciones en dicho formato.

4. Arteterapia Grupal: El arteterapia grupal se realiza cuando están involucradas en el proceso más de dos personas. Son recomendables en casos donde sea necesaria la independencia respecto al arteterapeuta o cuando no se esté preparado para una relación arteterapéutica con un grado alto de intimidad.

Los enfoques socioculturales de tratamiento arteterapéutico conciben al individuo como parte de un sistema global de relaciones, influido por condicionantes sociales y culturales. Las tareas artísticas servirán para desarrollar una identidad social, priorizando las relaciones interpersonales con los compañeros.

La esencia del ser humano es social, necesita de los otros para satisfacer sus necesidades e intereses. *“Para nosotros el individuo humano es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan. El sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases”.* (Zito Lema, 1986, p.107).

Por lo tanto, analizar los vínculos generados en la interacción con los demás es fundamental para la comprensión global del individuo. De esta manera, el arteterapia grupal proporciona un espacio único para hacer visibles los comportamientos emergentes en las relaciones cotidianas y aprender nuevas habilidades sociales. *“El arte nos ofrece la oportunidad para enlazar nuestra experiencia personal o intrapersonal con experiencias ajenas. Esto constituye la posibilidad de un puente inestimable entre las vivencias que a veces nos parecen intransferibles, incommunicables, inefables incluso con experiencias colectivas grupales y culturales”.* (Barragán, 2006, p.22).

Kaplan y Sadock (1999) enumeran una serie de factores terapéuticos, propios de los formatos grupales, que no pueden ofrecer las terapias individuales y, a su vez, surgen en los grupos arteterapéuticos:

- *Aceptación:* sentimiento de ser aceptado por otros miembros del grupo, de tolerar las diferencias de opinión con ausencia de censura.

- *Altruismo*: un miembro sirve de ayuda a otro anteponiendo la necesidad de otra persona y aprendiendo que es positivo entregarse a los demás. Constituye uno de los factores principales en el establecimiento de la cohesión del grupo y el sentido de la comunidad.

- *Cohesión*: la sensación de que el grupo trabaja unido hacia un objetivo común, también se refiere a la sensación de “nosotros”. Es el factor más importante relacionado con los efectos terapéuticos positivos.

- *Validación* consensuada: confirmación de la realidad comparando las ideas propias con las de otros miembros del grupo y de este modo se corrigen las distorsiones interpersonales. La persona evalúa objetivamente el mundo fuera de sí mismo y abarca la capacidad de percibirse a uno mismo y a los miembros del grupo de manera precisa.

- *Contagio*: el proceso por el que la expresión de la emoción de un miembro estimula la conciencia de una emoción similar en otro miembro.

- *Experiencia familiar correctiva*: el grupo recrea la familia de origen, para que alguno de los miembros puedan trabajar en los conflictos psicológicos originales a través de la interacción con el grupo.

- *Empatía*: la capacidad de un miembro del grupo de ponerse en el marco de referencia psicológico de otro y comprender su pensamiento, sentimiento o conducta.

- *Identificación*: mecanismo de defensa inconsciente en que la persona incorpora las características y cualidades de otra persona u objeto en su sistema del ego.

- *Imitación*: la emulación consciente o modelado de la conducta de uno después de la de otro

- *Inspiración*: proceso de comunicar un sentimiento de optimismo a los miembros del grupo. La capacidad de reconocer que uno puede resolver problemas.

- *Aprendizaje*: los pacientes adquieren conocimientos sobre nuevas áreas, tales como las habilidades sociales y la conducta sexual, reciben consejo, obtienen asesoramiento e intentan influir y ser influidos por otros miembros del grupo.

- *Universalización*: la conciencia del paciente de que no está solo cuando tiene problemas, otros comparten quejas similares o dificultades en aprender, de que él no es único

- *Ventilación*: la expresión de sentimientos reprimidos, ideas o sucesos a otros miembros del grupo; compartir secretos personales que alivian el sentimiento de pecado o culpa

- *Interacción*: el intercambio libre y abierto de ideas y sentimientos entre los miembros del grupo. La interacción efectiva está cargada emocionalmente.

A pesar de las ventajas que ofrece el arteterapia grupal, Liebmann (1987) especifica la existencia de ciertas desventajas frente al arteterapia individual:

1. La confidencialidad se vuelve más difícil porque hay más gente implicada.
2. Los grupos necesitan determinados recursos y pueden ser difíciles de organizar.
3. Los miembros de un grupo reciben menos atención individual.
4. A un grupo se le puede etiquetar o atribuírsele determinado estigma. (pp. 238-239)

Además de los diversos enfoques existentes en la práctica arteterapéutica contemporánea, en relación al formato grupal, Case y Dalley (1992) identifican tres modelos: *The Studio-based Model* u *Open Studio*, (Grupo de estudio abierto), *Theme-Centred Groups*, (Grupos centrados en un tema) y *Group Analytic or Interactive Art Therapy*, (Grupo Analítico o Arteterapia Interactiva).

- *The Studio-based*, es el modelo más antiguo (Rubin, 1998; Skaife y Huet, 1998; Waller, 1991,1993). Fue muy utilizado en los inicios del arteterapia, cuando la disciplina aún no estaba definida y coexistía entre la terapia ocupacional y la educación expresiva en contextos educativos no formales.

Desde este encuadre se otorga mayor énfasis al proceso artístico que a las dinámicas generadas entre los componentes del grupo, ya que el diálogo o las reflexiones en torno a las obras se establecen entre el terapeuta y el paciente más que ir dirigidas hacia el resto del grupo. (Skaife y Huet, 1998).

El setting suele ser más abierto pues, generalmente, van dirigidos a situaciones donde el número de participantes es amplio y no queda estipulado. Así, el flujo de sujetos es una constante por la asiduidad de las entradas y salidas producidas.

- *Theme-Centred Groups*: A partir de los años 60, los arteterapeutas empiezan a sentirse más influenciados por el psicoanálisis. Como consecuencia comienzan a otorgar más importancia al establecimiento de unos límites formales (setting), relacionados con el tiempo, el espacio y las frecuencias de los encuentros. (Waller, 1991). Con el establecimiento de la BAAT y AATA, los criterios profesionales se formalizan dando lugar a nuevos modelos grupales. En 1982, Liebmann publica una compilación de juegos a través del arte y estructuras para grupos con las aportaciones prácticas conseguidas tras una encuesta realizada a cuarenta arteterapeutas. Cuatro años más tarde publica *Art Therapy for groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises*, donde queda definido un modelo grupal centrado en la producción de ejercicios artísticos, a partir de consignas o temas sugeridos por el arteterapeuta, líder responsable que selecciona los temas a tratar con un rol activo, ya sea desde un papel autoritario o paternal, ya sea incluyendo activamente a todos en la toma de decisiones.

El enfoque se sigue situando en el trabajo artístico estructurado como medio para comprender los problemas individuales de cada miembro del grupo.

Campbell (1993) expone en su obra *Creative art in Group Work*, actividades semejantes a las aportadas por Liebmann. Otros autores como Hanes (1982), Strand (1990), Denny (1996) proponen temas en sus programas, pero atienden a la interacción que las temáticas elegidas provocan en el grupo como unidad y a nivel intrapsíquico.

Case y Dalley (1992) y Waller (1993) opinan que esta modalidad grupal suele funcionar bastante bien en procesos arteterapéuticos de corta duración.

- *Group Analytic or Interactive Art Therapy*: La base teórica de esta orientación está inspirada en la filosofía de los *Grupos Analíticos* de Foulkes, Bion, Slavson, Wolf, etc. La producción de imágenes se entiende como una parte de la dinámica grupal, donde la interacción se produce entre todos los miembros del grupo, incluido el arteterapeuta. El grupo gestiona los sucesos que ocurren dentro del taller. Los participantes eligen las técnicas plásticas y el tiempo que se va a dedicar a cada fase de las sesiones. McNelly (1983) fue uno de los primeros arteterapeutas que desafió la orientación de los grupos centrados en un tema, ya que desde su punto de vista, cuando se utilizan consignas plásticas, se corre el riesgo de descubrir material inconsciente con demasiada rapidez, además de dejar fuera las interacciones de los participantes. Molloy (1988) también advierte sobre la cualidad potencialmente invasiva del uso de consignas.

Greenwood y Layton (1987) creen de mayor interés que el arteterapeuta recoja los temas discutidos por el grupo y los devuelva de forma moderada con la ayuda de las imágenes formuladas. *“Mostrar el trabajo y hablar sobre las pinturas de forma conjunta propicia oportunidades adicionales para el desarrollo del self en las relaciones con los otros, compartiendo y modificando ansiedades”*. (Greenwood y Layton, 1987, p.14).

En 1993, Waller desarrolla su modelo grupal *Interactive Art Therapy*, influenciada por autores como Yalom (1996), Bloch and Crouch (1985), Aveline and Dryden (1988) y Agazarian y Peters (1989). El trabajo cooperativo generado en las actuaciones artísticas se convierte en el motor de las dinámicas emergentes del grupo. En el modelo se aprecia un eclecticismo entre las teorías de grupos analíticos y la orientación existencialista: *“El concepto de responsabilidad, libertad y elección son centrales para el modelo interactivo”*. (Waller, 1993, p.23). Sin embargo, la autora no piensa que el uso de consignas tenga las desventajas citadas por McNelly o Greenwood y Layton.

Entre los trabajos afines al modelo grupal analítico destacan los desarrollados por Case y Dalley (1992), Huet (1997), Lucas (1980), McNelly (1983,1987, 1990), Schaverien (1992), Skaife (1990,1997), Strand (1990), Wadeson (1980).

Dokter, D. (2007), en su tesis doctoral *Cultural Variables Affecting Client / Therapist Consonance: The Perception of Efficacy in Arts Therapies Groups*,

ofrece una visión de autores que trabajan el formato grupal en el contexto psiquiátrico inglés.

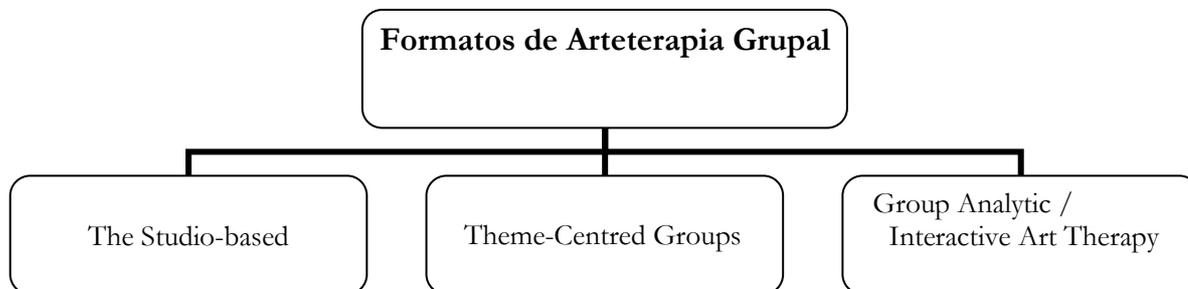


Figura nº 7. Formatos en arteterapia grupal según Case y Dalley (1992)

4.4. Establecimiento del setting arteterapéutico

La práctica del arteterapia ha de apoyarse en unas condiciones o protocolo básicos para establecer un marco de trabajo. La disposición de un conjunto de límites o reglas llamado setting o encuadre ofrece una estructura adecuada, para que la relación arteterapéutica sea posible. (Coll Espinosa, 2006; López Cao, 2006; Omenat, 2006c). Ha de contribuir a una mejor terapéutica y a un optimum creativo. (Boustra, 2000).

Por tanto, consistirá en crear un lugar seguro, bien estructurado que posibilite el desarrollo de un proceso hacia la salud. (Laing, 1977; Da Silveira, 2006; Winnicott, 1971).

No siempre es posible estructurar un setting ideal por la gran variedad de situaciones que un arteterapeuta deberá asumir. Sin embargo, se puede intentar su control y transformación en base a las necesidades de los pacientes. (Csikszentmihalyi, 1998).

En efecto, según sean los ámbitos de intervención terapéutica, se adaptará de forma adecuada a los usuarios, al tipo y nivel de patología, a los objetivos propuestos, a los condicionantes de la institución, etc. No se puede aplicar el mismo encuadre, por ejemplo,

en un campamento de refugiados de guerra que en una consulta privada o una institución con ancianos enfermos de Alzheimer.

Süess (2006) añade, al respecto, que la creciente expansión de la actividad profesional terapéutica hacia los contextos sociales cuestiona la conceptualización, el encuadre y la práctica psicoterapéutica que por tradición se ha centrado en la consulta privada y en una clientela de clase social media-alta de procedencia occidental. Lo que dista bastante de la realidad actual y de los nuevos enfoques arteterapéuticos, basados en las teorías postmodernas.

Por lo tanto, se podrá plantear el encuadre arteterapéutico como un entorno estable pero no inmutable, mediante lo que Winnicott (1971) llama una *“adaptación activa”*.

El setting es el marco del trabajo definido por las normas que funcionan simbólicamente como "reglas de juego". Favorece el mecanismo de seguridad oportuno para la existencia de un sistema de relación artificial. En la producción plástica y en las reflexiones en torno a las obras se abordarán temas biográficos muy personales que, generalmente, los pacientes evitan o minimizan en una verbalización cotidiana. El encuadre deberá brindar la estabilidad, la frecuencia y la demarcación de probabilidades, expectativas, es decir, los límites y los alcances del sistema terapéutico. *“El encuadre ubica los límites y condiciones en las que va a transcurrir el tratamiento (...) y por tanto, va a favorecer que los pacientes puedan tener la construcción del espacio psíquico interno”*. (Coll Espinosa, 2006, p.173).

El arteterapeuta intentará, en la medida de lo posible, que las sesiones se realicen siempre en el mismo espacio y a la misma hora, con el fin de proporcionar la estabilidad y confianza adecuadas.

La confidencialidad también resulta un factor de suma importancia para la consecución del tratamiento. Birchnell (1987) opina que no se pueden mostrar obras sin la autorización de los autores por su carácter íntimo. Así, cualquier tema que surja desde una producción plástica, verbal o visual deberá quedar dentro de la relación arteterapéutica. La exhibición o exposición de las obras sólo se podrán compartir en este espacio simbólico. *“Las imágenes, pertenecientes al ser que las crea, son documentos de vida y deben ser tratados como su vida, y hablados por el sujeto que los realiza, en su singularidad, drama y/o grandiosidad”*. (López Fernández Cao y Martínez Díez, 2006, p.18).

El establecimiento de un setting adecuado es lo que posibilitará o no el despliegue transferencial, la vinculación entre el paciente y el terapeuta. A diferencia de otros procesos terapéuticos, en arteterapia el vínculo no será exclusivamente bidireccional.

Los medios plásticos y el proceso creativo intervienen generando una vinculación indirecta, lo que facilitará al psicoterapeuta deponer su propio narcisismo, para dar paso a la subjetividad del otro con ayuda de los productos plásticos realizados. Otro factor diferencial es que el paciente no sólo proyectará en el terapeuta sus estados emocionales, en ocasiones de gran intensidad, sino que también lo hará a través de sus obras e imágenes, repartiendo la capacidad de contención de las ansiedades entre ambos elementos (objetos plásticos y terapeuta).

Dalley (2006) opina que la creatividad del paciente se frustró en algún momento de su desarrollo, por lo tanto, es importante proporcionar un espacio donde restablecer la creatividad y reflexionar sobre lo ocurrido.

Según Omenat (2006d) el setting o encuadre cumple una función doble: estructural y simbólica.

- La función estructural posibilita la contención y elaboración de ansiedades, tanto de las originadas por sentimientos, vividos como inadecuados, como las surgidas durante el proceso creativo. En un primer momento, el setting se ha de constituir como “sostén” o apoyo para poder “operar analíticamente”, ya que el uso terapéutico del encuadre reside en la representación de ese estadio primitivo fallido.

- La función simbólica da sentido a las transferencias que aparecen en la sesión y a las aportaciones inconscientes del usuario como la represión, la negación, la disociación, la proyección y la introyección, defensas que actúan sobre uno mismo y sobre los demás. Klein (2006) determina que el establecimiento del marco delimita un espacio simbólico y permite un inicio de orden en el caos. El espacio simbólico propicia el proceso creativo y posibilita, a través de la mediación artística, la comunicación con los demás y la confrontación con uno mismo.

Ambas funciones, frecuentemente aparecen entrelazadas, siendo la tarea principal estar atentos a los procesos psíquicos y sus modalidades de expresión, para dar el apoyo preciso.

Para Winnicott (1971), la acción terapéutica se va a desarrollar en el espacio transicional, único espacio en el que el juego es posible, juego que conduce al dominio de sí y a la permanencia del objeto¹⁰². El arteterapia permite hacer revivir al paciente las

¹⁰² Tema tratado con más profundidad en el apartado 1.2.2.5 y en el 3.1.1.

vivencias infantiles, gracias a la posibilidad de evolucionar en un espacio intermediario, donde él puede ejercerse con dominio. Si la ilusión-desilusión del niño por una madre no suficientemente buena tomaron un camino equivocado, provocando estados patológicos, se facilitará al paciente el reinicio de otro camino que sepa hacer frente al fracaso en la adaptación, posibilite la tolerancia a la frustración y conduzca hacia la autonomía y la realización personal. Los problemas quedan objetivados a través del material plástico-simbólico, donde la persona podrá explorarlos, modelarlos, otorgarles nuevas significaciones e integrarlos desde perspectivas muy diversas. *“Toda vivencia integrada puede servir como instrumento de trabajo, pero hace falta elegir desde esa escucha precisa de la demanda del otro, de la que tanto hablamos, pero que no siempre es clara, sino que aparece hábilmente disfrazada, a veces por múltiples capas de frustración, otras por sutiles estrategias defensivas”*. (Bonet, 2008, p.69).

El arteterapia ayuda así a conseguir estos objetivos, la estimulación de la creatividad disminuye la ansiedad y propicia una relación más sana con los otros.

El setting se convierte en el marco, donde pueden surgir el dolor y la ira al emerger el fracaso, pero también la suspensión de los mecanismos de defensa y el fortalecimiento del yo y, a partir de ahí, la posibilidad de integración psíquica.

Naumburg (1987) comenta que la sublimación no puede ser planeada ni tramada. Todo lo que podemos hacer es establecer una atmósfera en la cual el grupo de procesos involucrados pueda desplegarse. *“(...)el arteterapia propone: la apertura y el respeto hacia la persona que se deja acoger en un espacio de posibilidades y libertad, para que encuentre sus límites y sus capacidades, sus escollos infantiles, sus estructuras de repetición y sus bloqueos, y poco a poco, se comprenda, se reconozca, se admita y sin prisa, plantee otros puntos de vista (...)”*. (López Cao, 2006, pp. 17-18)

El arteterapeuta vivirá con el paciente todas estas fases: lo acompañará en su regresión y en su consciencia de lo prospectivo, en una interacción no-verbal de transferencia-contratransferencia en el espacio potencial o zona de la creatividad.

Según Corella (2003), gracias a esa capacidad que el arte tiene, para establecer una mediación o síntesis entre razón y sensibilidad, puede convertirse en un espacio curativo.

Para Boyer-Labrouche (2000), el fin del arteterapia es permitir la reapropiación de la realidad a partir de lo imaginario. En un lugar privilegiado y en una relación privilegiada con el arteterapeuta, el paciente va a imaginar, a inventar un mundo, que le será propio y gracias a esto, él podrá encontrar un lugar más confortable en el mundo real.

Finalmente, para Gadamer (1991), el arte como fiesta rechaza el aislamiento, es celebración al reunir a las personas por algo. Esto queda patente en la actividad arteterapéutica, la cual libera de la presión de la vida cotidiana, al estar en relación con el tiempo, no con el tiempo medido, utilitario, vacío, sino con un tiempo propio, para demorarse en la obra, fundiendo pasado y presente en una superación del tiempo. El setting se convierte así en lugar de encuentro, que posibilita el establecimiento de una relación intra e intersubjetiva nuevas: es el placer del encuentro con uno mismo ante la obra creada, de sorpresa ante las propias potencialidades, de desinhibición y libertad; placer, también, del encuentro con los otros, de poder crear vínculos afectivos, de ser tenido en cuenta, de compartir afinidades y diferencias, experiencias y sentimientos; en definitiva, de formar parte de un grupo.

4.4.1. Elementos del setting

4.4.1.1. Marco espacial

El espacio es la célula orgánica de la práctica arteterapéutica, la matriz de las perspectivas teóricas y el lugar ideal para transformar materias. Es la escena donde se pone en juego el proceso de la expresión. (Boustra, 2000).

En la práctica del arteterapia, generalmente, no existe un espacio específico, habilitado ad hoc, especialmente en países donde aún no está institucionalizada la profesión. Según Omenat (2006d), las circunstancias ideales para el trabajo arteterapéutico, en relación al espacio, no se suelen dar y raras veces el terapeuta artístico puede disponer de una sala específica, que reúna las condiciones adecuadas, dentro de las instituciones o lugares donde se vaya a intervenir.

Lo normal es que las instituciones asignen, para la realización del taller, salas de usos múltiples como aulas de clase, gimnasios, dependencias del ayuntamiento, salones, etc. En los centros de día, la misma aula sirve de espacio a las distintas actividades, por lo que el arteterapeuta deberá utilizar marcas de identificación del taller de arteterapia, sobre todo, con ciertos pacientes, como los autistas. La presencia del terapeuta será un claro

referente, así como el cumplimiento de las normas del contrato: el día de la actividad, la hora, etc. No obstante, el arteterapeuta debe conocer los requisitos mínimos para intentar preservarlos. A veces es muy costoso conseguirlo, sin embargo la experiencia arteterapéutica plantea, a largo plazo, que la institución advierta la importancia de un espacio facilitador básico, con el rigor profesional que merecen sus demandantes. Hay que crear un entorno íntimo, que preserve la confidencialidad y posibilite el trabajo creativo.

Con pacientes hospitalizados o impedidos, es el terapeuta el que se desplaza, llevando consigo los materiales y herramientas de trabajo.



Ilustración nº 58. Arteterapia con pacientes hospitalizados.

Boyer-Labrouche (2000) señala que cuando el trabajo se realiza en una institución, hay que reflexionar sobre la elección del marco, las dificultades que pueda suponer llevar a ciertos pacientes a estos lugares, (escaleras, barreras arquitectónicas, etc.).

Por tanto, es primordial dedicar un tiempo a esta preparación como lugar de contención. Dentro de lo posible, el arteterapeuta intentará que el taller reúna las mejores condiciones de espacio para favorecer el proceso terapéutico e intentará corregir las circunstancias que lo dificulten. *“Mediante la personalización del entorno material somos capaces de potenciar el pensamiento creativo”*. (Csikszentmihalyi, 1998, pág. 175).

La estancia debe ser reservada, que ofrezca seguridad, receptividad y libertad. Las salas amplias permiten acoger a grupos grandes y son aptas para incluir ejercicios de expresión corporal y de relajación. Si los grupos son pequeños o se realizan sesiones

individuales, las salas amplias pueden crear sentimientos de aislamiento o insignificancia y dispersar la claridad de los límites. (Bruscia, 1999).

El espacio tiene que estimular el comportamiento expresivo, donde no se tema manchar, experimentar, reflexionar o descubrir. Estar cerrado a atribuciones externas que interfieran en el proceso creativo.

Tener lavabos en la misma sala de trabajo agiliza el trabajo y supone no tener que interrumpir la sesión para salir a lavar los materiales, las manos, etc. Bien iluminado¹⁰³, con ventilación y temperatura adecuadas, limpio y ordenado. Debe poseer también mobiliario acondicionado al tipo de población con la que se trabaje (niños, minusválidas, ancianos, etc.).

Pain y Jarreau (1995) proponen una distribución parcialmente permanente y parcialmente modificable: *“El lugar de recepción, los espacios de trabajo y los lugares de exposición o de secado de las piezas constituyen las partes permanentes del taller; la parte variable del decorado está representada por las producciones que se suceden”*. (p.38).

Prokofiev (1998) plantea un estudio con dos zonas diferenciadas: una zona para el trabajo artístico, en la que se pueda trabajar con cualquier medio plástico, sin temor a ensuciar o desordenar los materiales, y otro espacio reservado, para exponer y hablar sobre las producciones terminadas.

Bruscia (1999) apunta que la colocación de la sala determina el tipo de interacción y relación entre el/los sujeto/os, terapeuta y los medios. Añade que el arreglo espacial varía según el formato. En las sesiones grupales se tiende a crear una formación circular, especialmente al comienzo de las sesiones, porque facilita el contacto ocular con todo el mundo y permite el contacto físico con los compañeros situados a cada lado. Un círculo proporciona límites espaciales y da acceso libre a los materiales. No obstante, dependerá en gran medida de las necesidades de cada persona y de las actividades a realizar.

Omenat (2006d) aconseja un lugar donde no existan elementos innecesarios que puedan distraer, abrumar o invadir. Añade la importancia de no incorporar cambios sustanciales entre cada sesión. *“Es un lugar donde tiene que haber la mayor asepsia, la no-contaminación y la mayor profesionalidad. Porque en ese lugar el paciente se va a desnudar”*. (Betés de Toro, 2000, p.339).

¹⁰³ Según Malchiodi (1998), es más recomendable la luz natural que la artificial.

Las técnicas y los soportes utilizados condicionarán la forma en la que se pueda disponer del espacio. Lo ideal sería poder pintar o dibujar verticalmente (con el soporte sobre la pared) u horizontalmente (con soporte sobre una mesa o en el suelo), para experimentar desde diversas perspectivas, que el propio espacio permitiese una cierta plasticidad.

Es un espacio que reconstruye el orden habitual de un despacho en un centro de salud, y en el que los materiales son como embajadores del deseo de expresar produciendo una especie de descentramiento de los hábitos cotidianos. Es un lugar que puede producir un cierto movimiento, puesto que el trabajo artístico y el arteterapéutico nos pone en contacto con la relatividad de la perspectiva. (Hernández Merino, 2006, p.267).

La sala debe contener los materiales suficientes para facilitar el descubrimiento del inconsciente y el mundo interior de la persona. Los medios plástico-visuales estarán a la vista, cercanos y dispuestos de manera que sólo su presencia invite al uso, pues son los que van a establecer la relación mediadora. Charlton (1987) añade que, en el caso de aquellos pacientes sin movilidad, se puede construir una caja portátil con los materiales básicos y un soporte rígido para poder dibujar en la cama.

Hay que acondicionar espacios con estantes, armarios y cajas para guardar los materiales y las producciones, tanto bidimensionales como tridimensionales, durante el tiempo que sea necesario. El espacio utilizado para almacenar las obras debe cumplir las condiciones de conservación y seguridad adecuadas (luz, humedad, temperatura, etc.). A su vez, preservará la confidencialidad de las producciones al ser consideradas como parte del registro clínico, por contener datos íntimos de la persona tratada.

4.4.1.2. Marco temporal

La organización temporal de los programas arteterapéuticos es un requisito fundamental, al establecer una relación terapéutica. *“El marco de trabajo, que determina tanto el*

espacio, en término de lugar físico en el cual se realizan las sesiones, como el tiempo, es decir la duración de estas, es un parámetro esencial en la buena práctica del arte-terapia y constituye un factor decisivo para un buen funcionamiento del proyecto". (Collete, 2003, p.27). Al igual que sucede con el marco espacial, la gestión del tiempo actúa simbólicamente como un límite que el paciente tendrá que respetar durante el tratamiento. *"Este espacio-tiempo toma el valor de un continente (...). Gracias a este continente él podrá manifestar su creatividad, dejar caer algunas prohibiciones sociales y expresar emociones"*. (Boyer-Labrouche, 2000, p.39).

Por tanto, las sesiones tendrán una duración y un horario preciso desde la primera consulta. El paciente o los participantes mantendrán el compromiso de llegar a la misma hora, en los días acordados, durante todo el proceso arteterapéutico. La regularidad y puntualidad respecto a la asistencia se relacionan directamente con la eficacia del tratamiento. Esto conlleva por parte de los pacientes a priorizar el tratamiento sobre cualquier otra actividad. En casos de ausencias previstas, se comunicará con anterioridad al terapeuta y al resto de los compañeros.

El marco temporal, además de hacer referencia a la duración y periodicidad de las sesiones también contempla la extensión del programa. Según los profesionales del centro de estudios sobre arteterapia Metáfora, la terapia puede ser: muy breve (1 a 12 sesiones), breve (12 a 24 sesiones), larga (24 o más sesiones). Los tratamientos se organizan y categorizan de distinto modo, según las dificultades a explorar.

Según Pain y Jarreau (1995), la unidad mínima de un proyecto arteterapéutico es de un año, con una sesión semanal. En cuanto a la duración de las sesiones, las autoras distinguen entre actuaciones de una hora para niños muy pequeños, de dos horas para niños mayores y de dos horas y media para adolescentes y adultos. Su propuesta no está estipulada, según la capacidad de concentración de los sujetos, sino más centrada en los requerimientos de preparación al trabajo de expresión plástica, y a las necesidades de alternancia de descanso y trabajo, de soledad y diálogo, de acción y de palabra.

Omenat (2006d) comenta que la duración del tratamiento dependerá de la gravedad de la patología del cliente y de los objetivos a alcanzar. La autora establece una distinción entre la duración de las sesiones grupales, las cuales oscilan de una hora y media a dos horas; y las intervenciones individuales de cincuenta minutos a una hora. En cuanto a la periodicidad, Omenat añade que las sesiones suelen ser semanales, sin embargo, volverá a depender de las necesidades de la persona el que las consultas se espacien, más o menos, en el tiempo.

Nucho (2004) realiza observaciones sobre el tiempo, relacionadas con la duración de cada una de las fases de las sesiones estructuradas en cuatro periodos: *Unfreezing, Doing, Dialoguing, Closure*¹⁰⁴. La autora opina que la duración de cada fase varía, según la población con la que se trabaje. Con población infantil, la fase de producción plástica suele ser más extensa que la de diálogo o cierre, ya que los niños realizan menos comentarios que los adolescentes o los adultos que otorgan más tiempo al diálogo y la reflexión. En su obra *The Psychocybernetic model of Art Therapy* (2004), expone la siguiente tabla n° 17, que permite comparar la longitud relativa de cada fase entre niños, adolescentes y adultos.

Tabla n° 17. Longitud de las fases de las sesiones según el modelo psicocibernético de Nucho en relación a las diversas poblaciones

<u>RELATIVE LENGTH OF EACH PHASE OF THE PSYCHOCIBERNETIC MODEL WITH DIFFERENT CLIENT POPULATIONS</u>				
Children	A	B	C	D
	—	—	—	—
Adolescents	A	B	C	D
	—	—	—	—
Adults	A	B	C	D
	—	—	—	—

Code: A= *Unfreezing*, B= *Doing*, C= *Dialoguing*; D= *Closure*.

En conclusión, resulta muy complejo establecer parámetros o clasificaciones sobre la secuenciación temporal, ya que depende de factores diversos: patología, edad del sujeto, agrupamiento, etc.

¹⁰⁴ Fase de deshielo, fase de producción plástica, fase de diálogo y cierre de la sesión.

4.4.1.3. Técnicas, materiales y recursos

Las técnicas y materiales visuales y plásticos son una parte esencial del proceso arteterapéutico por la función mediadora que van a establecer entre el/los paciente/s y el arteterapeuta. “(...) *los materiales resultan un aliado porque acompañan al sentimiento que tiene el creador, son un carril, ofrecen la cadencia adecuada*”. (Omenat, 2006c, p.4).

Por ricas que sean las técnicas artísticas, solamente tendrán un valor terapéutico si proporcionan una vía de comunicación entre paciente y terapeuta, la cual será incentivada a través del uso del material adecuado. (McNiff ,1988; Paín y Jarreau, 1995).

Por consiguiente, conocer las posibilidades infinitas que ofrecen la gran variedad de materiales y técnicas plásticas y/o visuales en un setting terapéutico será una competencia del arteterapeuta, esencial a la hora de adecuar los objetivos de sus demandantes. “*La habilidad y efectividad de un terapeuta artístico no reside únicamente en su capacidad para intervenir o para ayudar a interpretar la pintura o el producto. También posee una gran importancia la elección de materiales que haga el terapeuta artístico*”. (Dalley, 1987, pp. 26-27).

Nucho (2004) añade que los arteterapeutas no sólo tendrán en cuenta la diversidad de propiedades que los materiales contienen en sí mismos y los intereses específicos de los pacientes, sino también la magnitud de las capacidades físicas y psíquicas de los usuarios.

Gloger (2006) y Linz (2006) opinan que es importante que el arteterapeuta tenga conocimientos suficientes sobre el uso de los medios artísticos y sus cualidades físicas. Si este mantiene una relación constante con las actividades artísticas podrá experimentar con mayor facilidad la conexión sensorial con los materiales para llegar a vivenciar lo que transmiten, evocan o propician.

Las técnicas utilizadas en arteterapia van desde las clásicas como el dibujo, pintura, escultura o estampación hasta las más actuales: assemblage, collage, fotografía, video, hibridaciones y poéticas de intervención como *Land-Art, Body-Art, Instalaciones, Performances, Acciones, Happening*, etc.

Arias y Vargas (2003), Denny (1996), Hinz (2006), Kagin y Lusenbrink (1978), Klein (2006), López Fernández-Cao (2006), Malchiodi (1998), Moon (2000) y Pain y Jarreau (1995), entre otros, dedican en sus estudios un espacio a la descripción de las técnicas aplicadas en la terapia artística.

La reciente integración de las nuevas tecnologías ofrece vías de innovación a explorar dentro del campo de la investigación arteterapéutica. Autores como Ansano (2007), Canter (1989), Malchiodi (2000), Orr (2006), Peterson, Stovall, Elkins y Parker-Bell (2005), Samet (1989), emplean programas informáticos de dibujo, tratamiento de imágenes o animación en tres dimensiones en sus sesiones. El uso de las nuevas tecnologías amplían las posibilidades de poder ilustrar, animar y compartir las fantasías de los participantes. *“El ordenador se usa como un dispositivo para contar historias o como un títere electrónico desde el cual los clientes pueden mover fácilmente las pinturas en torno a la pantalla del ordenador para contar una historia sobre sus problemas personales”*. (Samet, 1989, pp.296-297).

De acuerdo con Mampaso (2005), los arteterapeutas ligados a las artes visuales deben de considerar la introducción de los nuevos medios de comunicación para ampliar así el alcance terapéutico, más allá de limitarse al dibujo, la pintura y la escultura.

Los arteterapeutas también suelen incorporar en sus sesiones, prácticas propias de otros ámbitos disciplinares como técnicas de relajación, de visualización, de expresión musical, corporal, dramática, escritura creativa, lúdicas, etc.

Cada técnica plantea una serie de retos diferentes, por lo tanto, es importante que los participantes tengan la oportunidad de trabajar con la máxima variedad posible. Si la técnica siempre es la misma, los sujetos tenderán a repetir comportamientos. En cambio, con la variación cíclica de los medios artísticos, se ofrece la posibilidad de desbloquear reacciones y transformar actitudes frente a todas las situaciones que se vayan experimentando en el setting, incluso aquellas que, en un principio, puedan provocar rechazo. (Pain y Jarreau, 1995).

Stern y Duquet (1961) mantienen una posición parecida. Para ambos autores el uso de las técnicas plásticas supone un poder de adaptación de la imaginación a los materiales que presentan posibilidades particulares, limitadas por una parte, pero llenas de recursos insospechados. Por lo tanto, la persona no debe convertirse en prisionero de un procedimiento, la técnica no ha de aplicarse como un código rígido y definitivo, ya que perdería su valor fundamental, su carácter de descubrimiento. Lo importante es que siempre prevalezca en el trabajo plástico la personalidad del individuo. *“La ejecución de la*

obra es un trabajo de investigación en el que la subjetivación está marcada por la elección de los recursos utilizados para representar”. (López Fernández Cao, 2006, p. 43).

Varias autoras han planteado cuestiones sobre los criterios de selección a la hora de elegir las técnicas y los materiales artísticos más adecuados, según el tipo de patología o problema.

Landgarten (1987) discute a cerca de los beneficios terapéuticos que pueden aportar los materiales visuales y plásticos. Establece una clasificación en relación con el nivel de control técnico que permitan las propiedades de cada medio, a la que llama *Media Dimension Variables (MDV)*, (tabla nº 18). La autora afirma que, de acuerdo con este punto, se puede elevar o bajar el estado afectivo del cliente, influir en su libertad de expresión y engañar las defensas.

Tabla nº 18. Clasificación de Landgarten según el nivel de control técnico de cada medio plástico-visual

	Control Alto (Grado de dificultad baja)	Control Medio (Grado de dificultad medio)	Control Bajo (Grado de dificultad alto)
Gráfico	- Lápiz de Grafito (dureza media) - Lápices de colores - Lápiz Pasta - Plumón	- Cera blanda - Pastel graso	- Carboncillo - Tinta China - Pastel seco - Tiza
Pictórico	-Témperas -Pinceles gruesos y brochas	- Pintura de dedos - Lápices acuarelables - Acrílicos - Pastel graso con trementina - Sprays	- Acuarela - Óleo - Rodillo - Espátula - Esponja
Tridimensional	- Plastilina - Arcilla o barro - Pasta de sal	- Cartón pluma - Greda , Yeso - Material de desecho - Papel Maché	- Talla - Gubias - Moldes
Otros	- Revistas y papeles para collages	- Costura y estampado	- Grabado - Video - Fotografía - Ordenadores

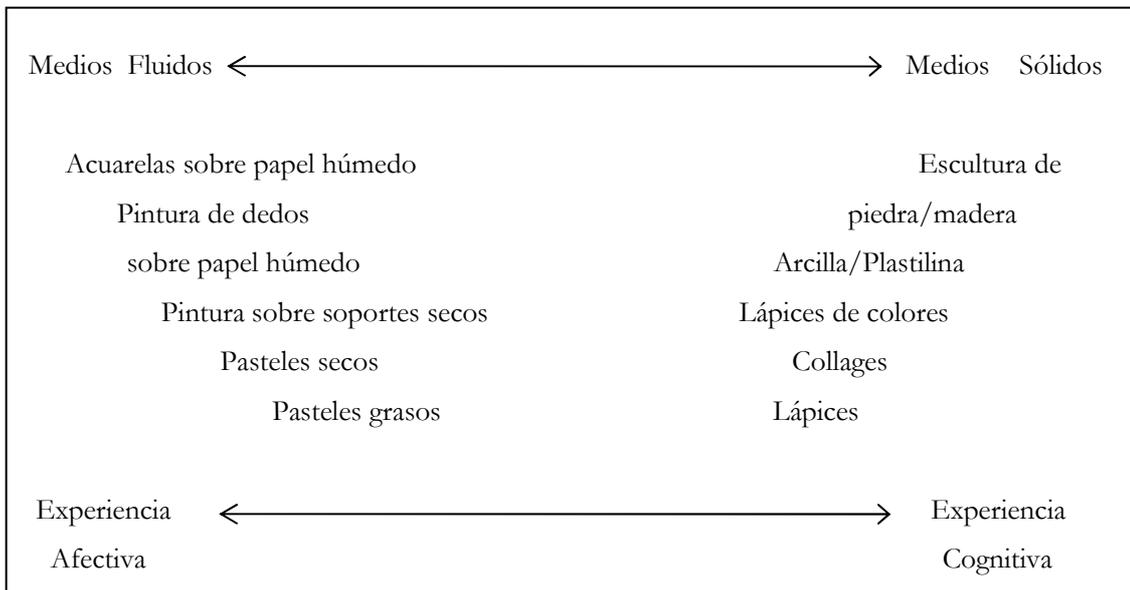
Wadeson (1980) y Dalley (1987) mantienen una opinión parecida a Landgarten.

Wadeson sostiene que los materiales con un grado de dureza alto son más fáciles de controlar. Respecto a los materiales blandos o fluidos, la autora afirma percibir en la mayoría de sus pacientes una mayor tolerancia y aceptación a la incertidumbre. También expone que los objetivos planteados, durante las sesiones, y las características de los usuarios condicionan la elección de los materiales y técnicas plástico-visuales, por parte del arteterapeuta. Cuando se realizan ejercicios de libre asociación o para favorecer la comunicación grupal o familiar, los medios rápidos como pasteles o crayones son los más indicados. Si se pretende potenciar la espontaneidad y creatividad del individuo hay que proporcionar gran variedad de materiales donde se pueda experimentar tamaños, formatos, propiedades, formas distintas de aplicarlos. En el caso de personas con discapacidades físicas, niños muy pequeños o ancianos poco autónomos, se pueden ofrecer materiales de manipulación sencilla como lápices de colores gruesos, ceras o pasteles. Brindar la oportunidad de poder mancharse con las pinturas u otros utensilios puede ser revitalizante para un individuo severamente inhibido.

Tras sus experiencias clínicas, Dalley (1987) y McNiff (1988) han observado que la pintura permite una expresión afectiva más fluida, mientras que los trazos dibujados a lápiz suelen implicar más control.

Kagin y Lusebrink (1978) proponen un esquema donde clasifican las propiedades físicas de los medios plásticos y visuales según su poder evocativo. (Ver tabla nº 19). Cuanto mayor sea la fluidez del medio, más estados emocionales evocará. Los medios más sólidos tienden a contener las emociones y a procesar la información de forma cognitiva.

Tabla nº 19. Clasificación de las propiedades de los medios artísticos propuesta por Kagin y Lusebrink



Kramer (1971) presta una atención especial a las diversas formas de manipular los materiales. La autora establece una clasificación, en la que distingue cinco maneras de utilizar los medios artísticos y su relación con las posibles reacciones psicológicas, que pueden llegar a suscitar en los pacientes:

- *Precursory Activity*, son acciones diseñadas para explorar las propiedades físicas de cada material y así experimentar las sensaciones perceptivas, sin llegar a la creación concreta de configuraciones simbólicas. Garabatear, tocar, esparcir y salpicar pintura o amasar material dúctil se incluyen en esta categoría por sus potenciales estimulantes.

- *Chaotic Discharge*, se trata de la utilización destructiva de los materiales para descargar emociones negativas intensas como la rabia, la angustia o la impotencia. Se puede utilizar la técnica de Dripping, aplastar o golpear materiales blandos, rasgar papeles, romper las obras realizadas y construir con los restos algo nuevo, etc., con una finalidad inminentemente catártica.

- *Art in the Service of Defense*, son producciones que surgen, cuando la persona realiza gestos gráficos convencionalmente estereotipados, como copiar, remarcar, dibujar siempre lo mismo, etc. Señalan que el individuo tiene dificultad en expresar su personalidad abiertamente e incentivan el diálogo sobre aquellos aspectos causantes de bloqueos.

- *Pictographs*, son dibujos que reemplazan o complementan a las palabras como, por ejemplo, un diálogo dibujado entre paciente y terapeuta. Sólo son comprensibles al observador externo si el autor o el terapeuta explican su significado y el contexto en el que surgieron.

- *Formed Expression*, son producciones o actuaciones que contienen un nivel simbólico complejo, cargadas emocionalmente. Propician la autoexpresión y la comunicación, tanto con el terapeuta como con cualquier observador externo.

Otros autores se han centrado en las propiedades terapéuticas de materiales, medios y técnicas concretos. Amari (1986); Anderson (1995); Barnaby (1998); Brock (1991); Elkis-Abuhoff, Goldblatt, Gaydos, Corrato (2008); Henley (2002), Sholt y Gavron (2006), describen en sus trabajos cómo las cualidades físicas del barro revelan material inconsciente, facilitan la expresión de emociones, provocan procesos regresivos y catárticos, desarrollan la capacidad háptica y estimulan la comunicación verbal.

Canal y Ramiro (2004), Fryrear y Corbit (1992, 2005), Glover-Graf y Miller (2006), Krauss y Fryrear (1983), Weiser (2004), focalizan su atención sobre las técnicas fotográficas dentro de un encuadre arteterapéutico.

Berger (1978), Dowrick y Biggs (1983), Fryrear y Fleshman (1981), Helveil (1983), Hinz y Ragsdell (1990), Mampaso (2005), han realizado intervenciones en videoterapia; Chilton (2007), con libros de autor; Mulholland (2004), sobre personajes de cómics e ilustraciones y Kaufman (1996) presenta una experiencia con trabajos tridimensionales contruidos con cajas de cartón.

En líneas generales, Polo Dowmat (2003) considera que las técnicas, materiales y recursos ofrecidos en arteterapia deben poseer las siguientes características:

-Que sean de realización sencilla para ser abordadas con éxito por toda clase de personas, incluso aquellas no experimentadas plásticamente.

-Que propicien la concreción de una imagen eficaz y comunicativa de sus significantes, para su posterior lectura y análisis.

-Que permitan una alfabetización estética, especialmente del arte contemporáneo por ser un producto de nuestro tiempo con gran poder comunicativo de emociones e ideas.

-Que permitan el goce y la satisfacción por el trabajo creativo, favoreciendo la confianza, la autoestima y el sentido de realización personal.

-Que se adapten, por su economía de medios, a los generalmente exiguos presupuestos institucionales e incluso individuales, destinados a este tipo de actividades. (p.19).

El terapeuta debe ser sensible a las necesidades individuales, evitar los materiales frustrantes o que resulten difíciles de manejar y dar seguridad con una aproximación a las cualidades de cada medio. (Cooper y Milton, 2003; Hinz, 2006).

A veces se propone traer el material el cual lleva implícita una historia que también el grupo puede acoger. La variedad de materiales facilita el encuentro con lo que más guste, el arteterapeuta debe facilitar dicho encuentro.

En cuanto a los recursos empleados, arteterapeutas como Alter-Muri (1996), Martínez Díez (2004) o Riley (1999), sugieren la aproximación de los pacientes a las obras de arte por medio de libros, ilustraciones, visitas a galerías, museos, certámenes artísticos, invitación de artistas, etc., como tácticas a explorar con el fin de enriquecer los procesos arteterapéuticos. *“Hacer conocer obras de arte puede motivar a una serie de personas a querer afrontar grandes riesgos en sus creaciones, riesgos que, como han podido comprobar, ya corrieron anteriormente otros artistas”*. (Martínez Díez, 2004, p.61).

4.5. Estructura de las sesiones

Liebmann (1982) afirma que la mayoría de los arteterapeutas¹⁰⁵ suelen estructurar sus sesiones en tres fases diferentes: una introducción, la actividad plástica y el debate en torno a la obra.

Esta estructura es muy similar a la utilizada en el psicodrama de J. L. Moreno, donde se desarrolla una primera fase de calentamiento o preparación, seguida de la fase de representación y una fase posterior en la que se discute lo ocurrido, como los sentimientos experimentados y, sobre todo, las resonancias personales de los participantes, para desdramatizar las situaciones críticas, reconducirlas a la vida real e integrarlas de manera consciente.

Liebmann añade que también existen otros esquemas, según los colectivos tratados, el formato elegido (individual, dual o grupal), el tipo de encuadre, el estilo del arteterapeuta y la institución donde se ubique el taller de arteterapia. Por ejemplo, en el caso de los grupos geriátricos, se puede optar por comenzar con un diálogo que haga revivir los recuerdos, antes de pasar a la realización de la obra o dejar un tiempo previo para la socialización, si se trata de comunidades de discapacitados psíquicos.

En otras ocasiones, puede ocurrir que los programas arteterapéuticos no tengan una estructura definida, ya que los grupos son de carácter abierto, como ocurre en los hospitales psiquiátricos, centros de día o en programas de servicios sociales, en los que las personas que entran se van incorporando con los que ya llevan tiempo, en un constante vaivén.

Brusia (1999) comenta que las sesiones estructuradas son más útiles, cuando los objetivos quedan previamente bien definidos, mientras que en las sesiones de flujo libre los objetivos no quedan definidos no están programados. Ambas posibilidades se estimarán según el tipo de relación terapéutica que se busque.

A pesar de la gran variedad de opciones que se puedan seguir, es importante describir las funciones de cada una de las fases de las sesiones, con el fin de obtener un conocimiento más exhaustivo sobre la aplicación metodológica del arteterapeuta.

¹⁰⁵ Liebmann realizó una encuesta a cuarenta arteterapeutas comentado anteriormente en el apartado de los grupos centrados en un tema.

Nucho (2003) es de las pocas arteterapeutas que ha tratado de describir con cierta profundidad las etapas de cada sesión. Por lo tanto, tomaremos su modelo como referencia. La autora considera oportuno incluir cuatro fases que se desarrollarán a continuación.

1. Unfreezing Phase

Se trata de la fase que inaugura las sesiones. Generalmente se incluye una bienvenida, breve diálogo con los miembros presentes en torno a la recapitulación de las sesiones anteriores o para hablar sobre temas que traigan los participantes.

Es de suma importancia que los componentes se predispongan al trabajo plástico con el fin de establecer la vinculación necesaria con los potenciales creativos, imprescindibles para generar la dinámica arteterapéutica. En la mayoría de los casos y, especialmente, en las primeras sesiones, surgen inseguridades, miedos, prejuicios ante la correcta utilización de los medios plásticos y las supuestas expectativas de carácter estético con las que se suelen asociar las actividades gráficas. Si la persona no ha mantenido contacto con los medios plásticos y visuales desde la escuela la ansiedad puede entorpecer aún más su fluidez creativa.

Son muchos los autores que han reflexionado sobre cómo enfrentarse a las dificultades iniciales en los primeros contactos y qué técnicas podrían ser adecuadas, para facilitar la implicación en la tarea terapéutica durante el transcurso del taller. Cane (1983) sugiere la técnica *The Free Flow Technique*, a través del dibujo de garabatos. Sobre un papel se trazan líneas al ritmo marcado por la muñeca y el brazo con los ojos abiertos o cerrados. Después se observa el dibujo y se intenta descubrir alguna forma reconocible para resaltarla con colores. Winnicott (1971) establece una variante: *Squiggle Game*, que consiste en trazar una línea sobre un papel, animando a los participantes a continuarla por turnos.



Ilustración nº 59. Ejemplo de la técnica *Squiggle Game*.

Brown (1967) aplica *Drew out*, con pacientes esquizofrénicos, a partir de un punto pintado sobre el soporte y evitar así el miedo al lienzo en blanco. Técnica que muestra gran similitud con *Wartegg Technique*, desarrollada por el psicólogo Ehrling Wartegg en 1920 y, posteriormente, rescatada por Marian Kinget (1950). *The Wartegg Technique* consiste en dividir una hoja de papel en ocho partes; en cada zona el arteterapeuta sitúa un elemento visual (una línea recta, un punto, una línea curva, etc), a partir de los cuales se comenzará un dibujo. (Hammer, 1958). Rhyne (1979), invita a la exploración senso-perceptiva de los materiales, de manera que las propias sensaciones sirvan de guía e inspiración. Virshup (1978) trabaja la técnica de Cane, *The Free Flow Technique*, pintando con un cordón mojado en tinta. Edward (1979) propone dibujar con la mano que no se suele usar o copiar una pintura al revés.

Otras prácticas de *warming up* o lo que Kramer (1979) llama *Precursory Activities*, incluyen técnicas de visualización de imágenes, (Lusebrink, 1990; Nucho, 1995), imágenes fotográficas, como *Magazine Photo Collage*, donde Landgarten (1981) presenta una caja con fotografías entre las que los participantes deberán escoger e imaginar lo que sucede en ellas, o a partir de la visualización de obras artísticas.

Otros arteterapeutas combinan diversos lenguajes expresivos. Cane (1983) iniciaba las sesiones con movimientos rítmicos corporales antes de pasar al trabajo plástico. Cohen y Cox (1995) exponen que es importante usar alguna clase de estímulos como la música, el baile, cantar, contar historias o la fantasía y alternarlos con secuencias de actividades plásticas para facilitar la expresión.

Los recursos legados por el arte contemporáneo son una fuente de posibilidades inmensas para conseguir el grado de espontaneidad y fluidez deseado. Un ejemplo claro son las técnicas utilizadas por los surrealistas basadas en el automatismo gestual y rítmico, procedimientos con los que todo arteterapeuta puede contar.

Alter Muri (1996) y Miller (1993) utilizan la Historia del Arte Contemporáneo como una herramienta de *warming-up*. Alter Muri, tras su trabajo con adolescentes, afirma que iniciar las sesiones con temas de discusión en torno al cubismo, dadaísmo, futurismo o surrealismo suscita un gran interés entre los jóvenes, ya que la mayoría se sienten incomprendidos por sus familias y su entorno social, al igual que ocurría con los artistas de las vanguardias.

Miller demostró en su trabajo con pacientes psiquiátricos que introducir Arte Contemporáneo a sus sesiones de arteterapia genera expectación, enriquece las consignas y prolonga el tiempo de producción creativa.

Algunos terapeutas artísticos utilizan el uso de la Historia del Arte como directriz artística, como una introducción en las tareas artísticas. No una historia del Arte de toda la humanidad sino de aquellos momentos u obras que puedan ayudar a las personas a resolver sus conflictos, con algunos aportes sobre la biografía de artistas, discusiones de los estilos artísticos, intentando enseñar obras que puedan tener algún tipo de similitud con la que los clientes y clientas trabajan. (Martínez Díez, 2004, p.61).

En esencia, la fase inicial pretende desinhibir, perder el miedo a cometer errores y esquivar cualquier tipo de reacción, que pueda impedir la conexión con la parte creativa de los asistentes al taller. En ocasiones, la persona puede sentirse bloqueada, no sólo al comienzo del programa, sino en cualquier momento de las sesiones, por lo tanto, muchas de las técnicas expuestas se pueden utilizar también en la fase siguiente.

La disposición del encuadre también ayudará a conseguir la confianza y la seguridad necesarias en todo proceso creativo.

2. Doing Phase

Transcurrida la fase de calentamiento, se pasa a la realización de la o las obras. Este momento se dedica a observar y entender la manera de actuar del sujeto/os frente al desarrollo de la tarea plástica. Por ejemplo, su grado de expresividad y creatividad frente a la diversidad de materiales; sus intenciones; la relación que surge durante el trabajo artístico, respecto a la obra en proceso, el arteterapeuta y el resto de compañeros; emociones que suscita la propia acción creadora: significados, recuerdos, conexiones, dificultades, preocupaciones, ansiedad, susceptibilidad, resistencias, habilidades, etc.

En resumen, ofrecer la posibilidad de expresar, mediante los productos visuales, aquellos sentimientos negativos inconscientes que el sujeto tenga hacia las personas significativas de su vida. De esta manera, las obras plásticas y/o visuales se van a convertir en sus objetos de transferencia, donde todo afecto positivo o negativo se concretará en formas visibles para su posterior revisión.

En esta fase, el arteterapeuta puede participar de dos formas diferentes, con una actuación directiva o no directiva, en consonancia con los niveles de funcionamiento de los usuarios, los objetivos de la sesión, el estado de vinculación alcanzado en la relación arteterapéutica y el enfoque aplicado por el arteterapeuta.

Respecto a los niveles de funcionamiento, Nucho (2004) opina que las personas que tienen un nivel de ego desarrollado o que tienen habilidades artísticas tienden a realizar las actividades de forma no directiva, frente a aquellos que poseen un nivel de ego bajo. También encuentra diferencias entre la población infantil y los ancianos, ya que el nivel de curiosidad de un niño, por regla general, lo predispone más fácilmente al trabajo plástico y a la experimentación no dirigida, en contraposición de los mayores que necesitan ser incentivados para participar. Algunos colectivos, como ocurre con los niños con deficiencias severas pueden verse desbordados ante situaciones no dirigidas, ya que el hecho de tener que seleccionar un material concreto o tomar ciertas decisiones, sin un entrenamiento previo, puede provocarle un estado de ansiedad y dispersión. (Tilley, 1991).

El enfoque adoptado por el arteterapeuta vuelve a ser un factor influyente. Como se observa en el capítulo anterior, en las orientaciones psicoeducativas (conductuales y cognitivas), se percibe una inclinación mayor hacia la directividad en el planteamiento de las sesiones que en el caso de las orientaciones psicoanalíticas o

humanistas. Algo similar ocurre con el trabajo grupal, donde los grupos centrados en un tema enfatizan el uso de consignas, frente a los enfoques grupales analíticos e interactivos.

Buzzaqui (2001) expone que en las terapias grupales, cuando el coordinador adopta una actitud dinamizadora, a través del uso de técnicas activas, sugestivas, asertivas, de habilidades y apoyo, para lograr el cambio, incluso siendo el propio arteterapeuta un agente de cambio, se trata de una conducción directiva. Sin embargo, cuando el arteterapeuta devuelve el liderazgo a los participantes y opera sobre las resistencias del grupo, la actuación se acerca al enfoque no directivo.

A pesar de los factores condicionantes, por regla general, los arteterapeutas suelen hacer uso de ambas técnicas incluso durante una misma sesión según la dirección que vaya tomando el desarrollo de la relación arteterapéutica. *“Los enfoques directivo, no directivo son empleados en igual medida, pero siempre respetando y favoreciendo la espontaneidad, la libertad de creación, la interpretación personal y el espíritu crítico, siendo la flexibilidad una de las notas del entorno, permitiendo oportunidades de involucrarse”*. (Prados Carmona, 2004, p.185).

En las intervenciones directivas, el arteterapeuta plantea las sesiones a partir de una serie de consignas plásticas, previamente estructuradas, con el propósito de conseguir unos objetivos concretos. Por lo tanto, el arteterapeuta decide qué medios se van a utilizar o la temática de la tarea plástica.

Dalley y Case (1992) piensan que el tema da permiso y ofrece un punto de partida para esos clientes nuevos en terapia o los que vienen con ansiedad, ya que perciben una estructura segura, con dirección.

Según Liebmann (1987), trabajar de una manera estructurada puede significar simplemente una regla limitadora, (por ejemplo pintar sólo con tres colores, realizar un collage sin tijeras, etc.) y ayuda a observar las reacciones ante tales condiciones. Este tipo de retos ponen en marcha los mecanismos creativos de la persona, con la intención de hallar soluciones y superar por sí mismo las limitaciones impuestas. *“Durante los procesos de elaboración de la obra se presentarán diversas dificultades, que lejos de constituir un obstáculo, posibilitarán la búsqueda consciente de resolución, lo que sin duda favorecerá la búsqueda de alternativas a los propios problemas”*. (Rigo Vanrell, 2004, p.46).

Con frecuencia, los temas elegidos por el arteterapeuta suelen estar relacionados con lo que ha ocurrido en sesiones anteriores o con las preocupaciones o intereses derivados de los pacientes. La capacidad de escucha, de observación y la

experiencia del arteterapeuta son fundamentales, a la hora de reconducir constructivamente el trabajo plástico de los sujetos.

Por esta razón, Nucho (2004) propone una metodología de trabajo basada en el uso del concepto *Self-system*, como guía para aquellos arteterapeutas con poca experiencia a la hora de estructurar las sesiones.

Self-system, se compone de cinco elementos:

- *Body-Self*, que concierne a los aspectos físicos de la persona y su actuación.
- *Mind-Self*, relacionada con las competencias y habilidades mentales y emocionales.
- *Interpersonal-Self*, hace referencia a las relaciones personales.
- *Achievement-Self*, incluye logros personales, los roles y apoyos que se ejercen con los demás.
- *Transpersonal-Self*, contiene los valores, ideales, referencias sociales y cuestiones éticas.

Cada factor del *Self-system*, puede servir de referencia, a la hora de generar y elegir actividades arteterapéuticas o examinar y descubrir partes del *Self-system* del paciente, que requieran una especial atención.

Nucho (2004) expone algunos ejemplos de consignas o temas utilizados en este método como punto de partida para el trabajo plástico o/y visual:

-*Body Domain*: Autorretrato: realista, abstracto, de hace un año, de hace diez años hasta ahora. Actividad favorita. Vacaciones favoritas. ¿Cómo te retrataría tu mejor amigo?

-*Main Domain*: Un día feliz. Un día realmente triste. Una desilusión. Tres deseos. ¿Qué muestro a los demás de mí mismo? ¿Qué es lo que no dejo ver a nadie de mí mismo? Un telegrama o mail que quiero recibir.

-*Interpersonal Domain*: Retrato de tu familia: realista, abstracto, en movimiento. Mi familia desde hace diez años hasta ahora. Mi mejor amigo. Personas importantes en mi vida. Tú en el colegio. Tú en el instituto. La mejor

casa donde he vivido. Aspectos agradables y aspectos menos agradables de estar soltero/divorciado/viudo.

-*Achievement Domain*: Lugar de trabajo ideal. Tu lugar de trabajo. Si pudieras ser alguien, ¿quién serías? Hacer algo que tus padres aprobasen. El momento donde te sentiste más orgulloso. Una de las situaciones más difíciles en la vida que hayas hecho soportable. Lo que más y menos te gusta del colegio/trabajo/estar jubilado.

-*Transpersonal Domain*: Equipo favorito. Actor/actriz favorita. Un amigo ideal. Una película o espectáculo. Cuento favorito. Vacaciones tristes versus vacaciones felices. Una persona que envidies. Tus necesidades versus tus lujos. Una persona que admires mucho. Collage sobre una persona ideal.

Otros autores como Boyer-Labrouche, (2000), Liebmann (1982), López Fernández Cao y Martínez Díez (2006), Malchiodi (1998), Schottenloher (2004), Sibley (Robbins, 1987) o Trüg y Kersten (2003), también ofrecen en sus obras, temas y actividades plásticas y visuales estructuradas, para ser aplicadas en talleres de arteterapia.

En las sesiones no directivas, el arteterapeuta permite un grado de libertad mayor para que el participante escoja aquellos materiales, temáticas y técnicas, según sus preferencias, sin plantear una estructura preestablecida. La labor del terapeuta artístico consiste en acompañar al paciente, durante el proceso y colaborar en la detención de los obstáculos, para posibilitar a los participantes los cambios pertinentes. El cliente o paciente es el único responsable de sus actuaciones y de la dinámica generada en las sesiones.

Sin embargo, esto no significa que, en ocasiones, pueda ocurrir que el arteterapeuta participe con los integrantes para facilitarles el proceso creativo ante posibles bloqueos, que puedan surgir durante la acción plástica; o lo que Kramer denominó “*using the art therapist’s third hand*”, aplicado también con el *Squiggle Game* de Winnicott. Otros arteterapeutas, como Horowitz (1970), introducen objetos sólidos en las pinturas o dibujos, como casas, árboles, animales, puentes, etc., con la finalidad de aportar seguridad a la persona y tratar de evocar resonancias con alguno de los objetos mostrados.

Independientemente de la modalidad aplicada, el arteterapeuta se mantendrá alerta para no imponer sus criterios o preferencias, ya que esto podría establecer con los pacientes una relación de dependencia perjudicial o liberar tendencias hostiles que

interfieren en el proceso arteterapéutico. Es importante conseguir que la persona logre tener seguridad en sí misma sin imponer su crecimiento o evolución.

3. *Dialoguin Phase*

Tras la finalización del trabajo plástico, se dispone de un espacio temporal para realizar una recapitulación verbal de lo ocurrido en las fases anteriores, ahora concretadas en objetos tangibles que permitirán establecer una distancia, tanto entre sus miembros como de su problemática, y, paradójicamente, acercarlos más a ellos.

La discusión a partir de los productos realizados puede plantearse de muchas maneras, según las variables que se pongan en juego durante el tratamiento (colectivo, institución, orientación del terapeuta, etc.).

Liebmann (1987) aporta, al respecto, que, en ocasiones, se concede a cada persona una parte del tiempo disponible para hablar sobre su obra, y otras veces son todos los participantes los que intervienen en la discusión de las imágenes, tanto propias como ajenas. Esta actuación da pie a la observación compartida de todas las obras con la ventaja de poder intercambiar opiniones, contrastar puntos de vista diversos y tomar conciencia de lo expresado gráficamente. El arteterapeuta permanece como espectador, sin dar a conocer sus opiniones, valores o intereses. *“El arteterapeuta está allí para guiar, provocar y ser testigo de la emergencia asociativa y nunca para dar su interpretación descriptiva y causal”*. (Pain y Jarreau, 1995, p.45).

El diálogo no se centra exclusivamente en los aspectos denotativos o connotativos de las imágenes elaboradas, sino que implica, por parte del paciente, una exposición verbal sobre cualquier sensación, sentimiento o pensamiento significativo surgido durante todo el proceso de construcción. Es decir, se utiliza un enfoque ipsomático para decodificar y procesar la información contenida en el proceso creativo del cliente y en su resultado final.

Nucho (2004) observa varios aspectos en el proceso de diálogo. En primer lugar, se produce un diálogo entre el paciente y la imagen recién acabada. Después, el diálogo se profundiza en la recapitulación verbal del paciente con el arteterapeuta y los demás compañeros. De manera simultánea, el arteterapeuta procederá a analizar y

relacionar, desde su perspectiva teórico-metodológica, aquellos factores inconscientes derivados de la descripción de las imágenes, con la finalidad de seguir descubriendo vías, para elaborar aspectos que hayan generado malestar en la experiencia del paciente.

4. *Consolidación o Cierre*, se revisan y sintetizan las principales ideas que hayan surgido durante la sesión, poniéndole por ejemplo, un título en relación con lo sucedido. En este espacio se deja un tiempo para concretar y resaltar los aspectos trabajados.

4.6. La evaluación en Arteterapia

El proceso de evaluación posibilita a los arteterapeutas recoger y analizar los datos necesarios para planificar la dirección de la terapia y establecer qué estrategias pueden ser las más efectivas, para llevar a buen puerto los objetivos del tratamiento.

Feder y Feder (1998) exponen que las funciones generales de la evaluación en arteterapia deben guiar y dirigir el tratamiento para:

- Determinar los problemas y necesidades de la persona (paciente/cliente/miembros del grupo).
- Predecir comportamientos futuros.
- Supervisar el cambio.
- Conocer cuándo se debe parar el tratamiento.
- Aprender cómo mejorar los métodos y técnicas empleados en la terapia artística.

4.6.1. Momentos de la Evaluación

La evaluación se puede llevar a cabo en diferentes momentos del tratamiento. Sabatella (2003) especifica en su investigación sobre los procesos de evaluación en el

campo de la musicoterapia¹⁰⁶ que cada momento del plan de evaluación tiene sus funciones concretas:

- *Evaluación Inicial:* Se suele realizar antes del tratamiento o en las primeras sesiones. Su objetivo consiste en conocer al paciente, observar sus potencialidades e identificar sus necesidades. Esta fase ayuda a planificar, organizar y poner en marcha el proceso arteterapéutico, el enfoque que se va a utilizar, el formato, la frecuencia, la duración de las sesiones, las técnicas, materiales más adecuados. También es de utilidad para descubrir si la terapia artística puede representar un beneficio a la persona o si es preferible probar con otras modalidades terapéuticas.

- *Evaluación continua:* Se lleva a cabo periódicamente, al final de cada sesión o en espacios temporales más prolongados con el fin de examinar los progresos del paciente. La observación del proceso de realización de imágenes y las obras resultantes, proporcionan información al arteterapeuta sobre la efectividad del tratamiento, ayudan a tomar decisiones, a partir de la experiencia y a introducir los ajustes necesarios que permitan definir, con más precisión, los objetivos propuestos inicialmente. También orienta al arteterapeuta sobre su propia actuación y a reconocer cuándo ha de concluir la terapia.

- *Evaluación final:* Tras el análisis de todos los datos, tanto verbales como no verbales, se revisan los logros obtenidos y los aspectos que han quedado sin resolver a lo largo de todo el programa. Después, se suele redactar un informe final con la descripción cronológica de las sesiones, los aspectos relevantes sobre la evolución plástica de las obras, las conclusiones y recomendaciones.

¹⁰⁶ Aunque la autora define esta clasificación para un plan de evaluación en musicoterapia también se puede aplicar a cualquier terapia creativa como el arteterapia, danzaterapia, dramaterapia, etc.

Desde una perspectiva profesional, la presentación de informes de evaluación, sean escritos o verbales, formales o informales, son una responsabilidad del musicoterapeuta. (...). Bajo esta perspectiva, la evaluación del paciente no sólo documenta los cambios que se producen como resultado de un tratamiento comprobando su efectividad, sino que se convierte en un medio o una herramienta que aporta credibilidad y desarrollo profesional ayudando a definir y consolidar una identidad profesional al compartir dicha información con el equipo profesional. (Sabatella, 2003, p.238).

4.6.2. Áreas de Evaluación

Otro apartado importante son los aspectos generales que se suelen evaluar del paciente. El arteterapeuta y la persona involucrada en la terapia artística pueden descubrir, gracias a la valoración derivada durante la interacción con los medios artísticos, una serie de datos que con otro tipo de intermediarios no se podrían lograr. La experimentación con los materiales plásticos y las imágenes suelen tener una repercusión inmediata a nivel perceptivo, emocional, cognitivo, expresivo y creativo en el individuo, lo que facilita la manifestación de reacciones y comportamientos que ayuden a conocer y encauzar sus necesidades.

La propuesta de la musicoterapeuta Hanser (1999) puede servir como marco de referencia teórico, para realizar la siguiente adaptación, enfocada a las áreas personales que se pueden evaluar en una intervención de arteterapia:

- *Físico*: Se centra en la evaluación de aspectos relacionados con el desarrollo sensorio-motor y perceptual.
- *Emocional*: Permite prever las respuestas emocionales de la persona ante la manipulación y uso de los medios plástico-visuales.
- *Cognitivo*: Aporta información sobre los procesos de pensamiento, los estilos de aprendizaje, las creencias, valores, etc, que se activan con los diferentes medios artísticos.

- *Psico-social:* Evalúa la atención, el autoconcepto, la autoestima, autoconciencia, participación, cooperación, habilidades interpersonales, relación con los compañeros y con el arteterapeuta.

- *Comunicación:* Formas de expresión verbal y no-verbal, el lenguaje expresivo y receptivo que manifiesta la persona o el grupo en la interacción con las técnicas y materiales visuales y plásticos.

- *Creativo:* Análisis de las habilidades creativas observadas durante la realización de las obras plástico-visuales, con la finalidad de ofrecer recursos útiles a las necesidades expresivas del individuo. También, para poder valorar su forma de percibir, sus intereses, preferencias, respuestas, temas reincidentes, actitud a la hora de resolver un problema plástico-visual, resistencias o predisposición hacia determinadas técnicas, etc.

La evaluación puede centrarse en algún área concreta dependiendo de las características y demandas de cada individuo o grupo.

4.6.3. Métodos de Evaluación

En 1988, Isenberg-Grezda identifica cinco parámetros que influyen en la aplicación de los métodos de evaluación, dentro del ámbito de la musicoterapia pero extensibles al resto de las terapias creativas.

- *Población:* Muchos de las técnicas e instrumentos de evaluación están enfocadas específicamente a ciertos núcleos de población: niños, adolescentes, adultos, ancianos, parejas, familias, estudiantes, enfermos mentales, personas con discapacidades psíquicas, etc.

- *Área de evaluación:* Las pruebas tratan de determinar el grado de funcionamiento físico, cognitivo, emocional, creativo, etc., de los pacientes.

- *Orientación teórico-metodológica*: Cada modelo presenta sus propios procedimientos de evaluación según la experiencia del arteterapeuta y de la institución donde trabaje.

- *Técnicas*: Algunas evaluaciones se centran en el uso de técnicas artísticas específicas para observar las respuestas del individuo hacia las consignas, la utilización de los materiales o de la obra resultante.

- *Necesidades de la institución y el rol del arteterapeuta* en dicha institución.

4.6.3.1. Técnicas e Instrumentos de Evaluación

En relación a los parámetros citados, los arteterapeutas utilizan gran diversidad de métodos de evaluación, ya que su uso relativamente común, ayuda a demostrar el progreso del cliente y a mejorar la calidad del tratamiento. (Gantt y Tabone, 2003).

Las técnicas e instrumentos elegidos dependen del tipo de información que se quiera evaluar. Como en cualquier otra disciplina, en arteterapia se utilizan tanto las evaluaciones de carácter cuantitativo, con datos formulados numéricamente, y las evaluaciones cualitativas, expresadas textualmente. Ambas formas de evaluación suelen ser complementarias, ya que las deficiencias de una cubren las de la otra y viceversa. La evaluación cuantitativa tiende a realizar valoraciones generales de utilidad para la presentación de resultados finales, lo que permite mayor facilidad a la hora de tabular, comparar y extraer datos globales sobre la efectividad del tratamiento. La evaluación cualitativa se detiene más en los matices, motivos y razones del proceso arteterapéutico de una forma abierta, sin embargo, resulta más complejo tratar y sistematizar los datos recogidos.

- Entre los instrumentos más utilizados por los arteterapeutas se encuentran los métodos de carácter cualitativo y los cuantitativos.

A) Instrumentos Cualitativos de evaluación arteterapéutica:

- La Observación y el registro de las sesiones

El ambiente natural en el que se desenvuelve todo el proceso arteterapéutico, constituye la fuente primaria para la labor del arteterapeuta como observador directo y participante, convirtiéndose en un instrumento básico para la evaluación. La observación directa es una técnica de recogida de datos de gran complejidad. (Ball, 2002). El arteterapeuta tiene que percibir las diversas dimensiones del comportamiento humano: actitudes, intereses, sentimientos, carácter y otros atributos de la persona dentro de la relación triangular. Si el formato elegido es grupal, además de obtener datos de cada participante, la observación irá dirigida hacia los fenómenos generados durante la interacción del grupo, respecto a la tarea plástica a realizar; se suele atender al grado de cooperación, de pertenencia, pertinencia, liderazgos, roles, etc.

Al finalizar cada sesión se registran por escrito los acontecimientos relevantes. La realización de fotografías sobre las obras terminadas ayuda a recordar los sucesos de cada sesión, a ordenarlos y sintetizar la información obtenida. Los datos registrados sirven de guía al arteterapeuta y son de gran utilidad para la evaluación continua. También pueden ser contrastados con otras fuentes de información obtenidas en tests psicométricos, entrevistas, técnicas proyectivas, etc.

La arteterapeuta Alba Delgado (2004) presenta el diseño de dos fichas de registro, una para el seguimiento individual y otra para el conjunto de participantes (ver tablas nº 20 y nº 21). En ambas se recogerán los datos más destacables de la observación de cada sesión. Este tipo de instrumentos ayudan a organizar la información para su posterior valoración.

Tabla nº 20. Modelo de ficha de registro individual. (Delgado, 2004)

FICHA INDIVIDUAL:	FECHA:
MATERIALES: NIVEL DE CONCENTRACIÓN: LENGUAJE CORPORAL: REPETICIONES DE LAS OBRAS: PARTICIPANTES: INTERVENCIONES:	

Tabla nº 21. Modelo de ficha de registro grupal. (Delgado, 2004)

FICHA GRUPAL:	FECHA:
ESPACIO: TIPO DE GRUPO: TIPO DE SESIÓN: MATERIALES: CONCENTRACIÓN EN LA TAREA: NÚMERO DE INTERVENCIONES: TIEMPOS MUERTOS, SABER ESPERAR: ANSIEDAD QUE GENERA EL GRUPO: REPETICIONES EN LA MANERA DE ACTUAR: REPETICIONES EN LAS OBRAS: MIEDO, DESORIENTACIÓN, AISLAMIENTO: DESEOS PARA EL FUTURO: RELACIÓN CON OTROS PARTICIPANTES: APOYO QUE NECESITA EL GRUPO O CADA PARTICIPANTE CONSIDERAR LA IMPORTANCIA DE LA PRIMERA SESIÓN:	

- Pruebas plásticas estructuradas en serie.

Ulman (1996) desarrolla, en 1965, uno de los primeros métodos de evaluación para formatos individuales en arteterapia: *The Ulman Personality Assessment Procedure, (UPAP)*. Su método consiste en realizar una secuencia de cuatro dibujos dirigidos durante una única sesión. Los dibujos se elaboran con la técnica de colores pastel sobre una hoja

de papel de 18 x 24 pulgadas. La serie se compone de: (1) *Free drawing*, (2) *Draw movements*¹⁰⁷, (3) *Rhythmic scribble*, (4) *Elegir entre Free scribble o drawing*. Después la persona comenta con el terapeuta y el grupo lo ocurrido en el proceso y sobre los dibujos resultantes. Los datos recogidos durante el espacio de reflexión sirven al arteterapeuta para la evaluación inicial.

Otro método pionero fue *Kramer Art Therapy Evaluation (KATE)*, elaborado por Kramer (1979). La arteterapeuta sugiere una serie de tres tareas plásticas, la primera mediante la técnica del dibujo, la siguiente con una técnica pictórica y para finalizar una construcción a partir del modelado con arcilla. El orden puede variar según las características de la persona evaluada.

Betensky (1995) designa *Art Therapy Diagnostics*, al conjunto de tareas agrupadas según las edades de los pacientes. Para niños entre tres y seis años: (1) *Exploring materials*, (2) *Free drawing & painting*, (3) *Clay*, (4) *Dollhouse play & Story*, (5) *Family Drawing*.

Para niños entre siete y diez años: (1) *Free media experimentation*, (2) *Free drawing*, (3) *Scribble drawing*, (4) *Family picture*, (5a) *Work with pipe cleaner*, (5b) *Free Clay Modelling*, (6) *H-T-P*¹⁰⁸ (con lápices y ceras), (7) *Grouping Game*.

Para pre-adolescentes, adolescentes y adultos: (1) *Colors- Forms Blocks*, (2) *Poster Paints*, (3) *Free Picture*, (4) *Free Clay Sculpture*, (5) *H-T-P* (con lápices y ceras), (6) *Self in the world scribble*, (7a) *Adolescent Window Triptych*¹⁰⁹, (7b) *Family realist*¹¹⁰, (8) *Family abstract*¹¹¹, (9) *Colored Sociogram*¹¹², (10) *Free Draw*.

Al igual que en *Ulman Personality Assessment Procedure*, tras la realización de las consignas se hace una puesta en común de lo sucedido durante todo el proceso.

Levick (1983a), influenciada por Anna Freud y Piaget, aplica en su trabajo con niños *Levick Emotional and Cognitive Art Therapy Assessment (LECATA)*, estructurado en seis consignas: (1) *Dibujo libre acompañado de una historia*, (2) *Autorretrato*, (3) *Garabateo con un solo color*, (4) *Pintura creada a partir de un garabato*, (5) *Un lugar donde te gustaría estar*, (6) *Un lugar importante para ti y la familia (para edades entre seis a once años)*.

Rubin (1984) y Silver (1983) también plantean pruebas de evaluación inicial, compuestas por consignas estructuradas para valorar los aspectos cognitivos, principalmente en población infantil.

¹⁰⁷ Se dibuja imaginariamente siguiendo los movimientos del brazo sobre el espacio sin soporte.

¹⁰⁸ Test proyectivo de la casa, el árbol y la persona, (House-Tree-Person).

¹⁰⁹ Pinturas sobre cómo se ve la persona en el pasado, el presente y el futuro.

¹¹⁰ Dibujo figurativo de la familia.

¹¹¹ Dibujo abstracto de la familia.

¹¹² Dibujo sobre uno mismo y los amigos.

En relación a los métodos de evaluación para grupos, destaca el método de Hanna Yaxa Kwiatkowska (1978), que, influenciada por el trabajo de Ulman, diseña *Family Art Evaluation*, (FAE) en 1967, para clarificar los procesos dinámicos en los grupos familiares. Los participantes realizan una serie de seis dibujos: (1) *Dibujo libre*; (2) *Dibujo de tu familia*; (3) *Retrato abstracto de tu familia*; (4) *Dibujo a partir de garabatos*; (5) *Dibujo conjunto a partir de un garabato*; (6) *Dibujo libre*. Tras concluir las consignas propuestas, el arteterapeuta facilita la discusión con la familia sobre el trabajo realizado.

Otros procedimientos de evaluación arteterapéutica con temática y estructura similares son: *Family Art-Based Assessment (FABA)* de Rubin y Magnussen (1974); *Family Sculpt Technique* (1983), de Keyes donde se incorporan técnicas tridimensionales, principalmente arcilla, assemblages, collages y objetos encontrados; *Family Art Diagnostic*, (1987) de Landgarten; *Diagnostic Drawing Series (DDS)*, de Cohen, Hammer, y Singer, (1988); *The Brief Art Therapy Evaluation (BATSE)*, de Gerber, (1994).

También existen otros procedimientos estructurados en serie, pero con temáticas diferentes: Wadeson (1980) emplea en programas de arteterapia con parejas *Art Evaluation Battery for Couples*; Spring (1993), *Art Therapy Assessment With Rape Victims*, dirigido a poblaciones de mujeres con signos de abuso sexual y los métodos de Peterson y Harding (1997), destinados a niños que sufren o han pasado por procesos de dolor físico, descritos en su obra *Children in distress: A guide for screening children's art*.

- La Entrevista

Quail and Peavy (1994) y Fenner (1996) aplican entrevistas no estructuradas como método de evaluación. Silver utiliza *Draw A Story* (DAS, 1988, 1993, 2002) que consiste en una entrevista semiestructurada, en la que se muestran dibujos para estimular la comunicación y conseguir respuestas relacionadas con los dibujos. Según Betts (2003), esta metodología ha tenido un considerable impacto en el campo del arteterapia.

A pesar de los ejemplos mostrados hay una escasez de métodos de evaluación arteterapéuticos basados en entrevistas normalizadas. Este hecho inclina a los profesionales a utilizar cuestionarios propios del campo de la psicología. Feder y Feder (1998) afirman, al respecto, que urge el diseño y la normalización de cuestionarios adaptados a las necesidades de los tratamientos arteterapéuticos, convirtiendo este terreno en un campo de investigación por explorar.

- *El Portafolios*

El uso de la revisión del portafolios para la evaluación continua y final, propuesto por la educación artística tiene implicaciones útiles para la terapia de arte, (McNiff, 1998a). Los profesores de educación artística suelen revisar las obras de sus estudiantes a lo largo del curso escolar como método de evaluación. La revisión de los portafolios, en la terapia de arte, trae consigo la unión de obras creadas por el cliente y permite rastrear los cambios y la evolución de las obras en conjunto, así como la temática que sugieren.

McNiff sugirió que la revisión puede ser beneficiosa, porque proporciona una fusión comprensiva de las interpretaciones del cliente, de su propia obra de arte, las valoraciones, y las transcripciones de sesiones. El portafolios permite al terapeuta comprender los planteamientos del cliente, los problemas que presenta, las evidencias de su progreso, etc. Este método sería muy apropiado para el uso de tratamientos a largo plazo, ya que permite observar las obras realizadas en un periodo largo de tiempo.

B) Instrumentos Cuantitativos de evaluación arteterapéutica

- *Tests proyectivos*

En el campo del arteterapia, los test proyectivos se suelen utilizar para realizar evaluaciones iniciales con la finalidad de obtener información previa sobre el usuario. (Feder y Feder, 1998; Rubin, 1999). Entre los más aplicados por los arteterapeutas se encuentran: *Test de la Figura Humana*, (Goodenough, 1926; Machover, 1949), *Test HTP: House-Tree-Person*¹¹³ (Buck, 1948), *Family Drawing* (Appel, 1931; Wolff, 1942), *Kinetic Family Drawing*, *Kinetic House-Tree-Person-Drawing*, (Burns and Kaufman, 1970), *Parents' Self-Centered Circle Drawing* (Burns, 1990), *The Prospective Kinetic Family Drawing* (Burns, 1992), *Draw-a-Group Test* (Hares, 1956), *Draw a Member of a Minority Group* (Hammer, 1958), *Kinetic School*

¹¹³ Casa- Arbol- Persona.

Drawing (Prout y Phillips, 1974), *Draw a Classroom y Teacher, Doctor, Policeman*, revisados por Klepsch y Logie en su obra *Group Values through Children's Drawings* (1982).

- Escalas de medida

Ulman no llega a estandarizar el *UPAP* como un sistema de escala de medidas cuantitativo, sin embargo sirvió como referente para el desarrollo posterior de otras pruebas como *Dent Kwiatkowska Rating Manual*, donde la arteterapeuta Kwiatkowska establece una escala normalizada de medidas para cuantificar los datos obtenidos en *Family Art Evaluation*, (FAE) y obtener porcentajes numéricos de cada ítem.

De forma análoga ocurre con la escala normalizada de medidas *Kramer Art Therapy Evaluation Scale*, desarrollada por Anderson (1983) a partir del método utilizado por Kramer en *Kramer Art Therapy Evaluation* (KATE). *DDS Rating System* elaborada por Cohen, (1986/1994), también se aplica en conjunto con *Diagnostic Drawing Series* (DDS). (Betts, 2005).

Entre otros instrumentos similares se encuentran: *The Descriptive Assessment of Psychiatric Artwork* (DAPA), de Hacking y Foreman (2000), empleado en trabajos plásticos espontáneos. Se estructura en cinco escalas medibles: Color, Intensidad, Líneas, Áreas y Tono Emocional.

Gantt y Tabone (1998) utilizan *The Formal Elements Art Therapy*, (FEATS), para medir los resultados obtenidos en la prueba empleada por Lowenfeld, *Person Picking an Apple From a Tree* (PPAT). Se compone en catorce escalas.

La utilización de estos procedimientos exige el cumplimiento, por parte del arteterapeuta, de una serie de responsabilidades ético-profesionales. La *Asociación Profesional Española de Arteterapeutas*, (ATE, 2002)¹¹⁴, contempla el compromiso ético del arteterapeuta en el apartado número tres del *Código Ético* dedicado a los métodos de evaluación.

A pesar de la variedad de usos y los claros beneficios que aportan las valoraciones al tratamiento arteterapéutico, sin embargo, hay algunas cuestiones inconclusas.

La musicoterapeuta Sabatella (2003) afirma que no existen criterios consensuados en cuanto a:

¹¹⁴ Se pueden localizar en la web: <http://www.arteterapia.org.es/codigoetico.pdf>.

- a) Enunciados de criterios de evaluación unificados.
- b) Estandarización de aspectos relevantes a ser evaluados de cada patología.
- c) Instrumentos de evaluación más adecuados para cada una de las patologías.
- d) Aunar la vertiente artística, terapéutica y científica en un mismo proceso es una labor de gran complejidad.

Estas afirmaciones podrían aplicarse perfectamente al ámbito del arteterapia, cuya trayectoria histórica se encuentra aún menos desarrollada que la emprendida por la musicoterapia.

Otros asuntos pendientes, dada la juventud del campo disciplinar arteterapéutico, se deducen del trabajo de investigación realizado por Betts (2005), basado en la revisión bibliográfica sobre los métodos de evaluación en arteterapia. Los resultados revelan que los arteterapeutas todavía se encuentran en una fase naciente a la hora de entender las valoraciones y de tasar los instrumentos. En el entorno de la terapia artística todavía no se ha producido la investigación suficiente para determinar si las valoraciones y los instrumentos de evaluación pueden proporcionar bastante información sobre los clientes o medir el proceso de cambio que el paciente pueda experimentar durante la terapia. La autora recomienda que los investigadores continúen explorando, tanto los enfoques cuantitativos como los de índole cualitativa.

Feder y Feder (1998) añaden que los arteterapeutas ubicados, tanto en ámbitos psiquiátricos, como en entornos educativos suelen trabajar dentro de un equipo interdisciplinar, donde predominan los métodos de evaluación verbales aplicados por los psiquiatras, psicólogos o educadores. Sin embargo, la mayoría de los arteterapeutas suelen dar más importancia a los procesos no verbales ocurridos durante las sesiones, por lo que sería necesario introducir métodos de evaluación propios del arteterapia, que contemplen dichos aspectos y conseguir, así, una autonomía como profesionales independientes, con valoraciones que recojan otro tipo de datos, para contemplar, desde otras perspectivas, los problemas del cliente y enriquecer la información aportada por el resto de especialistas.

La revisión de la literatura, en algunas de las primeras herramientas ampliamente utilizadas, indica que el uso de las técnicas proyectivas y los instrumentos basados en el arte son cuestionables a la hora de demostrar su validez y fiabilidad.

Hagood (2002) encuentra que en las investigaciones, en las que se han empleado herramientas de evaluación arteterapéuticas han sido sobre poblaciones muy pequeñas. Muchos estudios concluyen con resultados inaceptables, recomendando

investigaciones con una extensión de población mayor. Hacking (1999) apunta que además, algunos investigadores no admiten públicamente los fallos de su trabajo y continúan enseñando a otros el uso de sus valoraciones, a pesar de esos fallos. Añade, que es de suma importancia poder compartir los detalles de estas investigaciones, para poder mejorar la calidad de las valoraciones.

Algunos de los problemas relativos a los instrumentos de valoración en arteterapia están relacionados con la falta de rigor científico. Muchas herramientas son, generalmente, deficientes y no proporcionan datos que apoyen su validez y fiabilidad, además de no tener apoyo en una teoría psicológica creíble. (McNiff, 1998).

Gantt y Tabone (1998) opinan que las pruebas proyectivas no contemplan el contexto del paciente y el terapeuta puede inclinarse hacia la interpretación subjetiva. Los esfuerzos por establecer vínculos entre los elementos visuales y las pruebas diagnósticas psiquiátricas se deben abandonar en el ámbito arteterapéutico. Rubin (1987) también afirma la importancia de observar con una mente abierta y sin categorizar la experiencia del arteterapia hasta que los temas centrales empiecen a emerger.

Kaplan (2003) afirma que la riqueza de información simplemente puede ser recogida discutiendo la obra con el cliente.

Otros problemas son desde aspectos más teóricos o filosóficos: Burt (1996) ha defendido que los instrumentos basados en las valoraciones diagnósticas cuantitativas despersonalizan la información sobre el paciente, ya que no suelen incorporar los elementos subjetivos, como los comentarios propios del cliente o de sus obras plástico-visuales.

En los países más avanzados como EEUU e Inglaterra, la evaluación es uno de los temas de discusión más importantes y controvertidos. En EEUU, se encuentran posturas divergentes sobre la gran variedad de métodos utilizados por los arteterapeutas, entre los que se encuentran los de diagnosis a través del dibujo. (Horovitz, Agell, Gantt, Jones y Wadeson, 2001).

Para los británicos el proceso arteterapéutico es el centro de la evaluación. En contraposición con los americanos, los arteterapeutas ingleses, generalmente, no están de acuerdo con el uso de obra plástica para el diagnóstico y se sorprenden del uso tan común en los EEUU (Hagood, 1990), (Burleigh & Beutler, 1997). Consecuentemente el uso de las pruebas diagnósticas no está muy extendido entre los arteterapeutas ingleses.

El empleo de las nuevas tecnologías y la aplicación de técnicas de meta-análisis se sugieren como vías posibles, para mejorar las pruebas *Art-Based* y los tests proyectivos. (Betts, 2005). Otras alternativas propuestas por Neale y Rosal (1993) serían:

- El uso de criterios objetivos para anotar las variables.
- El establecimiento de fiabilidad del interrater.
- La colección de datos de un número amplio de asuntos.
- La duplicación de colección de los datos y procedimientos de análisis, apropiados para establecer la efectividad y fiabilidad de los dibujos proyectivos.

SEGUNDA PARTE: PROCESO EMPÍRICO



“El hombre ha estado siempre interesado en compenetrarse con su medio ambiente y en entender la naturaleza de los fenómenos que se presentan ante sus sentidos”.

(Cohen y Manion, 1990, p. 23)

Capítulo 5. Descripción del Proceso Empírico

Introducción

En el presente capítulo se describe el desarrollo del proceso empírico seguido en la investigación. En primer lugar, se expone el enfoque metodológico basado en un diseño no experimental descriptivo apoyado por la herramienta de recogida de datos de un cuestionario que será cumplimentado voluntariamente por una muestra de arteterapeutas colaboradores.

Tras justificar la orientación metodológica de la investigación, se presenta una estructuración planificada y secuenciada por fases de las tareas realizadas que, a su vez, han constituido el protocolo seguido durante todo el proceso empírico.

A continuación, se explica con más detenimiento el diseño de la muestra seleccionada donde se presentarán los criterios de inclusión y el perfil de los profesionales participantes. Después se detallará el proceso metodológico seguido en la elaboración del cuestionario, *La intervención profesional del Arteterapia en España*: su estructura, contenido, formato, estilo, estrategias para su validación (Juicio de expertos y Prueba piloto).

El capítulo finaliza con la exposición de los procedimientos aplicados en el tratamiento de la información recogida: la codificación, la realización de una base de datos con el programa SPSS/PC versión 15 y el grado de fiabilidad del cuestionario.

5.1. Enfoque Metodológico del proceso empírico

Tras el exhaustivo rastreo documental realizado en el marco teórico se ha observado que no existe bibliografía específica que describa qué metodología utilizan los arteterapeutas dentro del contexto español y cómo planifican sus intervenciones.

Condición que estableció la necesidad de realizar un estudio empírico con la aplicación de un diseño metodológico que permitiera el acceso a dicha información.

Por esta razón, el enfoque metodológico aplicado en el proceso empírico es de tipo no experimental descriptivo. Se ha utilizado la modalidad de encuesta de diseño transversal o transeccional, ya que se ha llevado a cabo en un periodo temporal concreto¹¹⁵. *“Un estudio transversal es aquel que produce una fotografía instantánea de una población en un momento determinado”*. (Cohen y Manion, 1990, p.103).

La herramienta seleccionada para la realización de la encuesta ha sido un cuestionario cuantitativo de rasgos cualitativos. Su objetivo principal ha sido recoger información general de los arteterapeutas representantes de una muestra sobre su práctica profesional, por ser la principal fuente para conocer de forma directa su estilo de trabajo, que, por otra parte, no se encuentra reflejado en la bibliografía y fuentes de documentación existentes. El cuestionario es la herramienta de recogida de datos más utilizada en la investigación por encuesta. *“Con él se pretende conocer lo que hacen, opinan o piensan los encuestados mediante preguntas realizadas por escrito y que pueden ser respondidas sin la presencia del encuestador”*. (Buendía, Colás y Hernández, 1998, p.124).

La utilización del cuestionario se ha considerado idónea para investigar el problema planteado, al reunir las siguientes ventajas subrayadas por Buendía, Colás y Hernández (1998); Corbetta (2007); García Ferrando (2000):

- Poder generalizar los resultados a una población determinada, en este caso, la población de arteterapeutas.
- Acceder a unos datos, cuando no es posible la observación directa por motivos contextuales o económicos. Contactar in situ y de forma personal con cada uno de los arteterapeutas encuestados hubiera sido una labor ardua y muy costosa: por la distinta ubicación geográfica de muchos de ellos y del investigador; problemas de sincronización investigador-encuestado; disponibilidad de recursos económicos; etc. Por otra parte, el cuestionario es una forma de recoger información creíble a un coste relativamente bajo.
- Recolectar información de los participantes, que por medio de preguntas precisas contesten a lo que la investigadora desea conocer: cuál es la orientación metodológica seguida, cómo realizan sus intervenciones arteterapéuticas, cuál es su situación profesional, su formación, etc., pudiendo

¹¹⁵ Ver el apartado 5.2.

recoger datos sobre muchas variables sin que el tiempo y el coste aumenten excesivamente.

- Facilitar las respuestas a los encuestados, al poder cumplimentarlas cuando deseen.

- Asegurar la confidencialidad por su carácter de anonimato.

Por lo tanto, el uso de la metodología e instrumento elegidos van a permitir recoger una información que actualmente se encuentra poco accesible y dispersa en los medios documentales disponibles.

Por una parte, la elección de la metodología descriptiva resulta apropiada en el presente estudio porque sus resultados van a facilitar:

- a) La identificación de problemas.
- b) Realización de comparaciones y evaluaciones.
- c) Planificación de futuros cambios y toma de decisiones. (Van Dalen y Meyer, 1981).

Además de dejar abierta la posibilidad de sugerir nuevas hipótesis de trabajo y detectar asociaciones entre las variables. (Colás Bravo y Buendía Eisman, 1994).

Por otra parte, el carácter integrativo del cuestionario va a permitir:

a) Desde su perspectiva cuantitativa: Desarrollar un procedimiento de medida para obtener datos numéricos susceptibles de ser analizados a través de técnicas estadísticas que aseguren su objetividad.

b) Desde su enfoque cualitativo: Descubrir el significado de algunos resultados a partir de los puntos de vista de los participantes, para profundizar y comprender mejor algunos de los fenómenos estudiados, recogiendo los datos en forma de texto. *“En un campo interdisciplinario, todas las metodologías de investigación son valoradas por su utilidad potencial para el desarrollo del conocimiento”*. (McMillan y Schumacher, 2005, p.27).

Por último, añadir que las investigaciones en Arteterapia se han desarrollado desde una amplia variedad de orientaciones y metodologías. La interconexión de disciplinas implicadas en sus raíces epistemológicas (ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas) exige, en cierto modo, asumir los diversos enfoques científicos utilizados por las mismas, en ocasiones, considerados opuestos entre sí (cualitativos versus cuantitativos, arte vs. ciencia, subjetivo vs. objetivo, heurístico vs. fenomenológico, etc.). (McNiff, 1998a). Ante la pluralidad de aproximaciones que plantea en sí mismo el campo de conocimientos arteterapéuticos, los objetos de investigación generados por las terapias creativas demandan un abordaje que consiga integrarlas. (McNiff, 1998a).

5.2. Planificación y secuenciación de la encuesta

La elaboración del diseño metodológico y puesta en marcha de la investigación ha seguido un protocolo estructurado en nueve fases expuestas en la tabla nº 22.

Tabla nº 22. Fases seguidas en la elaboración de la encuesta

FASES	PROCEDIMIENTOS	SECUENCIACIÓN
1ª	Entrevistas informales e intercambio de información con profesionales en la materia	Noviembre de 2004 a diciembre de 2006
2ª	Análisis y categorización de los datos recogidos	Enero a julio de 2007
3ª	Elaboración del cuestionario preliminar	Agosto de 2007 a noviembre de 2007
4ª	Validación por jueces expertos	Diciembre 2007
5ª	Prueba Piloto	Enero 2008
6ª	Distribución de los cuestionarios: Trabajo de campo	Febrero 2008
7ª	Finalización del proceso de recolección de datos	Junio 2008
8ª	Codificación de las preguntas y depuración de los cuestionarios	Julio 2008
9ª	Procesamiento, análisis de los datos y redacción del informe	Agosto de 2008 a Marzo de 2009

5.3. Consideraciones preliminares de la encuesta

Antes de llevar a cabo la aplicación de la encuesta, se consideraron una serie de requisitos previos, resumidos en dos premisas básicas: el propósito de la encuesta y los recursos disponibles.

5.3.1. Propósito de la encuesta

Uno de los retos principales de la investigación consistió en la preparación del contenido de la encuesta, sin tener modelos aplicados con anterioridad que reflejasen todos los aspectos significativos sobre el estilo de trabajo de los arteterapeutas encuestados. Con esta finalidad, se tomaron una serie de decisiones previas, en relación a las cualidades que debía adoptar el instrumento de medida:

- 1) Plantear una encuesta basada en un cuestionario autocumplimentado lo suficientemente interesante, para conseguir que todos los participantes se sintieran implicados en los aspectos expuestos en el mismo.

- 2) Intentar establecer un número, no excesivamente extenso, de las cuestiones más significativas, elaboradas a partir de la revisión bibliográfica y de los contactos establecidos con profesionales en la materia. Preguntas centradas, prioritariamente, en sus prácticas metodológicas, complementadas con otros aspectos que pudiesen afectar a su labor arteterapéutica como su formación académica y la situación profesional en la que se encuentran para desarrollar su labor.

- 3) Diseñar el cuestionario con un formato atractivo, ágil y flexible, con una doble finalidad: obtener la máxima participación posible por parte de la muestra y facilitar el procesamiento de los datos recogidos.

5.3.2. Recursos Disponibles

Antes de iniciar el proceso de encuesta, se consideraron los apoyos humanos, financieros, materiales, electrónicos y temporales, que permitieran realizar el proyecto con eficacia.

En cuanto a los recursos humanos, se establecieron contactos previos con las asociaciones de arteterapia españolas y los arteterapeutas que cumplieren el perfil estipulado. Las primeras entrevistas fueron de carácter exploratorio, a través de conversaciones informales, establecidas por vía telefónica, Internet y de los numerosos encuentros en congresos o eventos científicos relacionados con la materia.

También se localizó la ayuda de estadísticos especialistas, profesionales expertos, tanto en la elaboración de encuestas y cuestionarios como en su posterior codificación y análisis de la información, con el fin de asegurar, con asesoramientos continuos, un rigor científico óptimo.

En relación con los costes materiales, se intentó realizar una encuesta a través de una aplicación informática que garantizase agilizar el proceso de recogida y procesamiento de la información. Los costes consultados superaban el presupuesto disponible. Por esta razón se optó por realizar la encuesta con medios más económicos y tradicionales. Los gastos postales, telefónicos y de papelería fueron cubiertos por el Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica de la Facultad de Educación de la Universidad de Murcia.

“El coste económico es un aspecto a considerar previamente. La elaboración y aplicación de un cuestionario implica un trabajo intenso y de cierta envergadura”. (Del Rincón, Arnal, Latorre, Sans, 1995, pp. 211).

5.3.3. Diseño de la Muestra

a) Identificación y determinación del tamaño de la muestra

Antes de seleccionar la muestra, se definió la población objeto de estudio. Según Cardona (2002), la identificación de la población empieza con la identificación del problema de investigación y la revisión de la literatura. De acuerdo con los objetivos planteados, el criterio de inclusión exigido a los componentes de la muestra fue el siguiente:

- Personas que se dedicaran a la práctica arteterapéutica de forma habitual dentro del contexto profesional español.

Conseguir la identificación del tamaño completo de la población que cumpliera las características expuestas no fue posible, debido a una serie de factores:

- Por el carácter novedoso que posee el Arteterapia en España, no existe una base de datos que contemple un registro de todos los profesionales en la materia que estén en activo.

- En cuanto al censo o listados de socios, pertenecientes a las asociaciones españolas de arteterapia, no se puede considerar un recurso suficiente. Ser socio de una asociación es un acto voluntario, por lo tanto, no todos los arteterapeutas que ejercen en el territorio español están asociados. A su vez, los miembros asociados no ejercen en su totalidad como arteterapeutas.

- Al ser una profesión joven y no reconocida a nivel oficial en España, algunos profesionales suelen tener un doble empleo: la función oficial por la que han sido contratados: profesor, terapeuta ocupacional, psicólogo, etc., a la que incorporan su formación en arteterapia.

Para solventar estas dificultades, se establecieron las siguientes estrategias, con el fin de contactar con el mayor número posible de arteterapeutas en activo y conseguir una muestra representativa y sin sesgos:

- Informar sobre los propósitos de la investigación a los directores de los másteres de Arteterapia existentes en España, con la intención de conseguir nuevos contactos con arteterapeutas en activo que quisiesen colaborar en el proyecto.

- Solicitar el listado de socios y de arteterapeutas a las distintas asociaciones españolas de Arteterapia, para establecer vías de comunicación con ellos.

- Dar publicidad del estudio en las *II Jornadas de Arteterapia y Educación* celebradas en Huelva (2007), invitando e instando a sus asistentes a la participación.

- Solicitar a los comprometidos en su realización que involucraran en la tarea a colegas y arteterapeutas conocidos.

- Localizar participantes, a través de una búsqueda exhaustiva por Internet de los directorios de blogs, webs, foros y fuentes documentales existentes, relacionadas con la labor arteterapéutica.

De acuerdo con la problemática expuesta, el tipo de muestreo aplicado fue incidental o de conveniencia, ya que la elección de la muestra se basó en escoger a personas con un conocimiento práctico del tema objeto de estudio.

El esfuerzo empleado en la búsqueda dio como resultado una muestra total de ochenta arteterapeutas de los cuales, sesenta cumplimentaron y remitieron el cuestionario.

Tras los pasos seguidos, quedó constituida la muestra que puede parecer pequeña, sólo en apariencia si tenemos en cuenta las consideraciones siguientes:

- Según la opinión de arteterapeutas pioneros y expertos en la materia, la muestra conseguida ha significado un logro por su representatividad, debido a la escasez de profesionales de un colectivo tan reciente.

- Según Buendía, Colás y Hernández (1998), cuando se conoce bien el marco y la población presenta características bastante homogéneas, una muestra es suficiente a partir de treinta participantes.

b) Descripción de la muestra

Durante la fase de elaboración del cuestionario, descrita en el siguiente apartado, se destinó la primera sección, titulada “*Datos Preliminares*”, para recopilar los

datos sociodemográficos, correspondientes a la comunidad autónoma y al sexo de la muestra participante.

La información recopilada nos informa que los componentes de la muestra proceden de las Comunidades de: Madrid, País Vasco, Valencia, Andalucía, Cataluña, Murcia, Aragón, Castilla la Mancha y Canarias. La mayoría de los colaboradores trabajan en Cataluña (36%) y la Comunidad de Madrid (23%). La incidencia de colaboración en el resto de autonomías no supera el 7%, excepto Andalucía que alcanza el 16% de participantes.

En cuanto al sexo, un 80% de la muestra son mujeres y un 20% hombres.

5.4. Proceso de elaboración del cuestionario

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación y recolectar los datos sobre la práctica metodológica del arteterapia en el contexto español se elaboró el cuestionario denominado: *La intervención profesional del Arteterapia en España*. (Anexo nº 4). El título intenta englobar, no sólo la metodología arteterapéutica, sino también características de sus profesionales, relacionadas con el perfil demográfico, formativo y profesional, ya que estos aspectos pueden influir y/o determinar su orientación metodológica.

Su elaboración comenzó a partir de la realización de una serie de entrevistas no estructuradas a arteterapeutas en ejercicio como sondeo previo, con preguntas generales sobre los antecedentes y las características de su profesión. Tras la revisión bibliográfica y la recogida de datos cualitativos, se procedió a la categorización de los temas relacionados con los objetivos a tratar.

Los resultados de esta categorización se convirtieron en la materia prima para el diseño del cuestionario estandarizado, predominantemente cuantitativo, con algunos rasgos cualitativos. Los pasos sugeridos por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2005), ayudaron a su consecución. (Ver figura nº8).

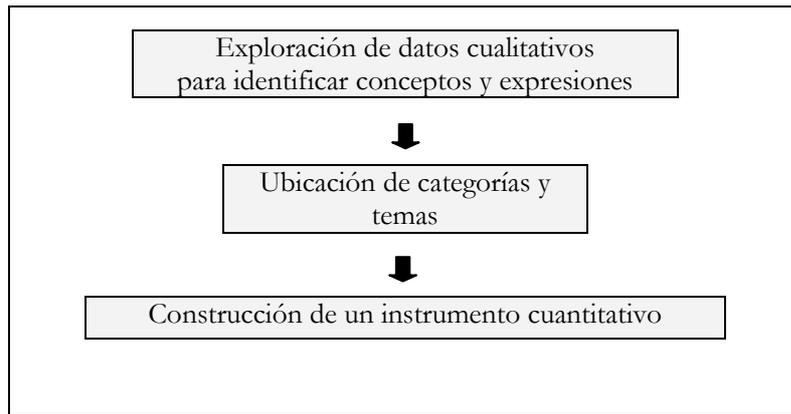


Figura nº 8. Cuadro de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2005)

5.4.1. Estructura y contenido del cuestionario

El contenido del cuestionario se ha organizado en cinco secciones precedidas de una página introductoria, a modo de presentación y guía para su cumplimentación. (Anexo nº 3). La página introductoria se compone de los siguientes elementos:

- Título del cuestionario:

La intervención profesional del Arteterapia en España.

- Declaración de intenciones, donde se explica:

- La población a la que se remite el cuestionario: profesionales de arteterapia dentro del contexto español.

- Los objetivos: recoger aspectos sobre la formación, el contexto y la intervención del arteterapeuta.

- La garantía respecto a la confidencialidad de la información que se aporte, asegurando un tratamiento de los datos anónimo y colectivo.

- Instrucciones para su cumplimentación. Consta de:

-Un esquema de la estructura del cuestionario.

-Las indicaciones correspondientes dirigidas a evitar fallos u omisiones en la cumplimentación del cuestionario solicitado. Dichas sugerencias permiten que el cuestionario sea administrado sin la presencia del encuestador. Sin embargo, el participante no ha estado solo. Ante las dudas, la interacción investigador-encuestado y el asesoramiento han contado con una herramienta tan eficaz como el teléfono e Internet, al permitir de forma inmediata establecer los contactos.

-Agradecimientos por la colaboración prestada.

Tras la portada aparece la primera sección llamada “*Datos Preliminares*”, formada por ocho elementos que pretenden recoger información sobre el perfil de la muestra: datos sociodemográficos (comunidad autónoma, ciudad, sexo), varias referencias generales relativas a su formación, años de experiencia laboral como arteterapeuta y, por último, si pertenece a alguna asociación de arteterapia. El formato de las preguntas es abierto en todos los casos, excepto las cuestiones sobre el lugar de trabajo y los años de experiencia que contiene ítems de respuesta múltiple y las variables sexo y pertenencia a una asociación, que son dicotómicas.

El contexto geográfico puede revelar en qué lugares de España existe una mayor actividad y relevancia del arteterapia, tanto en el campo académico-formativo como en el de la práctica profesional. En cuanto al sexo, constatar la prevalencia femenina o masculina de la profesión.

El trabajo en una institución pública, privada o no institucional es significativo a la hora de determinar dónde se focaliza la demanda de estos profesionales. También puede influir en la metodología empleada, ya que, con frecuencia, el tratamiento, su duración y objetivos, puede depender del lugar donde realice su labor.

La formación académica, tanto en arteterapia como en otras disciplinas junto a la experiencia profesional, resulta de ayuda para descubrir el nivel de competencia y las aptitudes predominantes en los participantes, aspectos que afectan a la metodología y al dominio de su práctica.

Preguntar sobre la pertenencia a alguna asociación de arteterapia es relevante para desvelar el interés de los encuestados por la dignificación e institucionalización de la profesión, el intercambio de ideas y la realización de proyectos, etc. La cantidad de los

asociados y su nivel de compromiso nos puede dar a conocer el estado evolutivo del arteterapia en España.

La segunda sección del cuestionario es el Bloque I, denominado *“El contexto de su práctica arteterapéutica”*. Está compuesta por veinte elementos de naturaleza cuantitativa medidos con ítems donde se utiliza una escala valorativa de tipo *Likert* de 1 a 5, donde 1 indica “nunca”, 2 “casi nunca”, 3 “algunas veces”, 4 “casi siempre” y 5 “siempre”.

Los veinte elementos están agrupados en tres apartados que miden tres aspectos de la práctica arteterapéutica:

- 1) Tipo de población con que se trabaja, compuesta por cuatro elementos. (Pregunta nº 1).
- 2) Ámbito de la intervención. (Formado por cinco elementos y un apartado con la opción “otras”). (Pregunta nº 2).
- 3) Campos de aplicación de la intervención. (Con once elementos y un apartado con la opción “otras”). (Pregunta nº 3).

Esta sección pretende obtener datos sobre los segmentos de la población más y menos atendidos por los arteterapeutas; la prevalencia que tienen las intervenciones en el ámbito médico-clínico, psicoterapéutico, rehabilitación, social y educativo y los campos de intervención donde trabajan los encuestados con mayor y menor asiduidad: salud mental, discapacidades, oncología, cuidados paliativos, geriatría, violencia de género, integración social y escolar, inmigración, centros penitenciarios.

La tercera sección, Bloque II, denominada *“La metodología de su intervención”*, está compuesta por noventa y dos ítems de naturaleza cuantitativa, del mismo tipo que el Bloque I, y dos ítems de naturaleza dicotómica con la opción de responder cualitativamente en caso afirmativo. Los 92 ítems cuantitativos están agrupados en veintidós categorías de las cuales dieciséis incorporan la opción “otras”, para que los encuestados puedan aportar algún dato de interés que no esté contemplado en los ítems. Este bloque es el más extenso, al ser la parte medular de la investigación. Pretende recabar información del encuestado sobre todos los aspectos metodológicos de su práctica arteterapéutica. A su vez, los datos obtenidos permitirán conocer cómo considera su

actividad y cuál es el encuadre de su actuación: orientación metodológica, organización de las sesiones, tipo de intervenciones, recursos y técnicas predominantes.

Las veintidós categorías se pueden agrupar por su contenido en:

1) Demanda y forma de realizar el trabajo del arteterapeuta (preguntas nº 4 y nº 5). Se trata de indagar si el trabajo es demandado por las instituciones, los participantes o el propio arteterapeuta, y si realiza su trabajo solo o integrado en un equipo. Estas preguntas pueden mantener aparentemente más relación con el Bloque I. Sin embargo, se ha creído también pertinente su inclusión en el Bloque II, ya que la metodología queda condicionada según el lugar de trabajo y con quién realice su labor, ya que ambos factores pueden determinar o influir en el tratamiento, su duración y objetivos.

2) Valoración de su actividad y orientación metodológica con la que trabaja (preguntas nº 6 y nº 7). Cuestiones relacionadas con la forma de entender su trabajo: como una psicoterapia, una terapia ocupacional o un taller creativo y con el enfoque aplicado en sus prácticas: psicoanalítico, humanista, psicopedagógico, cognitivo, conductual, ecléctico-integrativo.

3) Información centrada en las sesiones de arteterapia. (Desde la pregunta nº 8 a la nº 16). Referida a descubrir los siguientes factores:

- Formato de las sesiones.
- Número de participantes y perfil de los usuarios en el formato grupal.
- Estilo de trabajo del arteterapeuta (directivo, semidirectivo, no directivo o si realiza las sesiones solo, con otro arteterapeuta, con otro profesional o con observadores).

- La temática predominante durante el desarrollo de las sesiones.

- La estructura y periodicidad de las sesiones.

4) Datos acerca de la evaluación del tratamiento o del proceso arteterapéutico. (De la pregunta nº 17 a la nº 20):

- Momentos en los que se realiza la evaluación.

- Métodos, técnicas e instrumentos para llevarla a cabo

-Áreas de evaluación en relación al usuario y a la autoevaluación del arteterapeuta.

5) Técnicas plásticas y visuales utilizadas. (Pregunta nº 23). Además, mediante dos preguntas abiertas (nº 24 y nº 25) se da la opción al encuestado para que pueda indicar los criterios terapéuticos aplicados en la selección de las técnicas que utiliza y si tiene clasificados los materiales en función del tratamiento, siempre que conteste afirmativamente ambas opciones.

6) Recursos y actividades complementarias (Preguntas nº 21 y nº 22), relacionadas con la intención de descubrir si los encuestados introducen propuestas complementarias en sus intervenciones como música, expresión corporal, escritura creativa, etc., y de apoyo, como visitas a museos, a exposiciones o invitación de artistas.

La cuarta sección, Bloque III, denominada “*Su formación como arteterapeuta*”, está formada por seis ítems de naturaleza cuantitativa, medidos en una escala valorativa de tipo *Likert* de 1 a 5, donde 1 indica “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”, y un ítem dicotómico con posibilidad de aportar datos cualitativos en el caso de querer reflejar el deseo de seguir formándose como arteterapeuta.

En este bloque se trata de indagar sobre la formación del arteterapeuta, perfeccionamiento y actualización de sus conocimientos. Se le plantean seis cuestiones cerradas (de la pregunta nº 26 a la nº 31) donde los arteterapeutas pueden dar su opinión sobre diversos recursos disponibles para mejorar su formación como: el tiempo de su formación académica en arteterapia, sus conocimientos sobre las líneas metodológicas de dicha disciplina, la práctica de supervisión con otro arteterapeuta, la realización de terapia personal y su interés por actualizar sus conocimientos con la suscripción y lectura de revistas especializadas en arteterapia. El bloque termina con una pregunta abierta (nº 32), para que los encuestados puedan concretar, cualitativamente, sus deseos de formación y facetas del arteterapia que quieran seguir explorando.

Por último, en la quinta sección “*Otros datos*”, se requiere de los participantes que contesten sobre varios aspectos vinculados a la situación profesional de su práctica como arteterapeutas. Está formada por nueve elementos cuantitativos, medidos en una escala tipo *Likert*, del mismo tipo que los Bloques I y II, y un ítem dicotómico. Los nueve

elementos cuantitativos están agrupados en tres apartados (de la pregunta nº 33 a la nº 35) de los cuales uno posee la opción “otros”. El ítem dicotómico recoge de los encuestados que contesten afirmativamente, datos referentes a la implicación en proyectos para la regularización oficial del arteterapia en España.

5.4.2. Criterios de formulación de las preguntas

Como se expuso anteriormente, el cuestionario parte de una serie de entrevistas no estructuradas con preguntas abiertas realizadas para recoger opiniones de los arteterapeutas en ejercicio, como guía para la formulación posterior de las preguntas del cuestionario. Tras la recogida de datos, obtenidos tanto de las entrevistas efectuadas por correo electrónico, por teléfono o personalmente, como de la revisión bibliográfica, se procedió a su categorización para el abordaje de los objetivos a tratar. La información estructurada sirvió de materia prima para la elaboración de las preguntas del cuestionario resultando en su gran mayoría cerradas. Este tipo de preguntas presenta las siguientes ventajas:

Es adecuado al propósito de la investigación, cuyo objeto es describir la metodología de la práctica arteterapéutica. Este formato es el mejor para proporcionar respuestas de grupo más generales. (McMillan y Schumacher, 2005).

Facilita al entrevistado contestar más rápidamente y con menos esfuerzo el gran número de ítems del cuestionario y al investigador la clasificación y análisis de las respuestas. (McMillan y Schumacher, 2005; Hernández, Fernández y Baptista, 2005; Buendía, Colás y Hernández, 1998).

Una vez elaboradas las preguntas se revisó su formulación, para adecuarlas a los preceptos generales recomendados por distintos autores como: Arnal, Latorre, Sans, (1995); Cardona, (2002); Cohen y Manion (1990); Del Rincón Igea, Arnal Agustín, Latorre Beltrán y Sans Martín, (1995); McMillan y Schumacher, (2005) expuestos a continuación.

- Respecto al contenido de las preguntas, se tuvo en cuenta que las cuestiones recogieran los datos necesarios para poder dar respuesta al problema de investigación y que suscitara el interés de los encuestados sobre

aspectos no hallados en las fuentes disponibles. Como ya se ha mencionado, las cuestiones relativas al conocimiento de la metodología de los arteterapeutas dentro del contexto español presentan grandes lagunas. Este hecho ha determinado la longitud del cuestionario con cuarenta y tres preguntas, subcategorizadas en ciento treinta y cinco ítems donde quedan sintetizados aspectos poco explorados sobre los métodos arteterapéuticos. Aunque, a priori, parezca extenso, el predominio de preguntas cerradas y de las preguntas filtro, sólo pertinentes a los que hubieran contestado afirmativamente la pregunta anterior, agilizan las respuestas y reduce el tiempo de su cumplimentación, calculado en treinta y cinco minutos. También se evitó contemplar temas indiscretos que pudiesen cohibir a los encuestados a nivel ético.

- En relación al lenguaje empleado en la redacción de las preguntas, se ha utilizado un estilo claro, preciso y conciso que evitase inducir a equívocos, en un registro idiomático estándar, usado con naturalidad, y a su vez técnico, pero asequible, de acuerdo con el nivel sociocultural y especificidad profesional de los encuestados. Las cuestiones están orientadas para que las respuestas sean fáciles de contestar y no precise requerir ayuda de los demás.

- Respecto a la ubicación de las preguntas, se intentó establecer un orden secuencial lógico. En cada bloque, las preguntas se han agrupado en relación a la temática tratada con la finalidad de no desorientar a los participantes. Se procuró situar las cuestiones más importantes al principio. Las preguntas cerradas figuran al principio de cada bloque y las de carácter abierto al final para facilitar la reflexión final. También se intentó que las posibles respuestas no se vieran influidas por preguntas previas.

5.4.3. Formato del cuestionario

Una vez elaboradas las cuestiones, se pasó al diseño del cuestionario en sus aspectos formales. La presentación pretende causar una impresión favorable y estimular la colaboración de los encuestados durante su aplicación.

Se ha intentado que presente las cualidades recomendadas por Manion y Cohen (1990): de apariencia sencilla, atractiva y que parezca corto de extensión, cuidando los detalles del diseño al máximo, mediante espacios amplios y diferenciados según los temas; distintos cuerpos y tamaños en la tipografía de la letra elegida para jerarquizar los contenidos; predominio de los recuadros de respuesta a la derecha; paginación. Se prestó atención a la impresión que fuera clara y fácil de leer. Estos rasgos le confieren claridad, sencillez y ligereza, para motivar las respuestas.

Se diferenciaron las distintas partes de los contenidos para ayudar a los informantes a centrarse en las respuestas y evitar la dispersión de la atención. La distribución de los contenidos intenta optimizar la cooperación. Para ello, se equilibró el grado de esfuerzo de los participantes: Las dos primeras partes: *Datos Preliminares* y el *Bloque I: El Contexto de su Práctica Arteterapéutica*, sobre datos personales y profesionales de los encuestados, son breves, con preguntas sencillas y de gran interés para animar a la participación. El *Bloque II* sobre *La Metodología de su Intervención*, ocupa la sección central y contiene la parte más importante, extensa y compleja del cuestionario. Las dos últimas partes: el *Bloque III: Su Formación como Arteterapeuta y Otros datos*, más relacionados con las dos primeras partes, se han situado al final por ser breves, para rebajar la tensión y el esfuerzo del bloque central y animar a los informantes a devolver el cuestionario completo.

5.4.4. Procedimientos de validación del cuestionario

Una vez diseñado el borrador definitivo del cuestionario, *La intervención profesional del Arteterapia en España*, se pasó a la verificación de su grado de validez como instrumento de recogida de datos, mediante la aplicación del procedimiento *Juicio de Expertos*. La finalidad de la técnica es constatar la coherencia entre la relación de las preguntas incluidas en el cuestionario y los resultados que se pretenden conseguir en el análisis.

Para llevar a cabo el proceso de validación del cuestionario se realizaron las siguientes tareas:

- a) Contactos previos con especialistas en arteterapia sobre su disponibilidad.

Se realizaron contactos de forma personal y por correo electrónico informándoles sobre la investigación y solicitando su colaboración.

- b) Envío de un cuestionario preliminar, adjuntando una carta de presentación de la investigación. (Anexo nº 1).

Tras ser aceptada la propuesta por los jueces expertos seleccionados, se les envió una carta explicativa y el cuestionario preliminar. La evaluación del nivel de validez del cuestionario se llevo a cabo por cinco profesionales especialistas en Arteterapia y de gran notoriedad en la materia dentro del contexto español. La condición multidisciplinar del Arteterapia, la heterogeneidad de colectivos con los que se trabaja y los diversos enfoques teórico-metodológicos aplicados en su praxis condicionó también la elección de los jueces expertos, ya que se procuró contactar con personas experimentadas en la materia, pero, a su vez, con formaciones académicas de diferentes áreas disciplinares. La revisión crítica desde varios frentes proporciona una visión mucho más rica y completa

Los colaboradores fueron los siguientes profesionales:

- D.Francisco Coll Espinosa, psicólogo psicoanalista, director del Máster de Arteterapia de la Universidad de Murcia y Coordinador de la revista de arteterapia Encuentros con la expresión y del libro Arteterapia. Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. (2006).

- Dña. Pilar Domínguez Toscano, profesora titular del Departamento de Expresión Musical, Plástica, Corporal y Didácticas de la Facultad de Educación en la Universidad de Huelva. Responsable de numerosos proyectos de investigación sobre Arteterapia¹¹⁶ y directora de las dos Jornadas de Arteterapia realizadas en Huelva en el año 2004 y 2007.

- Dña. Ana Hernández Merino, Doctora en Bellas Artes por la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Politécnica de Valencia. Autora de la tesis *“De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España (1917-1986)”*

¹¹⁶ La autora ha participado en los siguientes proyectos: 1.-Arteterapia en el Tratamiento de la Desventaja Sociocultural. Programa de Intervención en Ciudad de los Niños; 2.- Arteterapia para la Mejora Personal y Social. 3.- Arteterapia y Educación. 4.- Tender Puentes. Arteterapia para la Inserción Social. 5.- Ensayo Clínico con Arteterapia en Mujeres Mastectomizadas. 6.- Arteterapia en la Educación. 7.- Arteterapia para la Inserción Social. Conectando con Ciudad de los Niños.

(2000). Es Terapeuta Ocupacional en los Servicios de Salud Mental de la Excma. Diputación Provincial de Valencia desde 1977, habiéndose especializado en actividades de expresión plástica y arteterapia. Desde el año 2004 es profesora en el Máster de Arteterapia de la Escuela de Prácticas de Psicología de la Universidad de Murcia. También ha colaborado como docente en los másteres de Arteterapia de Madrid y Gerona. Ha coordinado las dos Jornadas sobre Arteterapia realizadas en la Universidad Politécnica de Valencia en el año 2003 y 2005.

- Montse Omenat García, Licenciada en Bellas Artes y Diplomada en Educación. Realizó el Máster en Arteterapia por la Universidad de Barcelona. Desde el año 2005, trabaja como profesora y supervisora en el Máster de Arteterapia de la Universidad de Barcelona y el de la Universidad de Murcia. A su vez es coordinadora en el Máster de Arteterapia de la Universidad de Girona. Ejerce como arteterapeuta en la práctica privada y en instituciones de carácter social, atendiendo a población diversa: víctimas de maltrato, enfermedades crónicas, etc.

- Astrid Süess, DEA en Sociología. Es Técnica de Investigación en la *Escuela Andaluza de Salud Pública* de Granada. Realizó el Máster de Arteterapia, en la Universidad de Murcia y desde el año 2006 ha desarrollado actividades docentes en el mismo. También ha colaborado como docente en el Máster de Arteterapia de la Universidad Complutense de Madrid y en el Máster de *Experto Universitario de Género e Igualdad de Oportunidades* de la Universidad de Granada.

c) Recopilación y aglutinación de las recomendaciones de los expertos.

Las respuestas de los especialistas colaboradores ayudaron con sus reflexiones a mejorar la calidad de los ítems del cuestionario. Las modificaciones realizadas, a partir de las aportaciones de los jueces expertos, dieron lugar al cuestionario aplicado en la prueba piloto.

d) Puesta en marcha de la prueba piloto.

La prueba piloto se puso en marcha con diez personas, relacionadas con el campo arteterapéutico. Se realizó vía mail y por correo ordinario para comprobar la tendencia de los datos y las insuficiencias del cuestionario.

Las aportaciones realizadas por los jueces expertos y la aplicación de la prueba piloto ayudó a:

-Tener la posibilidad de comprobar si las instrucciones y las preguntas eran lo suficientemente comprensibles.

-Verificar la utilidad de los ítems, es decir, si las preguntas cerradas incluían las opciones de respuesta más comunes de manera que la opción “otras” fuese utilizada para respuestas con un grado de generalidad menor.

-Examinar el nivel de adaptación del cuestionario a un entorno real y a la especificidad de la muestra.

-Comprobar cómo se respondieron las preguntas y si quedaron cuestiones sin contestar. También se valoró la dificultad de las mismas.

-Averiguar si las respuestas proporcionan la información necesaria.

-Observar el nivel de receptividad del cuestionario según las reacciones de los participantes, con el fin de detectar posibles aspectos que incomoden o corten el hilo conductor durante la cumplimentación.

-Identificar sesgos que puedan influir negativamente en la calidad y veracidad de las respuestas.

-Conocer el tiempo aproximado del proceso de aplicación del cuestionario, desde su envío hasta su devolución. También medir el tiempo de cumplimentación del mismo, que se verificó en un promedio aproximado de treinta y cinco minutos.

5.4.5. Distribución del cuestionario

Los procedimientos de validación dieron como resultado el cuestionario definitivo (Anexo nº4) que se envió principalmente, por correo electrónico, en menor número por correo postal y, en casos puntuales, mediante la entrega en persona y la opción telefónica.

Para conseguir el mayor número de respuestas se llevaron a cabo una serie de estrategias:

- Anexo al cuestionario, se envió a los arteterapeutas participantes una breve carta explicatoria con el membrete del Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica de la Facultad de Educación, Universidad de Murcia, como entidad que respalda el estudio, el nombre de la responsable de la investigación y la fecha. (Anexo nº 2). Además de indicar los objetivos y la relevancia de la investigación, se enfatizó el valor y la utilidad de su colaboración. Se garantizó el compromiso respecto a la confidencialidad de los encuestados y el envío de los resultados, una vez concluida la investigación.

- En los cuestionarios enviados por correo ordinario se adjuntó un sobre franqueado y cumplimentado para su devolución.

- Durante el periodo de distribución del cuestionario, se mantuvo un seguimiento sistemático, principalmente, por medio del correo electrónico y del teléfono. Se remitieron nuevamente los cuestionarios, recordando a los encuestados la importancia del estudio y de su participación y se pidió disculpas a los que ya lo hubieran cumplimentado.

5.5. Tratamiento de los datos y procedimientos utilizados para el análisis

Antes de pasar a la codificación de la información recopilada, se realizó un recuento y revisión de los sesenta cuestionarios recibidos, asignándoles un número de identificación. En esta fase, se trató de comprobar si existía un grado alto de cuestionarios con posibles respuestas ambiguas, omisiones o incoherencias que pudiesen dificultar la labor de tratamiento de los datos. Después se procedió a la codificación del cuestionario

para posibilitar su procesamiento informático mediante dos métodos, en función del tipo de preguntas.

Para las preguntas cerradas se asignó un valor numérico a cada ítem respetando el orden del cuestionario. Después se generó una base de datos con el programa informático SPSS/PC versión 15. La matriz diseñada se estructuró de la siguiente manera: se utilizó una fila para cada cuestionario y en las columnas se situaron todos los ítems con un menú desplegable donde se registraron las respuestas elegidas con los correspondientes valores numéricos asignados: 1= Nunca, 2= Casi nunca, 3= A veces, 4= Casi Siempre, 5= Siempre, 6= No contesta. En las preguntas abiertas, los datos cualitativos aportados se organizaron manualmente en categorías. La opción “Otras” se trató como las preguntas abiertas.

En cuanto a la fiabilidad del Cuestionario se realizó el análisis de la fiabilidad mediante un índice de consistencia interna, el estadístico *alfa de Cronbach*, en cada uno de los tres bloques que miden los aspectos relacionados con el trabajo del arteterapeuta.

La fiabilidad del *Bloque I: El contexto de su práctica arteterapéutica*, ha arrojado un valor, para el coeficiente alfa de Cronbach, de 0,770, sobre 57 casos válidos y 3 excluidos y un total de 20 elementos. (Ver tabla nº 23).

Tabla nº 23. Estadísticos total-elemento Bloque I

	Media de la escala sin el elemento		Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach sin el elemento
Población Infantil	42,263	116,519	0,295	0,763
Población Adolescente	41,912	113,331	0,367	0,758
Población Adulta	40,807	126,087	-0,056	0,785
Población Tercera Edad	42,561	117,965	0,242	0,766
Ámbito Médico-Clínico	42,263	111,412	0,350	0,760
Ámbito Psicoterapéutico	41,193	117,444	0,185	0,773
Ámbito Rehabilitación	43,211	118,669	0,332	0,762
Ámbito Servicios Sociales	42,053	107,158	0,584	0,741
Ámbito Educativo	41,912	111,974	0,363	0,758
Aplicación en Salud Mental	41,719	119,670	0,111	0,779
Aplicación en Discapacidades	42,614	111,420	0,434	0,753
Aplicación en Oncología	43,123	113,931	0,432	0,754
Aplicación en Cuidados Paliativos	43,316	120,827	0,257	0,765
Aplicación Trastornos Alimentarios	42,860	112,659	0,405	0,755
Aplicación en Geriátrica	42,965	120,534	0,190	0,769
Aplicación en Violencia de Género	43,053	116,015	0,380	0,758
Aplicación en Integración Social	41,930	108,102	0,515	0,746
Aplicación en Integración Escolar	42,351	107,589	0,501	0,747
Aplicación en Inmigración	42,789	111,705	0,486	0,750
Aplicación en Centros Penitenciarios	43,439	119,822	0,374	0,761

En el *Bloque II: La Metodología de su Intervención*, el valor del estadístico alfa de Cronbach ha sido 0,890, sobre 49 casos válidos y 11 excluidos, y un total de 90 elementos. (Tabla nº24).

Tabla nº 24. Estadísticos total-elemento Bloque II

	Media de la escala sin el elemento	Varianza de la escala sin el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach sin el elemento
Trabajo demandado por las Instituciones	250,469	1204,463	0,162	0,890
Trabajo demandado por los Participantes	250,184	1190,236	0,278	0,889
Trabajo demandado por Petición suya	250,245	1195,647	0,242	0,890
Trabajo integrado en Equipo Interdisciplinar	250,265	1219,116	0,010	0,892
Trabajo Independiente	249,816	1194,903	0,251	0,889
Trabajo como Auxiliar de otros profesionales	251,633	1200,154	0,292	0,889
Intervención como una Psicoterapia	249,082	1221,077	0,010	0,891
Intervención como una Terapia Ocupacional	251,959	1214,457	0,150	0,890
Intervención como un Taller Creativo	250,490	1200,797	0,196	0,890
Orientación metodológica Psicoanalítica	250,714	1226,917	-0,060	0,893
Orientación metodológica Humanista	250,469	1170,671	0,419	0,888
Orientación metodológica Cognitiva	251,429	1202,792	0,222	0,890
Orientación metodológica Conductual	251,898	1214,094	0,121	0,890
Orientación metodológica Psicopedagógica	251,347	1210,523	0,110	0,891
Orientación metodológica Ecléctica	250,898	1215,177	0,046	0,892
Sesiones Individuales	250,061	1210,559	0,116	0,891
Sesiones por Parejas	251,041	1191,873	0,320	0,889
Sesiones en Grupo Familiar	251,878	1204,026	0,273	0,889
Sesiones Grupales	249,184	1214,320	0,136	0,890
Sesiones Grupales de 3 personas	251,653	1225,606	-0,055	0,892
Sesiones Grupales entre 5 y 10 personas	249,776	1204,511	0,171	0,890
Sesiones Grupales de más de 10 personas	250,796	1176,457	0,419	0,888
Grupos homogéneos en Edad	250,551	1211,461	0,101	0,891
Grupos homogéneos en Género	251,306	1192,050	0,347	0,889
Grupos homogéneos en Nivel Cognoscitivo	250,857	1180,375	0,440	0,888
Grupos homogéneos en Nivel Socio-Cultural	250,796	1210,374	0,124	0,891
Grupos homogéneos en Tipo de Enfermedad	250,776	1194,178	0,262	0,889
Grupos homogéneos en Estado de Salud	250,878	1205,443	0,159	0,890
Intervención arteterapéutica Directiva	251,163	1198,223	0,244	0,889
Intervención arteterapéutica Semi Directiva	250,551	1180,628	0,409	0,888
Intervención arteterapéutica No Directiva	250,612	1202,409	0,170	0,890
Temática: Autoconcepto	249,755	1188,730	0,397	0,888
Temática: Relación Intrapersonal	249,612	1181,409	0,507	0,887
Temática: Relaciones Interpersonales	249,592	1193,330	0,362	0,889
Temática: Representación y Exploración de Sueños	251,163	1198,598	0,319	0,889
Temática: Autobiografía	250,102	1191,094	0,351	0,889
Temática: Inquietudes y Deseos	249,714	1200,250	0,281	0,889
Trabaja Solo	249,204	1216,041	0,080	0,891
Trabaja con otro Arteterapeuta	251,286	1200,333	0,259	0,889
Trabaja con otro Profesional	251,327	1200,474	0,252	0,889
Trabaja con Observadores	251,633	1208,154	0,223	0,890
Warming-up/Trabajo Plástico/Diálogo/Cierre	249,878	1179,985	0,413	0,888
Trabajo Plástico/Diálogo/Cierre	250,673	1228,933	-0,081	0,893

	Media de la escala sin el elemento	Varianza de la escala sin el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach sin el elemento
Sesiones sin estructura determinada	251,592	1208,705	0,156	0,890
Más tiempo dedicado a fase Warming-up	251,469	1173,504	0,671	0,886
Más tiempo dedicado a fase Trabajo Plástico	249,673	1212,766	0,106	0,891
Más tiempo dedicado a fase Diálogo	250,469	1176,088	0,425	0,888
Más tiempo dedicado a fase Cierre	251,163	1168,181	0,583	0,886
Periodicidad sesiones: más de una vez a la semana	251,490	1209,755	0,120	0,891
Periodicidad sesiones: una vez a la semana	249,510	1196,922	0,246	0,889
Periodicidad sesiones: una vez cada quince días	251,367	1181,487	0,464	0,888
Evaluación al Inicio del tratamiento	250,796	1190,999	0,248	0,890
Evaluación a Mitad del tratamiento	250,714	1176,083	0,424	0,888
Evaluación al Final del tratamiento	249,939	1175,684	0,367	0,888
Evaluación al Final de las Sesiones	250,143	1193,958	0,234	0,890
Procedimiento de Evaluación: Observación Directa	249,245	1206,480	0,165	0,890
Procedimiento de Evaluación: Cuestionarios	251,592	1210,122	0,134	0,890
Procedimiento de Evaluación: Entrevista	250,143	1173,750	0,467	0,887
Evaluación de la Actitud general ante el tratamiento	249,102	1196,677	0,333	0,889
Evaluación de lo que sucede en cada sesión	248,980	1200,395	0,262	0,889
Evaluación de la relación entre Arteterapeuta y el usuario	249,469	1203,213	0,198	0,890
Evaluación de la relación entre usuario y trabajo plástico	249,000	1198,875	0,347	0,889
Evaluación de la evolución del usuario	248,857	1208,000	0,245	0,890
Evaluación de la Preparación del setting	249,735	1205,241	0,171	0,890
Evaluación de la Metodología utilizada	249,408	1193,622	0,311	0,889
Evaluación de la Propia actuación como arteterapeuta	248,939	1206,225	0,246	0,889
Propuesta complementaria de Música	249,959	1175,957	0,484	0,887
Propuesta complementaria de Expresión Corporal	250,388	1181,742	0,381	0,888
Propuesta complementaria de Escritura Creativa	250,286	1195,917	0,290	0,889
Propuesta complementaria de Expresión Dramática	250,857	1175,542	0,487	0,887
Propuesta complementaria de Técnicas de Relajación	250,408	1157,997	0,612	0,886
Propuesta complementaria de Visualización de Imágenes	250,571	1162,708	0,553	0,886
Actividad-Apoyo de Visitas a Museos	251,714	1186,292	0,518	0,888
Actividad-Apoyo de Visitas a Exposiciones	251,673	1177,641	0,589	0,887
Actividad-Apoyo de Invitación de Artistas	251,898	1209,219	0,251	0,890
Técnica utilizada: Dibujo	249,551	1196,086	0,364	0,889
Técnica utilizada: Pintura	249,204	1214,749	0,113	0,890
Técnica utilizada: Escultura	249,796	1206,582	0,171	0,890
Técnica utilizada: Collage	249,735	1199,532	0,248	0,889
Técnica utilizada: Assemblage	250,612	1192,326	0,288	0,889
Técnica utilizada: Fotografía	250,571	1193,208	0,330	0,889
Técnica utilizada: Vídeo	251,673	1196,766	0,366	0,889
Técnica utilizada: Instalación	251,041	1197,748	0,266	0,889
Técnica utilizada: Land-art	251,653	1199,481	0,300	0,889
Técnica utilizada: Happening	251,653	1195,898	0,357	0,889
Técnica utilizada: Body-art	251,592	1198,122	0,299	0,889
Técnica utilizada: Performance	251,286	1173,500	0,553	0,887
Técnica utilizada: Cómic	251,327	1203,433	0,220	0,890
Técnica utilizada: Estampación	251,469	1207,296	0,171	0,890
Técnica utilizada: Hibridaciones	251,265	1204,407	0,184	0,890

La fiabilidad del *Bloque III*, “*Su formación como arteterapeuta*”, ha arrojado un valor para el coeficiente alfa de Cronbach de 0,689, sobre 59 casos válidos y 1 excluido y un total de 6 elementos. (Tabla nº 25).

Tabla nº 25. Estadísticos total-elemento Bloque III

	Media de la escala sin el elemento	Varianza de la escala sin el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach sin el elemento
Tiempo de formación académica en arteterapia	17,203	24,061	0,081	0,744
Conocimientos sobre metodologías en Arteterapia	16,424	21,662	0,461	0,647
Utilización de supervisión de otro arteterapeuta	16,458	18,804	0,429	0,645
Realización de terapia personal como formación	16,085	18,217	0,525	0,611
Suscripción a revistas de arteterapia	17,576	16,524	0,594	0,580
Lectura de revista de arteterapia	17,017	18,982	0,476	0,629

Capítulo 6. Análisis descriptivo sobre la metodología arteterapéutica dentro del contexto español

Introducción

El capítulo presenta los resultados del análisis descriptivo realizado a partir de los datos aportados por la muestra de los arteterapeutas participantes tras la cumplimentación del cuestionario *La intervención profesional del Arteterapia en España*.

Con el propósito de hacer más clara la exposición de los resultados, se ha optado por ordenar la información según los objetivos establecidos. Cada uno de los apartados que componen el análisis descriptivo, contiene un comentario sobre los datos más relevantes. A continuación, aparece una tabla donde se muestran los resultados obtenidos en frecuencias y porcentajes. Cada tabla va acompañada de un diagrama de barras con las medias resultantes de la información.

OBJETIVO 1: Conocer qué poblaciones, ámbitos de trabajo y campos de intervención son los prevaecientes en las aplicaciones de los arteterapeutas en España.

En este objetivo se describirá qué poblaciones demandan tratamientos de arteterapia y en qué ámbitos de trabajo y campos de aplicación existe mayor actividad profesional del arteterapia.

6.1. Población demandante

Los arteterapeutas encuestados informan que el 70 % de la población con la que trabajan siempre o casi siempre son adultos. Le sigue, con bastante diferencia, la población adolescente con casi una cuarta parte, decreciendo en la infantil al 20% y en la tercera edad al 15%. Frente a las anteriores demandas, la mitad de la población infantil y casi el 62% de la tercera edad nunca y casi nunca solicitan tratamiento. (Tabla nº 26).

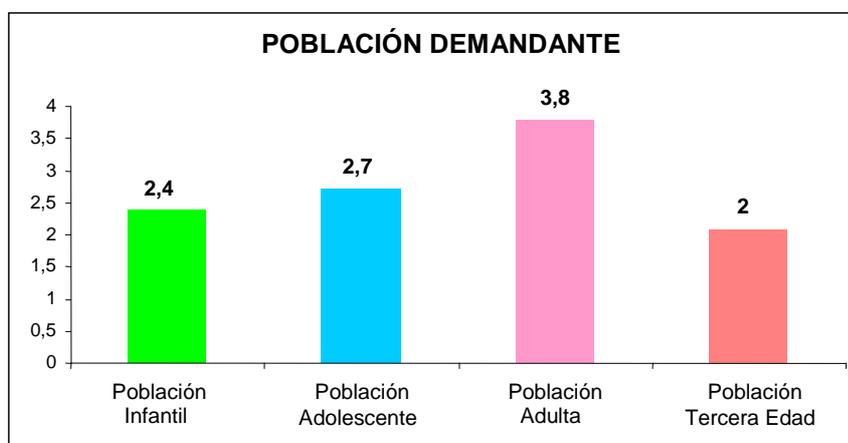
El gráfico nº 9 muestra que los participantes trabajan mayoritariamente con la población adulta y minoritariamente con la tercera edad.

Tabla nº 26 . Población Tratada

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Niños	20	33,3	10	16,7	18	30,0	9	15,0	3	5,0
Adolescentes	16	26,7	7	11,7	22	36,7	5	8,3	9	15,0
Adultos	8	13,3	1	1,7	9	15,0	21	35,0	21	35,0
Tercera Edad	30	50,0	7	11,7	38	21,7	7	11,7	2	3,3

N=Nunca; CN=Casi nunca; AV=A veces; CS=Casi siempre; S=Siempre

Figura nº 9. Gráfico de medias sobre la población tratada



6.2. Ámbitos de trabajo

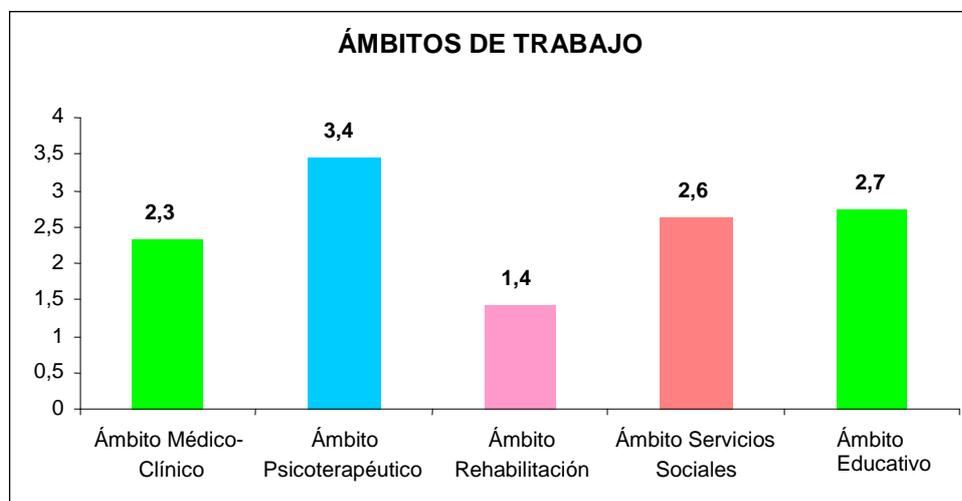
Más de la mitad de los arteterapeutas encuestados trabajan siempre y casi siempre en el ámbito psicoterapéutico (61,6%) seguido del ámbito educativo (40%). Se observan diferencias poco significativas entre el ámbito medico-clínico (33,3%) y servicios sociales (30%). En el ámbito de rehabilitación trabajan nunca y casi nunca con un porcentaje significativamente alto (85%). (Tabla nº 27).

En resumen, los participantes trabajan mayoritariamente en el ámbito psicoterapéutico frente al ámbito de rehabilitación con el porcentaje más bajo. (Gráfico nº 10).

Tabla nº 27. Ámbitos de Trabajo

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Medico/Clinico	34	56,7	1	1,7	5	8,3	12	20,0	8	13,3
Psicoterapéutico	14	23,3	2	3,3	7	11,7	17	28,3	20	33,3
Rehabilitación	47	78,3	4	6,7	7	11,7	1	1,7	1	1,7
Servicios Sociales	22	36,7	3	5,0	17	28,3	12	20,0	6	10,0
Educativo	22	36,7	4	8,3	10	16,7	16	26,7	8	13,3

Figura nº 10. Gráfico de medias sobre los ámbitos de trabajo



6.3. Campos de aplicación

La tabla nº 28 presenta que menos de la mitad de los arteterapeutas participantes trabajan siempre y casi siempre en: Salud Mental, le sigue Integración Social (28,4%) y con escasa diferencia Integración Escolar (26,6%).

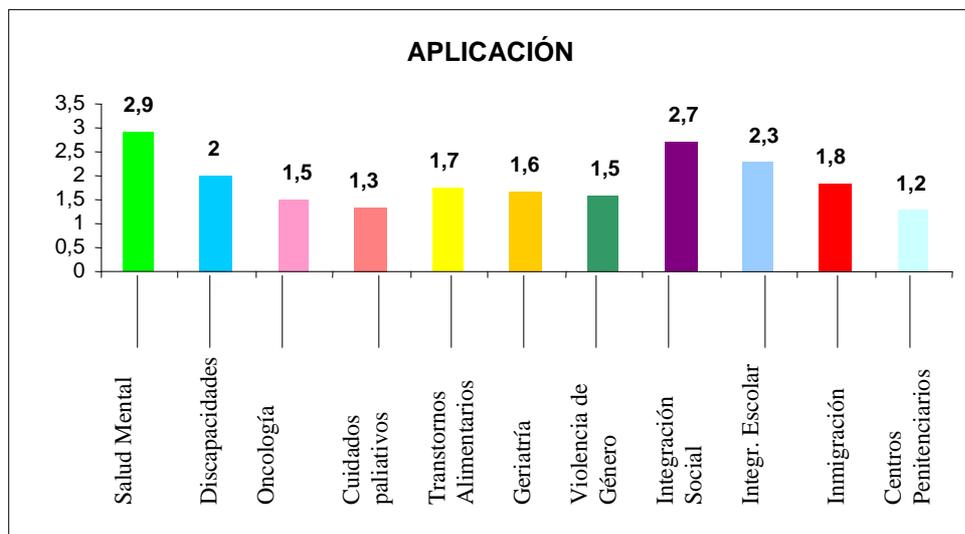
Por otra parte, es significativo que los encuestados nunca y casi nunca trabajan en: Centros Penitenciarios (95%), Cuidados Paliativos (91,7%), Oncología (85%), Trastornos Alimentarios (80,5%), Violencia de Género (80%), Inmigración (72,6%), Geriatría (71,7%), Discapacidades (70%).

Como muestra el gráfico nº 11, la media más alta corresponde al campo de aplicación de Salud mental y la media más baja a Centros Penitenciarios.

El 18,4% de los arteterapeutas añade en la opción “Otras”, que también aplican sus intervenciones en crecimiento personal (13,3%), desestructuración familiar (1,7%), drogodependencias (1,7%) y terrorismo (1,7%).

Tabla nº 28. Campos de Aplicación

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Salud Mental	20	33,3	3	5,0	12	20,0	11	18,3	14	23,3
Discapacidades	35	58,3	7	11,7	7	11,7	6	10,0	5	8,3
Oncología	48	80,0	3	5,0	4	6,7	1	1,7	4	6,7
Cuidados Paliativos	49	81,0	6	10,0	3	5,0	1	1,7	1	1,7
Trastornos Alimentarios	41	68,3	7	11,7	4	6,7	2	3,3	6	10,0
Geriatría	40	66,3	3	5,0	13	21,7	2	3,3	1	1,7
Violencia de Género	44	73,3	4	6,7	8	13,3	3	3,3	2	3,3
Integración Social	20	33,3	4	6,7	19	31,1	7	11,7	10	16,7
Integración Escolar	31	51,7	3	5,0	10	16,7	8	13,3	8	13,3
Inmigración	38	63,3	5	8,3	10	16,7	4	6,7	3	5,0
Centros Penitenciarios	52	86,7	5	8,3	----	----	1	1,7	2	3,3

Figura n° 11. Gráfico de medias sobre los campos de aplicación

OBJETIVO 2: Describir el proceso metodológico utilizado por los arteterapeutas en relación a la naturaleza de su intervención y a las orientaciones teórico-metodológicas aplicadas.

Con el presente objetivo se pretende conocer cómo los arteterapeutas de la muestra plantean la metodología de su práctica profesional.

En primer lugar, si conciben sus intervenciones desde una postura más cercana a la aplicación psicoterapéutica o si siguen planteamientos metodológicos análogos a los talleres creativos o la terapia ocupacional.

En segundo lugar, se tratará de averiguar el tipo de orientación teórico-metodológica empleada por los encuestados.

6.4. Naturaleza de la intervención

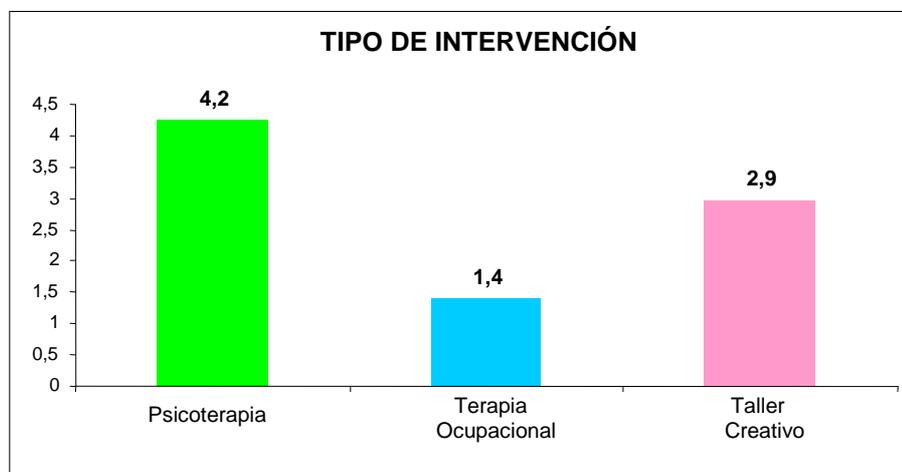
La tabla nº 29 muestra que más de las tres cuartas partes de los participantes siempre y casi siempre consideran su intervención profesional como una psicoterapia. Más de un tercio la conciben siempre y casi siempre como un taller creativo y un 35% algunas veces. La mayor parte de los encuestados opinan que su intervención nunca y casi nunca es una terapia ocupacional.

Los resultados de las medias indican que los arteterapeutas participantes consideran mayoritariamente su intervención como una psicoterapia, y en menor medida como un taller creativo. Por el contrario, la mayor parte rechaza que su intervención sea una terapia ocupacional. (Ver gráfico nº 12).

Tabla nº 29. Tipo de Intervención

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Psicoterapia	1	1,7	3	5,0	5	8,3	21	35,0	29	48,3
Terapia Ocupacional	43	71,7	8	13,0	8	13,3	---	---	---	---
Taller Creativo	14	23,3	5	8,3	21	35,0	7	11,7	12	20,0

Figura nº 12. Gráfico de medias sobre los tipos de intervención



6.5. Orientación teórico-metodológica

La tabla nº 30 muestra que casi la mitad de los arteterapeutas participantes sigue siempre y casi siempre una Orientación Humanista, seguida de la Orientación Psicoanalítica por más de un tercio, y por un tercio el Enfoque Ecléctico. La mayoría de los componentes de la muestra nunca y casi nunca aplican la Orientación Conductual y casi las tres cuartas partes no utilizan el enfoque Cognitivo.

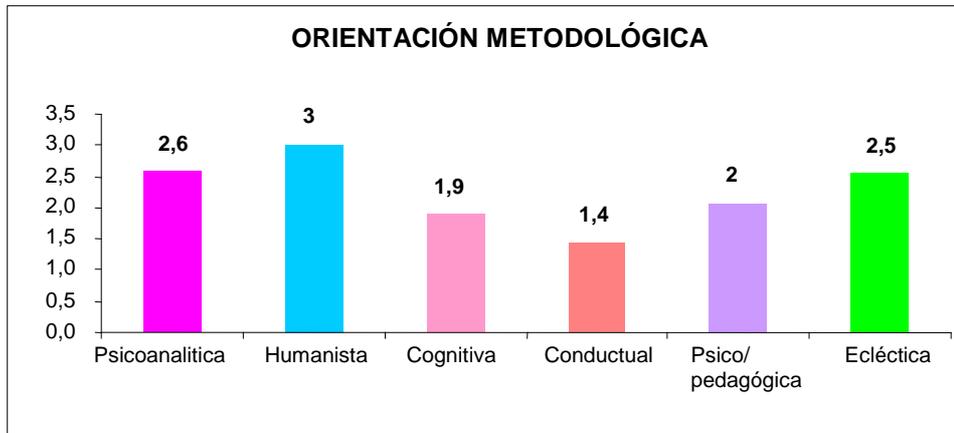
El gráfico de medias nº 13 expone que los encuestados aplican mayoritariamente la Orientación Humanista frente a la Orientación Conductual.

En la opción “Otras” se amplía la orientación humanista con un 8,3 % de la muestra que aplica el arteterapia Gestalt; un 1,7% la Gestalt de psicomotricidad Aucouturier y 1,7% la Transdisciplinar. Otras opciones poco significativas son: la Dinámica no Ortodoxa, Línea Jean Pierre Klein, Experiencial didáctica y Grupo analítica, utilizadas cada una por un 1,7% de los encuestados.

Tabla nº 30. Orientación Metodológica Aplicada

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Psicoanalítica	25	41,7	8	13,3	5	8,3	10	16,7	12	20,0
Humanista	20	33,3	6	10,0	7	11,7	8	13,3	19	31,7
Cognitiva	32	53,0	10	16,7	11	18,3	6	10,0	1	1,7
Conductual	43	71,7	10	16,7	11	18,3	6	10,0	1	1,7
Psicopedagógica	32	53,3	6	10,0	12	20,0	6	10,0	4	6,7
Ecléctica	25	41,7	5	8,3	12	20,0	7	11,7	11	18,3

Figura nº 13. Gráfico de medias sobre las orientaciones metodológicas



OBJETIVO 3: Conocer cómo los arteterapeutas organizan sus sesiones en un tratamiento de arteterapia.

El siguiente objetivo pretende describir aspectos relacionados con la organización de las sesiones. En primer lugar, se tratará de conocer qué formatos son los más utilizados por los arteterapeutas encuestados. En el caso de los formatos grupales se tratará de describir qué número de participantes integran los grupos arteterapéuticos y si los criterios de inclusión en los grupos de arteterapia se rigen por rasgos de homogeneidad entre los usuarios o si se tiende a la composición heterogénea.

En segundo lugar, se expondrán los datos recogidos de la muestra relativos al tipo de intervención (directiva, semidirectiva o no directiva), temática, trabajo del arteterapeuta (sólo o en presencia de otros profesionales), estructura y periodicidad de las sesiones que componen los tratamientos arteterapéuticos.

6.6. Formato de las sesiones

En relación al formato de las sesiones arteterapéuticas, casi las tres cuartas partes de los participantes trabajan siempre y casi siempre de forma Grupal, seguido por casi la mitad que organiza las sesiones de forma Individual. En ambas opciones, un 26,7% de la muestra trabaja algunas veces en sesiones grupales y un 38,3% con formato Individual. (Ver tabla nº 31).

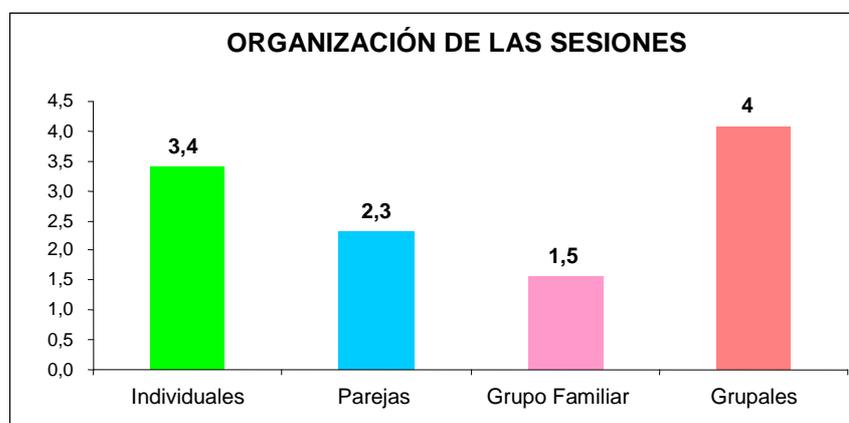
Sin embargo, el 85% nunca y casi nunca trabajan en formato Familiar y poco más de la mitad nunca y casi nunca en Formato de Parejas.

En el gráfico nº 14, se observa que la media más alta corresponde al Formato Grupal frente a la media más baja respecto a las sesiones con Familias.

Tabla nº 31. Formato de las Sesiones

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Individual	8	13,3	2	3,3	23	38,3	12	20,0	15	25,0
Parejas	23	38,3	8	13,3	20	33,3	5	8,3	4	6,7
Familiar	41	68,3	10	16,7	5	8,3	2	3,3	2	3,3
Grupal	1	1,7	----	----	16	26,7	20	33,3	23	38,3

Figura nº 14. Gráfico de medias sobre el formato de las sesiones



6.7. Número de participantes en los formatos grupales

En la tabla nº 32 se percibe que más de la mitad de los participantes siempre y casi siempre agrupan a los usuarios entre cinco y diez personas, seguido de un 33,4% que forma agrupaciones de más de diez personas. Con un porcentaje similar, los encuestados trabajan algunas veces en ambos tipos de agrupaciones.

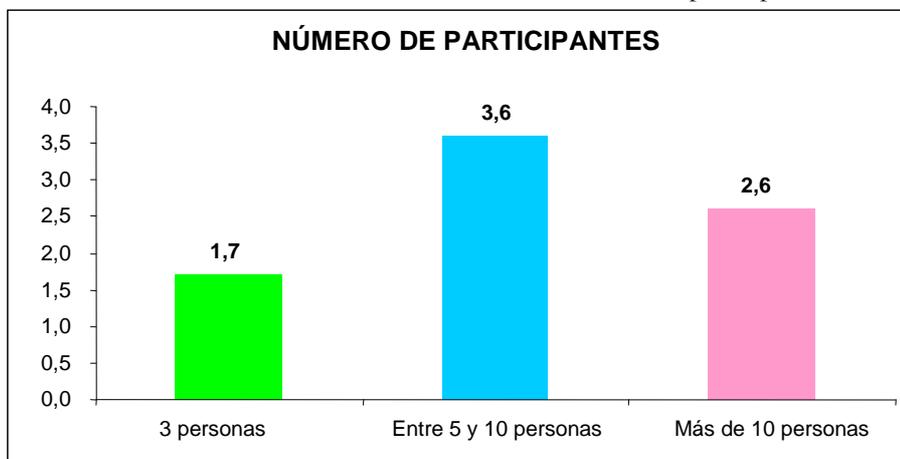
En contraposición, la mayoría de la muestra trabaja nunca y casi nunca en las sesiones grupales de tres personas.

Las medias del gráfico nº 15 reflejan un índice de frecuencia más alto en las sesiones grupales integradas entre cinco y diez personas frente al índice más bajo respecto a los grupos formados por tres personas.

Tabla nº 32. Número de Participantes

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tres Personas	35	58,3	11	18,3	10	16,7	1	1,7	2	3,3
Entre 5 y 10	9	15,0	1	1,7	10	16,7	23	38,3	16	26,7
Más de 10	22	36,7	9	15,0	8	13,3	10	16,7	10	16,7

Figura nº 15. Gráfico de medias sobre el número de participantes



6.8. Criterios de inclusión en los grupos arteterapéuticos

Como se aprecia en la tabla n° 33, aproximadamente la mitad de los arteterapeutas encuestados nunca y casi nunca eligen criterios de homogeneidad en los grupos respecto al Estado de Salud (51,6%), Nivel Cognoscitivo (46,7%), Nivel Sociocultural (45%), Tipo de Patología (43,3%). Alrededor de una cuarta parte de los participantes siguen algunas veces criterios de homogeneidad en las variables anteriores.

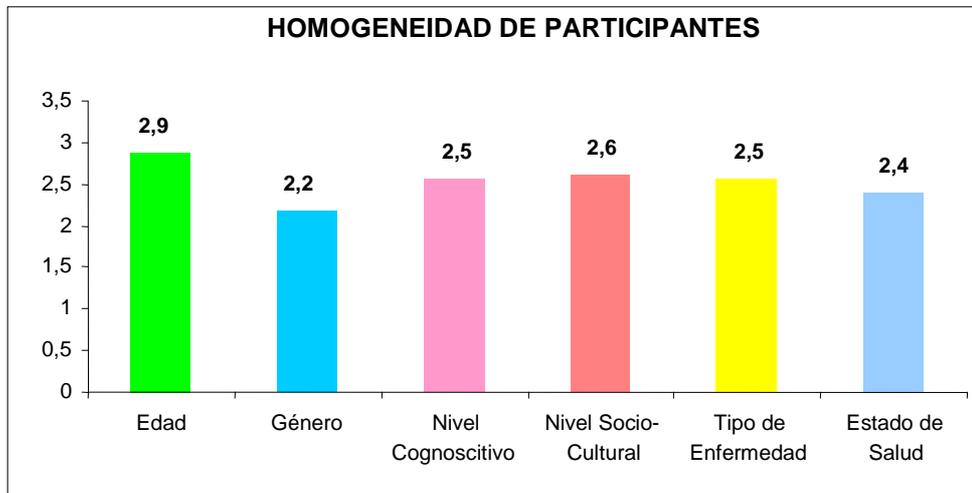
Un tercio de los encuestados trabajan siempre y casi siempre de forma análoga con grupos homogéneos relativos al Nivel Socio-Cultural y al Tipo de Patología.

Las medias del gráfico n° 16 indican que los resultados obtenidos no presentan diferencias estadísticamente significativas, en cuanto al grado de homogeneidad de los grupos en las distintas variables.

Tabla n° 33. Criterios de Inclusión

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Edad	12	20,0	11	18,3	12	20,0	19	31,7	5	8,3
Género	25	41,7	11	18,3	11	18,3	9	15,0	2	3,3
Nivel Cognoscitivo	18	30,0	10	16,7	15	25,0	12	20,0	4	6,7
Nivel Socio-Cultural	15	25,0	12	20,0	12	20,0	19	31,7	1	1,7
Patología	23	38,3	3	5,0	13	21,0	15	25,0	5	8,3
Estado de Salud	23	38,3	8	13,0	14	23,0	10	16,7	4	6,7

Figura nº 16. Gráfico de medias sobre homogeneidad de participantes



6.9. Tipo de intervención

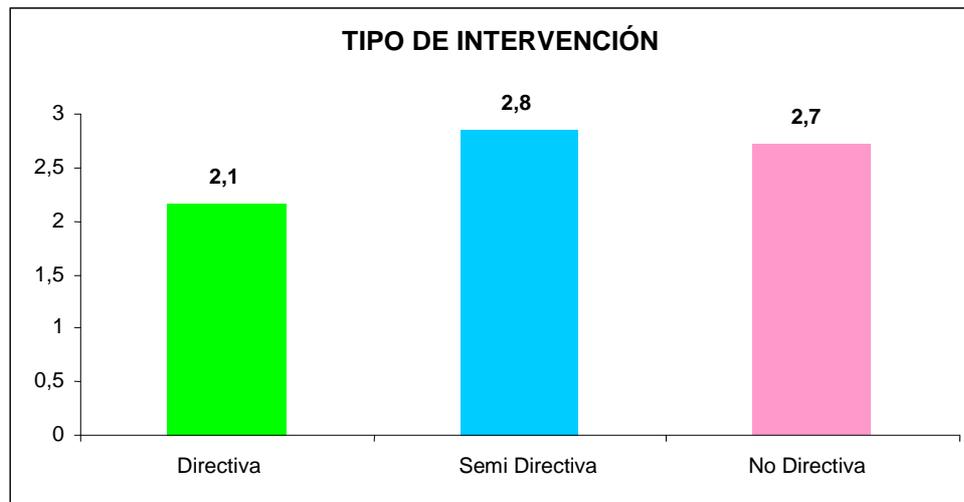
Los datos de la tabla nº 34 muestran que más de la mitad de los participantes (61,6%) nunca y casi nunca realizan intervenciones directivas.

Sin embargo, los encuestados siempre y casi siempre plantean con porcentajes muy aproximados intervenciones semidirectivas (38,3%) y no directivas (30%).

Las medias del gráfico nº 17 indican que las intervenciones directivas son menores frente a las de forma semidirectiva y no directiva que se realizan de forma similar.

Tabla nº 34. Tipo de Intervención

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Directiva	26	43,3	11	18,3	11	18,3	6	10,0	4	6,7
Semidirectiva	16	26,7	5	8,3	14	23,3	18	30	5	8,3
No Directiva	19	31,7	6	10,0	15	25,0	8	13,3	10	16,7

Figura n° 17. Gráfico de medias sobre el tipo de intervención

6.10. Temática de las sesiones

Los resultados de tabla n° 35 refleja que más de la mitad de los arteterapeutas trabajan siempre y casi siempre con sus pacientes los temas referidos al autoconcepto, la relación intrapersonal, las relaciones interpersonales e inquietudes y deseos. Alrededor de una cuarta parte también trabaja estos temas algunas veces.

La autobiografía es tratada siempre y casi siempre por menos de la mitad de los arteterapeutas encuestados y algunas veces por un tercio.

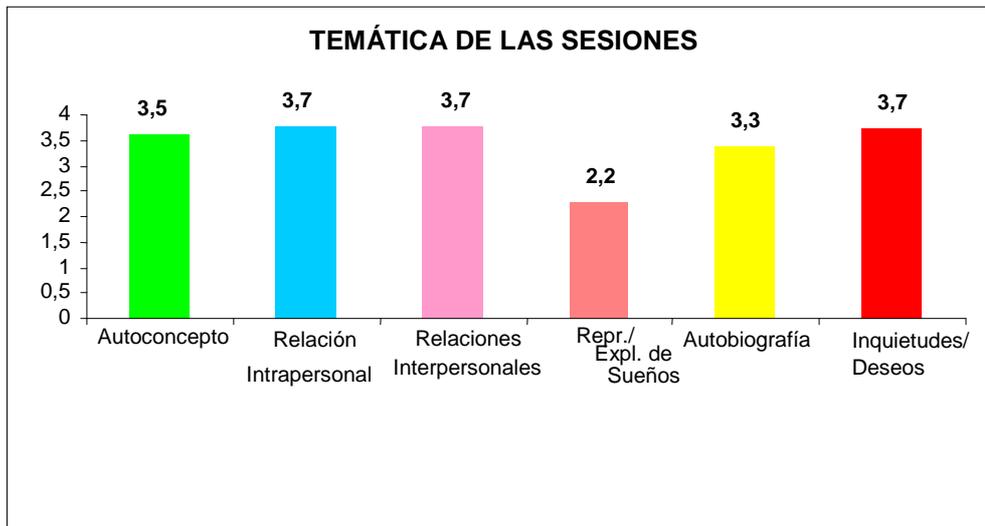
En la Representación y Exploración de los sueños, se produce una relación inversa respecto a las demás opciones: Más de la mitad de la muestra nunca y casi nunca trabaja esta temática y más de un tercio algunas veces.

El gráfico de las medias n° 18 refleja que existen diferencias estadísticamente significativas en el grado en el que se abordan las distintas temáticas, siendo las más trabajadas la relación intrapersonal, las relaciones interpersonales e inquietudes y deseos y el autoconcepto. Por el contrario, la Representación y Exploración de los sueños es la menos trabajada de todas las variables.

Tabla nº 35. Temática de las Sesiones

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Autoconcepto	6	10,0	2	3,3	18	30,0	17	28,3	16	26,7
Relación Intrapersonal	4	6,7	3	5,0	12	20,0	24	40,0	15	25,0
Relaciones Interpersonales	4	6,7	1	1,7	14	23,3	26	43,3	14	23,3
Representación y Exploración de Sueños	16	26,7	17	28,3	22	36,7	2	3,3	2	3,3
Autobiografía	5	8,3	8	13,3	20	33,3	13	21,7	13	21,7
Inquietudes y Deseos	4	6,7	1	1,7	15	25,0	25	41,7	13	21,7

Figura nº 18. Gráfico de medias sobre la temática de las sesiones



6.11. Trabajo del arteterapeuta en las sesiones

La tabla nº 36 muestra que más de las tres cuartas partes de los participantes trabajan solos siempre y casi siempre.

Más de la mitad de los encuestados nunca y casi nunca trabaja con otro arteterapeuta o profesional¹¹⁷.

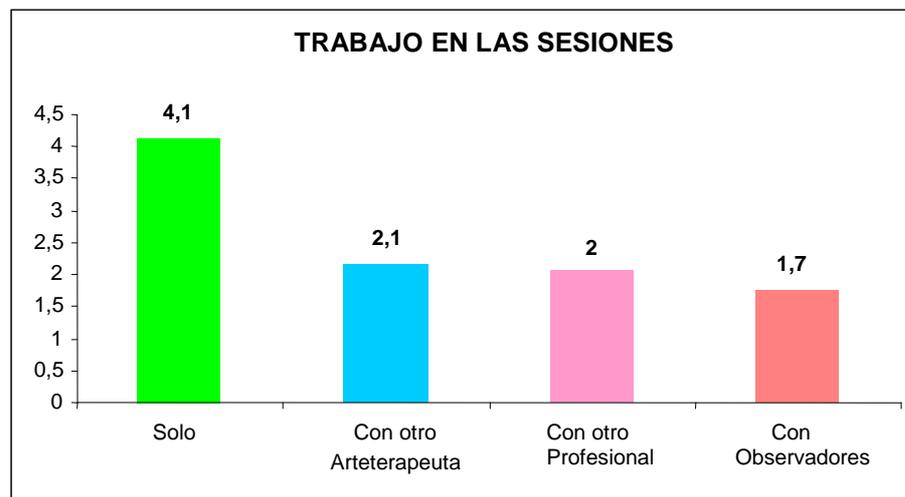
Las tres cuartas partes de la muestra nunca y casi nunca trabaja con observadores.

El gráfico de medias n° 19 refleja que la media más alta es el trabajo individualizado y la media más baja el trabajo con observadores.

Tabla n° 36. Trabajo del Arteterapeuta en las Sesiones

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Solo	3	5,0	3	5,0	7	11,7	21	35,0	26	43,3
Con Otro Arteterapeuta	26	43,3	9	15,0	15	25,0	10	16,7	----	----
Con Otro Profesional	28	46,7	8	13,3	14	23,3	9	15,0	1	1,7
Con Observadores	32	53,3	12	20	13	21,7	2	3,3	----	----

Figura n° 19. Gráfico de medias sobre el trabajo del arteterapeuta en las sesiones



¹¹⁷ Psicólogo, Psiquiatra, Pedagogo, Musicoterapeuta, Danzaterapeuta, Dramaterapeuta, etc.

6.12. Estructura de las sesiones

Los datos de la tabla nº 37 muestran que la mayoría de los encuestados estructuran sus sesiones de trabajo. Más de la mitad sigue siempre y casi siempre la estructura de *Warming-Up/Trabajo Plástico/Diálogo/ Cierre*, y casi una cuarta parte la sigue algunas veces. Aproximadamente un tercio de los encuestados mantiene siempre y casi siempre la estructura *Trabajo Plástico/Diálogo/Cierre*.

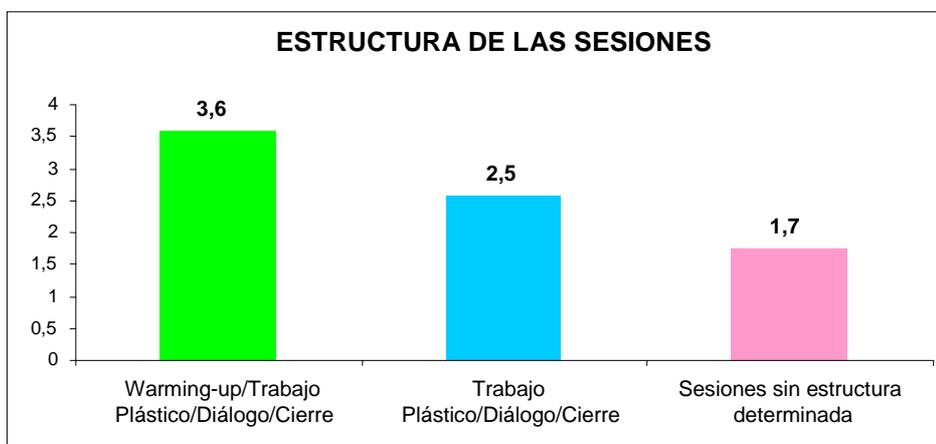
Las sesiones sin una estructura determinada sólo las siguen siempre y casi siempre un 8,4%.

El gráfico nº 20 refleja que la estructura de *Warming-Up/TrabajoPlástico/Diálogo/ Cierre* es la opción preferente y las sesiones sin estructura determinada son poco utilizadas por los arteterapeutas.

Tabla nº 37. Estructura de las Sesiones

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
W/T.P./D./C.	9	15,0	2	3,3	13	21,7	17	28,3	19	31,7
T.P./D./C.	21	35,0	11	18,3	9	15,0	11	18,3	8	13,3
Sesiones sin Estructura	36	60,0	11	18,3	8	13,3	1	1,7	4	6,7

Figura nº 20. Gráfico de medias sobre la estructura de las sesiones



6.13. Tiempo dedicado a las fases de las sesiones

Respecto al tiempo dedicado a las fases de cada sesión, casi las tres cuartas partes de los participantes dedican siempre y casi siempre más tiempo de la sesión a la fase de *Trabajo Plástico* y más de un tercio a la fase de *Diálogo*. (Tabla nº 38).

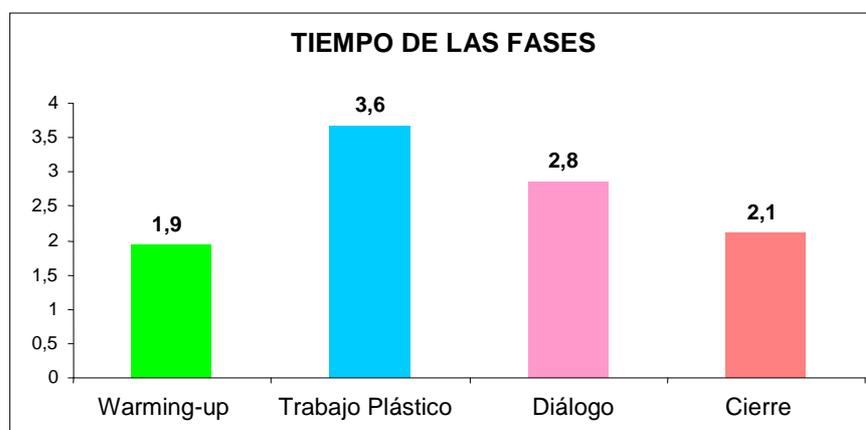
Sin embargo, más de la mitad no prolongan nunca y casi nunca el tiempo de sus sesiones en las fases de *Warming-up* y *Cierre*.

Por lo tanto, los arteterapeutas encuestados dedican más tiempo a la fase de *Trabajo Plástico* y menos tiempo a las fases de *Cierre* y *Warming-up*. (Gráfico de medias nº 21).

Tabla nº 38. Tiempo de las Fases de las Sesiones

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Warming-up	26	43,3	14	23,3	11	18,3	6	10,0	---	---
Trabajo Plástico	6	10,0	1	1,7	8	13,3	32	53,3	10	16,7
Diálogo	16	26,7	6	10,0	14	23,3	12	20,0	9	15,0
Cierre	26	43,3	12	20	9	15,0	8	13,3	3	5

Figura nº 21. Gráfico de medias sobre el tiempo de las fases de las sesiones



6.14. Periodicidad de las sesiones

La mayoría de los sesenta arteterapeutas encuestados realizan siempre y casi siempre sus sesiones una vez a la semana. De forma muy igualada los participantes nunca y casi nunca eligen una periodicidad quincenal y de más de una vez a la semana en sus tratamientos. (Ver tabla nº 39).

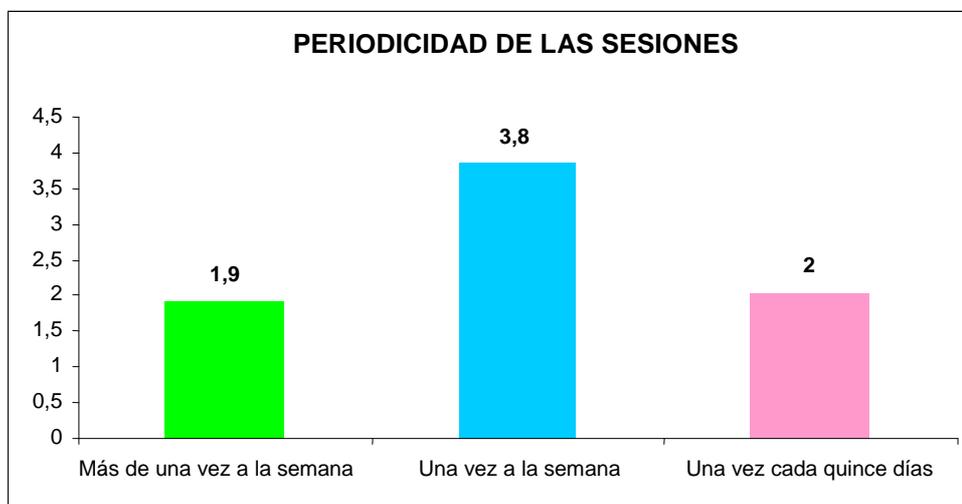
El gráfico de medias nº 22 permite observar que la periodicidad más frecuente es una vez a la semana y la de menor frecuencia más de una vez a la semana con escasa diferencia respecto a la quincenal.

La opción “Otras” también indica con porcentajes poco significativos que un 8,3% de la muestra realiza sesiones mensuales, un 3,3% intensivas durante un mes, un 1,7% intensivas de un fin de semana, un 1,7% tres veces al mes, un 1,7 % talleres anuales y un 1,7% se rige por los deseos de los usuarios.

Tabla nº 39. Periodicidad de las Sesiones

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Más de una vez por semana	32	53,3	13	21,7	8	13,3	2	3,3	5	8,3
Una vez a la semana	9	15,0	---	---	5	8,3	22	36,7	24	40
Una vez cada quince días	29	48,3	9	15,0	14	23,3	6	10,0	2	3,3

Figura nº 22. Gráfico de medias sobre la periodicidad de las sesiones



OBJETIVO 4: Identificar los sistemas de evaluación aplicados por los arteterapeutas.

La finalidad del objetivo consiste en describir el proceso de evaluación seguido por los arteterapeutas encuestados.

En primer lugar, se tratará de recoger información sobre en qué momento del tratamiento los arteterapeutas realizan sus evaluaciones. Después, se dará a conocer cuáles son los principales instrumentos de evaluación aplicados en su práctica clínica.

Por último, se mostrarán los datos recogidos sobre los aspectos a evaluar respecto a los usuarios tratados: actitud ante el tratamiento, la relación arteterapéutica establecida, su evolución, etc., así como la evaluación de la práctica profesional de los arteterapeutas en cuanto a la metodología empleada, la preparación del setting y su actuación durante el tratamiento.

6.15. Momento de la evaluación

Las respuestas indican que más de la mitad de los encuestados realizan la evaluación siempre y casi siempre al final del tratamiento y aproximadamente la mitad al final de las sesiones.

Sólo aproximadamente un tercio de los participantes evalúa siempre y casi siempre al inicio y a mitad del tratamiento. (Tabla nº 40).

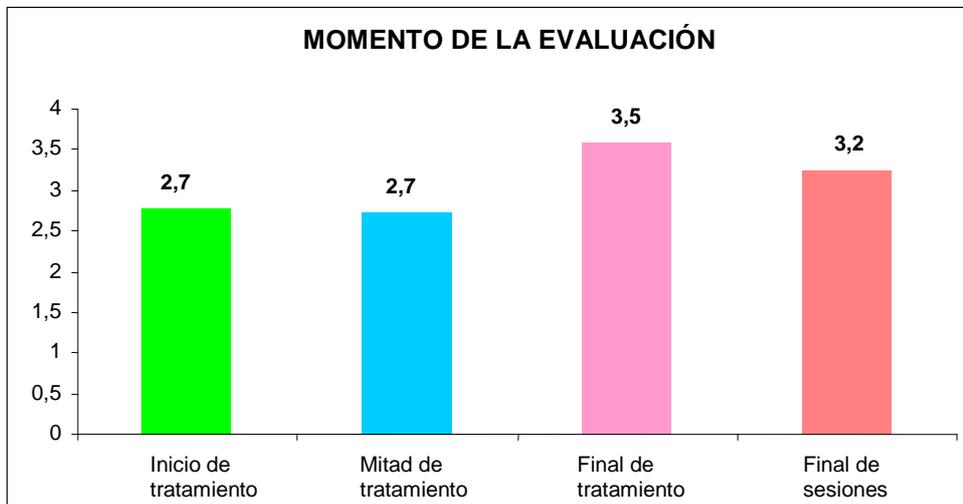
El gráfico de medias nº 23 muestra las diferencias entre los momentos en que se aplica la evaluación.

La opción “Otras” presenta variedad de respuestas poco significativas sobre el momento de la evaluación como: evaluación continua con un equipo clínico, evaluación durante todo el proceso y aplicación de la autoevaluación, realizadas cada una por un 3,3% de la muestra. También un 3,3% no realizan evaluación sino un seguimiento. Sólo un 1,7% realiza tres evaluaciones: al inicio, a mitad y al final del tratamiento.

Tabla nº 40. Momento de la Evaluación

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Al Inicio del Tratamiento	22	36,7	10	16,7	6	10,0	4	6,7	18	30
Mitad del Tratamiento	21	35,0	6	10,0	14	23,3	6	10,0	13	21,7
Final del Tratamiento	15	25,0	3	5,0	3	5,0	10	16,7	29	48,3
Final de la Sesión	17	28,3	1	1,7	10	16,7	14	23,3	18	30

Figura nº 23. Gráfico de medias sobre el momento de la evaluación



6.16. Procedimientos para evaluar

La mayoría de los encuestados utiliza para evaluar a los usuarios la observación siempre y casi siempre y más de un tercio la entrevista.

Casi tres cuartas partes nunca y casi nunca utilizan los cuestionarios. (Tabla nº 41).

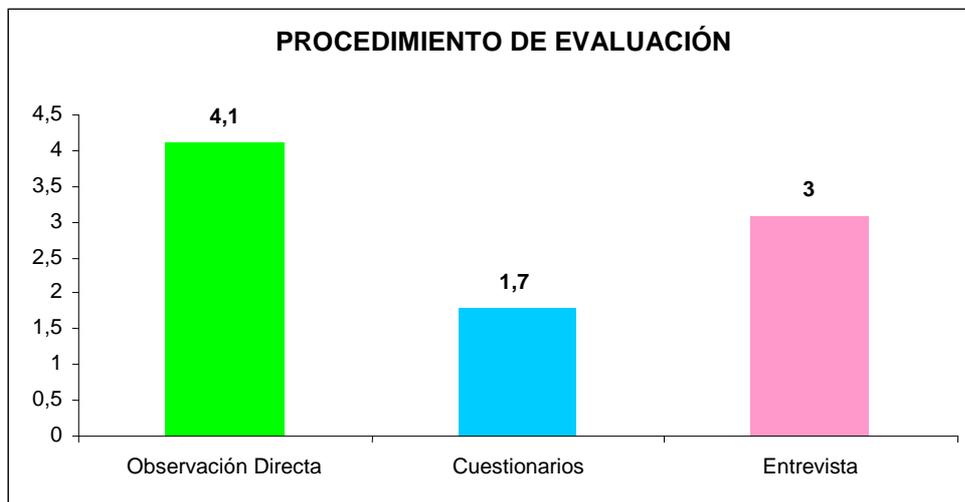
En el gráfico de medias nº 24 se aprecia cómo la observación es el procedimiento de evaluación más utilizado por los arteterapeutas y el que menos los cuestionarios.

La opción “Otras” amplía el abanico de los procedimientos de evaluación aunque con tan sólo un 1,7 % de los encuestados en cada uno de los instrumentos siguientes: Revisión de historial clínico e informes psiquiátricos, pruebas plásticas y tests proyectivos, test de Hartman, portafolios, entrevistas con otros médicos y trabajo artístico o intercambiando opiniones con el observador y/o coterapeuta.

Tabla nº 41. Procedimientos de Evaluación

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Observación Directa	7	11,7	----	----	6	10,0	13	21,7	34	56,7
Cuestionarios	37	61,7	6	10	9	15,0	5	8,3	3	5
Entrevista	14	23,3	3	5,0	20	33,3	9	15,0	13	21,7

Figura nº 24. Gráfico de medias sobre los procedimientos de evaluación



6.17. Evaluación del usuario

La casi totalidad de la muestra centran siempre y casi siempre la evaluación en la evolución del usuario. Con una proporción muy aproximada le siguen la relación entre el usuario y el trabajo plástico y los sucesos de cada sesión. (Ver tabla nº 42).

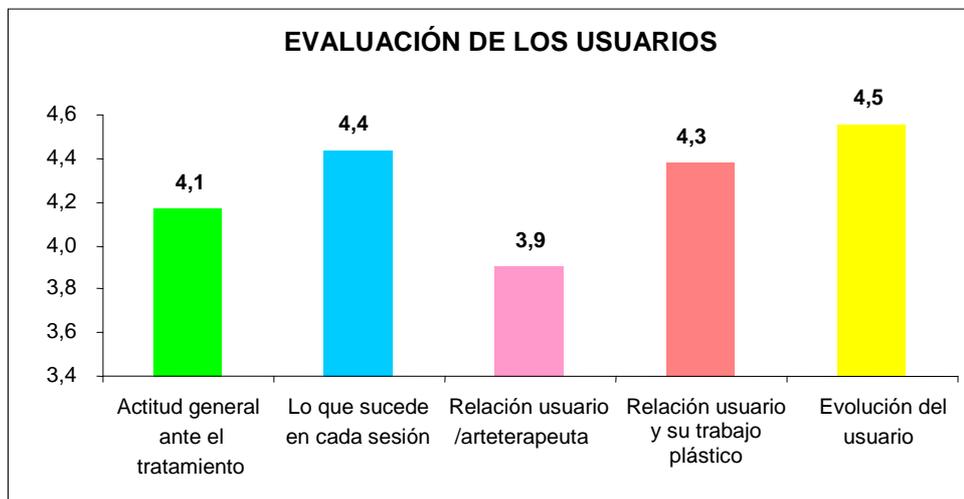
Tres cuartas partes evalúan la actitud general del usuario ante el tratamiento siempre y casi siempre. Más de la mitad centra la evaluación en la relación entre el arteterapeuta y el usuario.

En el gráfico de medias nº 25 se observa que donde más se incide es en la evolución del usuario y lo que menos la relación entre el arteterapeuta y el usuario.

Tabla nº 42. Evaluación del Usuario

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Actitud ante el Tratamiento	4	6,7	1	1,7	7	11,7	17	28,3	31	51,7
Qué sucede en las Sesiones	4	6,7	----	----	2	3,3	14	23,3	40	66,7
Relación Arteterapeuta/Usuario	4	6,7	6	10,0	9	15,0	14	23,3	27	45,0
Relación Usuario/Resolución de las Obras	2	3,3	----	----	5	8,3	19	31,7	34	56,7
Evolución del Usuario	1	1,7	----	----	4	6,7	15	25,0	40	66,7

Figura nº 25. Gráfico de medias sobre la evaluación del usuario



6.18. Evaluación del trabajo arteterapéutico

Casi la totalidad de los participantes evalúa siempre y casi siempre su actuación como arteterapeuta, más de las tres cuartas la metodología utilizada y más de la mitad la preparación del setting. (Tabla nº 43).

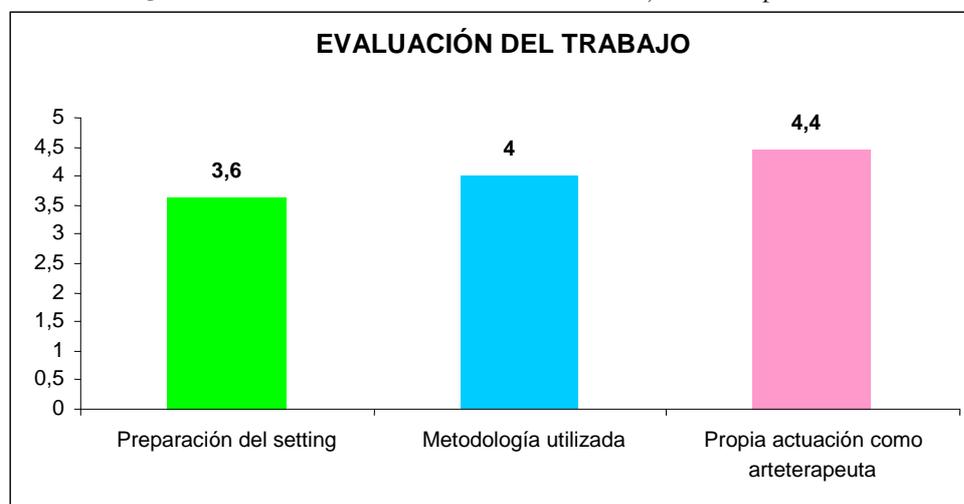
Por tanto, el resultado de las medias (Gráfico nº 26), confirma que la evaluación de la propia actuación aparece por encima de la metodología y el setting.

En la opción Otras, algunos encuestados especifican la evaluación de aspectos de su trabajo como la contratransferencia, el feedback de los pacientes, la adecuación de sus propuestas a la población, su propio estado emocional y la eficacia de su intervención de forma muy poco significativa. (1,7% cada aspecto).

Tabla nº 43. Evaluación del Trabajo Arteterapéutico

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Preparación del Setting	7	11,7	3	5	15	25,0	16	26,7	19	31,7
Metodología	6	10,0	1	1,7	5	8,3	23	38,3	25	41,7
Actuación del Arteterapeuta	2	3,3	1	1,7	2	3,3	17	28,3	38	63,3

Figura nº 26. Gráfico de medias sobre el trabajo arteterapéutico



OBJETIVO 5: Obtener datos sobre los medios plástico-visuales y recursos empleados por los arteterapeutas.

El siguiente apartado describe las técnicas y materiales utilizados por los arteterapeutas participantes. También se planteó a los encuestados, si siguen algún criterio terapéutico en la selección y clasificación de las técnicas y materiales plástico-visuales ofrecidos, durante sus programas arteterapéuticos y en relación con la patología de los usuarios.

En cuanto a los recursos y propuestas tanto complementarias como de apoyo, la muestra dará a conocer si en sus sesiones utilizan técnicas de otros ámbitos disciplinares (Musicales, Literarias, Corporales, de Relajación, etc.) y si incluyen actividades que apoyen el tratamiento arteterapéutico (visitas a museos, invitación de artistas, etc.)

6.19. Técnicas plástico-visuales utilizadas en Arteterapia

Casi la totalidad de los arteterapeutas encuestados confirman que las técnicas que utilizan siempre y casi siempre son la Pintura, seguida del Dibujo, el Collage y la Escultura por más de la mitad de los participantes.

El Assemblage y la Fotografía se emplean siempre y casi siempre por un tercio y en torno a la cuarta parte algunas veces.

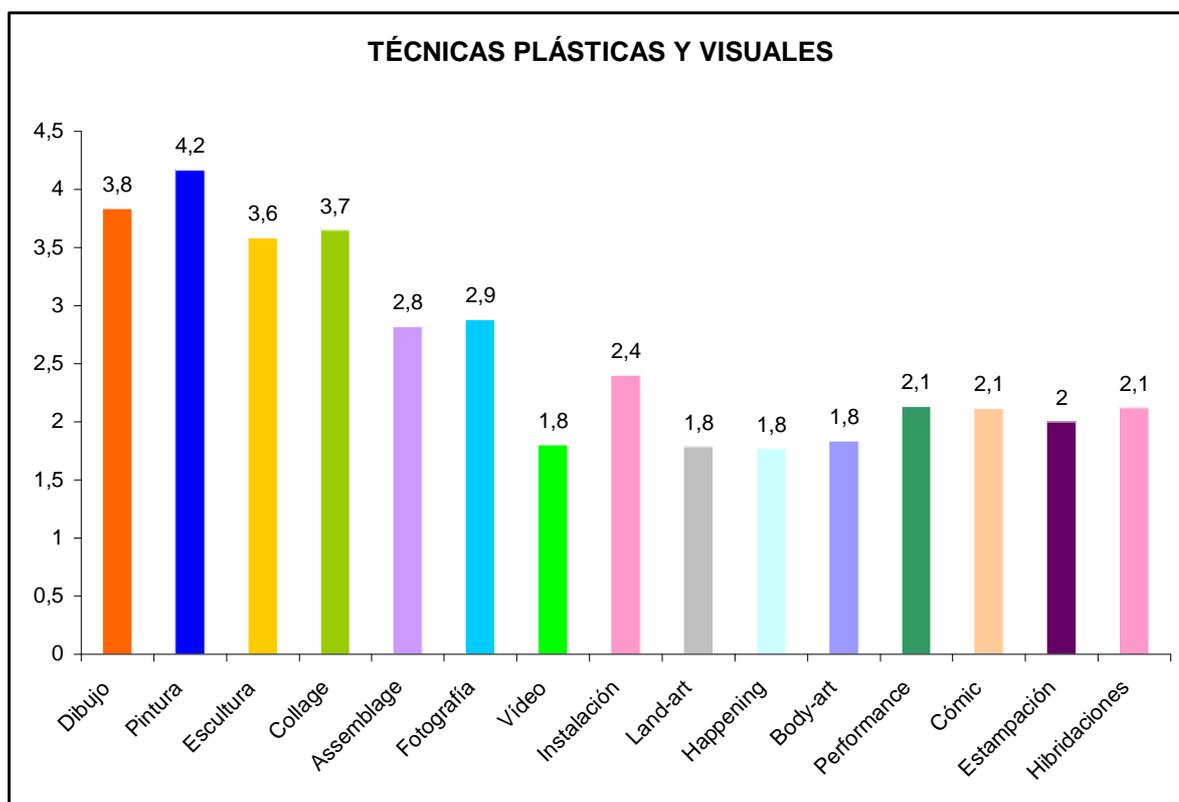
El resto de técnicas se aplican con menor frecuencia que las anteriores. Más de las tres cuartas partes de los encuestados nunca y casi nunca utilizan el Happening, el Vídeo, el Land-art y el Body-art. Más de la mitad nunca y casi nunca utiliza la Estampación, el Cómic, Performances e Hibridaciones. (Tabla nº 44).

En el gráfico nº 27 se pueden observar las medias de las técnicas empleadas en mayor y menor medida.

Tabla n° 44. Técnicas Plásticas y Visuales

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Dibujo	2	3,3	1	1,7	18	30,0	23	38,3	16	26,7
Pintura	2	3,3	---	---	5	8,3	32	53,3	21	35,0
Escultura	4	6,7	6	10,0	15	25,0	21	35,0	14	23,3
Collage	4	6,7	7	11,7	11	18,3	22	36,7	16	26,7
Assemblage	16	26,7	8	13,3	15	21,0	35	12,0	20	6,0
Fotografía	11	18,3	9	15,0	21	35,0	12	20,0	6	10,0
Vídeo	31	51,7	17	28,3	7	11,7	3	5,0	2	3,3
Instalación	19	31,7	15	25,0	15	25,0	5	8,3	6	10,0
Land-Art	35	58,3	11	18,3	9	15,0	2	3,3	3	5,0
Happening	33	55,0	15	25,0	8	13,3	1	1,7	3	5,0
Body-Art	33	55,0	12	20,0	10	16,7	2	3,3	3	5,0
Performance	26	43,3	11	18,3	17	28,3	1	1,7	5	8,3
Cómic	24	40,0	16	26,7	12	20,0	5	8,3	3	5,0
Estampación	32	53,3	9	15,0	8	13,3	9	15,0	2	3,3
Hibridaciones	29	48,3	7	11,7	12	20,0	6	10,0	4	6,7

Figura n° 27. Gráfico de medias sobre las técnicas plásticas y visuales



6.20. Criterio terapéutico en la selección de técnicas

Las tres cuartas partes de los arteterapeutas encuestados afirman que siguen, en sus tratamientos, criterios terapéuticos en la selección de las técnicas plásticas y visuales, frente a una cuarta parte que no se rige por ningún criterio selectivo. (Tabla nº 45).

Sin embargo, de los cuarenta y cinco encuestados que respondieron afirmativamente sólo treinta y cuatro especificaron los criterios de selección:

En torno al 40% coinciden en adecuar las técnicas plástico-visuales a las características del usuario: su biografía, patología, facilidad plástica, motivación y necesidades. Otro 40% considera los objetivos del tratamiento, las demandas del paciente y el tipo de agrupamiento.

Con porcentajes muy poco significativos proponen las técnicas de acuerdo con la temática tratada, el diagnóstico, proceso del paciente, la formación y el enfoque u orientación metodológica aplicada.

Tabla nº 45. Selección de técnicas

	F	%
SÍ	45	75
NO	13	21,67

6.21. Clasificación de materiales en función del tratamiento

En cuanto a los criterios de clasificación de los materiales plástico-visuales según el tratamiento aplicado, más de la mitad de los encuestados no sigue ninguna pauta concreta. (Ver tabla nº 46).

Del 28,3% que siguen criterios en la clasificación de los materiales, un 10% de la muestra se atiene a las características de los pacientes o colectivo (sus circunstancias,

predisposición, edad, factores psíquicos y físicos) y un 8,3 % contempla las cualidades de los materiales en cuanto al grado de dificultad, riesgo, sensaciones o emociones que puedan provocar su manipulación y la experiencia previa del paciente. El 10% restante no especifica los criterios que sigue en la clasificación de los materiales.

Tabla nº 46. Clasificación de materiales

	F	%
SÍ	17	28,3
NO	38	63,3

6.22. Propuestas complementarias

Aproximadamente la mitad de los encuestados informa que siempre y casi siempre introduce en sus intervenciones la Música y una cuarta parte algunas veces como propuesta complementaria a las Técnicas Plásticas y Visuales.

La Escritura Creativa la emplean siempre y casi siempre un tercio de los participantes y casi la mitad de los arteterapeutas algunas veces.

La Expresión Corporal, Técnicas de Relajación y Visualización de Imágenes son empleadas siempre y casi siempre por más de un tercio y algunas veces alrededor de una cuarta parte. La Expresión Dramática la utilizan siempre y casi siempre menos de un tercio. (Tabla nº 47).

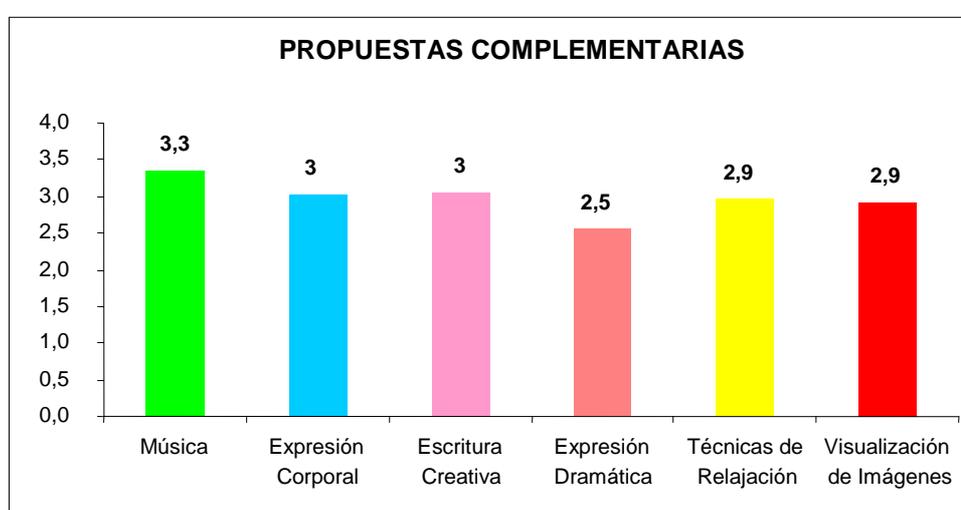
En el gráfico de medias nº 28 se visualiza que la música es el principal recurso complementario y la expresión dramática el menos empleado.

En la opción “Otras”, los arteterapeutas amplían las propuestas en sus tratamientos recurriendo al Chi-kung, juegos dinámicos, danza, juego con objetos, Tarot de conciencia en el presente, meditación, lectura de cuentos, costura y jardinería. Aunque el índice de porcentajes en cada una de estas es muy poco significativo, (1,7%). Para algunos de estos arteterapeutas dichas propuestas no son complementarias, forman parte de la intervención y se va pasando de una propuesta a otra en la sesión.

Tabla nº 47. Propuestas Complementarias

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Música	6	10,0	10	16,7	16	26,7	13	21,7	15	25,0
Expresión Corporal	13	21,7	7	11,7	16	26,7	13	21,7	11	18,3
Escritura Creativa	9	15,0	6	10,0	27	45,0	9	15,0	9	15,0
Expresión Dramática	18	30,0	10	16,7	19	31,7	7	11,7	6	10,0
Técnicas de Relajación	14	23,3	8	13,3	16	26,7	10	16,7	12	20,0
Visualización de Imágenes	17	28,3	7	11,7	12	20,0	13	21,7	11	18,3

Figura nº 28. Gráfico de medias sobre las propuestas complementarias



6.23. Actividades de apoyo

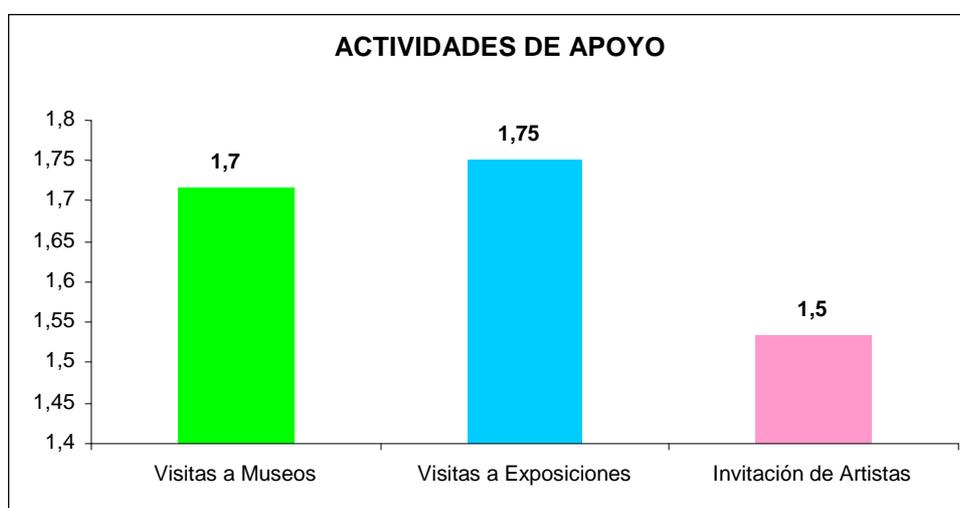
Las visitas a exposiciones presenta la siguiente incidencia: una cuarta parte de la muestra, sumando siempre y casi siempre (8,3%) y algunas veces (16,7%), realiza esta actividad. Con una diferencia poco significativa, se realiza la visita a museos y en menor medida la invitación de artistas. La mayoría de los arteterapeutas no recurren con frecuencia a estas actividades. (Tabla nº 48 y gráfico nº 29).

En la opción “Otras”, dos arteterapeutas proponen la exposición de las obras de los pacientes y otros dos recomiendan lecturas, películas, práctica artística individual y realización de excursiones.

Tabla nº 48. Actividades de Apoyo

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Visitas a Museos	36	60,0	11	18,3	8	13,3	4	6,7	1	1,7
Visitas a Exposiciones	37	61,4	8	13,3	10	16,7	3	5	2	3,3
Invitación de Artistas	39	65,0	11	18,3	9	15,0	1	1,7	----	----

Figura nº 29. Gráfico de medias sobre las actividades de Apoyo



OBJETIVO 6: Descubrir aspectos relativos a la formación del arteterapeuta.

En este objetivo se dará a conocer la opinión general de los arteterapeutas encuestados, en relación a aquellos aspectos de su formación que puedan influir en el desarrollo óptimo de su práctica clínica.

Para ello, se planteó a la muestra una serie de cuestiones relativas a la formación académica anterior a su formación como arteterapeuta, la formación recibida en arteterapia, el grado de satisfacción en cuanto al tiempo de su formación académica y el

nivel de conocimientos adquiridos sobre las líneas metodológicas aplicadas en sus intervenciones.

Por otra parte, se intentará recoger sus opiniones sobre si creen importante la realización de supervisión y de terapia personal para perfeccionar su trabajo.

Las respuestas relacionadas con la suscripción y lectura de revistas especializadas en arteterapia darán a conocer el interés de los participantes por estar informados y actualizados sobre su área de conocimiento.

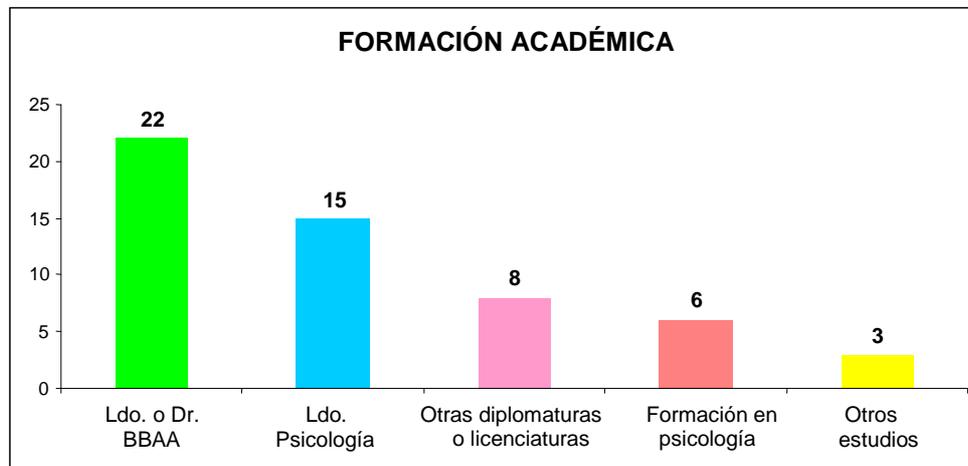
6.24. Formación académica anterior a la formación como arteterapeuta

La mayoría de los arteterapeutas encuestados son licenciados o doctores en Bellas Artes (40,74%) y en Psicología (27,76 %). Solamente un 14,81 % de la muestra posee diplomaturas o licenciaturas en otras materias, como: Sociología, Ciencias de la Educación, Historia del Arte, Medicina, Biología, Enfermería, Estudios Superiores de Danza y Coreografía. (Tabla nº 49).

En el gráfico de medias nº 30 se muestra que la mayoría de los participantes son especialistas en Bellas Artes y Psicología y sólo una minoría no posee formación universitaria.

Tabla nº 49. Formación académica

	F	%
Ldo o Dr. en BBAA	22	40,74
Ldo. en Psicología	15	27,76
Otras diplomaturas o Licenciaturas	8	14,81
Formación no universitaria en Psicología	6	11,11
Otros estudios no universitarios	3	6

Figura nº 30. Gráfico de medias sobre formación académica

6.25. Formación específica en Arteterapia

Respecto a la preparación para la profesión, prácticamente la totalidad de los participantes (90%) han recibido formación académica en arteterapia, poseyendo el 62,5% el título universitario de Máster en Arteterapia. Un porcentaje muy inferior, el 20% nos informan que su formación académica ha sido a través de cursos de especialización. Porcentajes muy pequeños corresponden a formación recibida a través de cursos de doctorado, cursos de postgrado y congresos o seminarios. Un porcentaje poco significativo, no ha recibido formación en arteterapia. (Ver tabla nº 50)

En cuanto al lugar de formación, más de la mitad de los encuestados han realizado sus estudios de arteterapia en universidades públicas españolas y tan sólo un 15% los ha realizado en entidades privadas. Un porcentaje mínimo, el 6,7%, han cursado sus estudios de arteterapia en universidades extranjeras. (Ver tabla nº 51).

Tabla nº 50. Formación académica en AT

	F	%
Máster en AT	35	62,50
Doctorado en AT	2	3,57
Postgrado en AT	3	5,36
Cursos de especialización no universitarios	12	21,43
Jornadas Universitarias	1	1,79
Sin formación	3	5,36

Tabla nº 51. Lugar de formación académica en AT

	F	%
Univ.Complutense	13	21,7
Univ. Murcia	10	16,7
Metáfora. Univ.Barcelona	5	8,3
Univ. Gerona	2	3,3
Centro de estudios AEC ¹¹⁸	2	3,3
Univ. Huelva, Granada y Valencia ¹¹⁹	3	5,67
Univ. Extranjeras ¹²⁰	4	11,7
Escuelas Privadas ¹²¹	9	15,1

¹¹⁸ El centro de estudios AEC actualmente tiene un convenio con la Universidad de Vic (Cataluña).

¹¹⁹ Las Universidades de Huelva, Granada y Valencia no ofertan estudios sobre arteterapia pero organizan regularmente Jornadas y Congresos científicos sobre la materia.

¹²⁰ En cuanto a universidades extranjeras, el 6,7 % de los encuestados (n=4), han cursado sus estudios en centros tan relevantes en la materia como St.Albans y Goldsmith's College, (Inglaterra), con un 1,7 % (n=1) respectivamente, en donde se formaron algunos de los arteterapeutas pioneros españoles, y el 3,3% (n=2) en la Universidad de Chile.

¹²¹ Respecto a las escuelas privadas el 15,1% (n=9), han cursado sus estudios en los siguientes centros: el 5 % (n=3) en *El Caminante* de Málaga, el 6,7 (n=4) en *ISPA* de Barcelona, el 3,4 % (n=2) en *INECAT* de París y 1,7% (n=1) en la *Escola Municipal d'Expressió i comunicació* de Barcelona.

6.26. Opiniones sobre diferentes aspectos de su formación en Arteterapia

a) Tiempo de formación

Más de un tercio de los arteterapeutas están bastante o totalmente de acuerdo con el tiempo de formación académica, una cuarta parte está de acuerdo, pero más de un tercio se manifiesta totalmente o algo en desacuerdo. (Tabla nº 52).

b) Nivel de conocimientos

Más de la mitad afirma estar totalmente o bastante de acuerdo en cuanto a su nivel de conocimientos sobre metodologías de Arteterapia; casi un tercio está de acuerdo y un 10% algo en desacuerdo. (Tabla nº 52).

c) Supervisión

Sobre el uso de la supervisión de otro arteterapeuta para mejorar su formación, más de la mitad está totalmente o bastante de acuerdo, un 10% de acuerdo y una cuarta parte en desacuerdo. (Tabla nº 52).

d) Realización de terapia personal

Acercas de la realización de terapia personal como formación, están totalmente de acuerdo o bastante de acuerdo casi las tres cuartas partes, un 11,7% de acuerdo y un 15% totalmente o algo en desacuerdo. (Tabla nº 52).

e) Suscripción y lectura de revistas especializadas en arteterapia

En cuanto a la suscripción de revistas sobre Arteterapia, una cuarta parte está totalmente o bastante de acuerdo y otra cuarta parte de acuerdo. Sin embargo, la mitad restante está totalmente o algo en desacuerdo.

Sobre la lectura de revistas de Arteterapia, más de un tercio está totalmente o bastante de acuerdo, otro tercio de acuerdo y menos de un tercio totalmente o algo en desacuerdo. (Tabla nº 52).

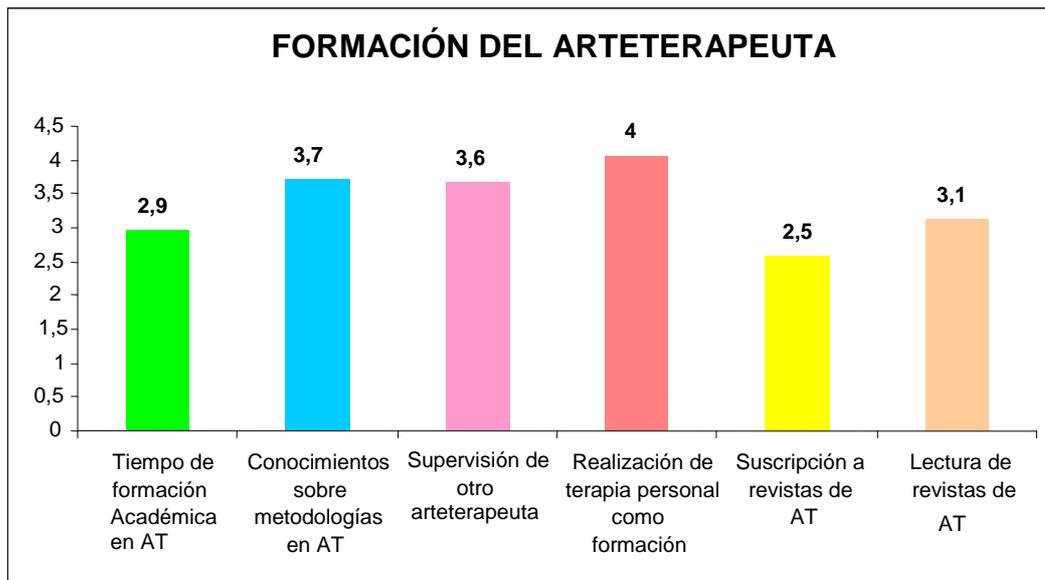
En el gráfico de medias nº 31 se observa que los arteterapeutas consideran más pertinente para su formación en grado decreciente: la realización de terapia personal, conocimientos sobre metodologías en Arteterapia, supervisión de otro terapeuta, lectura de revistas especializadas, tiempo de formación académica y la suscripción a revistas.

Tabla nº 52. Formación del Arteterapeuta

	TD		AD		DA		BA		TA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tiempo de Formación Académica	9	15,0	14	23,3	15	25,0	13	21,7	8	13,3
Conocimientos sobre Metodología	---	---	6	10,0	19	31,7	19	31,7	15	25,0
Realización de Supervisión	9	15,0	6	10,0	6	10,0	11	18,3	27	45,0
Realización de Terapia Personal	8	13,3	1	1,7	7	11,7	6	10,0	37	61,7
Suscripciones a revistas de AT	24	40,0	6	10,0	13	21,7	3	5,0	13	21,7
Lectura de revistas de AT	10	16,7	8	13,3	20	33,3	6	10,0	15	25,0

TD=Totalmente en desacuerdo; AD=Algo en desacuerdo; DA= De acuerdo; BA= Bastante de acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo.

Figura nº 31. Gráfico de medias sobre la formación en Arteterapia



f) Deseo de formación

Los resultados de la tabla n° 53 muestran que la mayoría de los arteterapeutas sienten la inquietud de seguir su formación académica en arteterapia.

Tabla n° 53. Deseos de formación en AT

	F	%
SÍ	53	88,3
NO	5	8,3

Los porcentajes más significativos como respuesta a la pregunta abierta relacionada con las facetas del Arteterapia que suscitan más interés entre la muestra sobre la profundización de sus conocimientos son:

- Información general a nivel teórico y práctico sobre arteterapia: 11,7%
- Formación en técnicas plásticas y visuales: 11,7 %
- Formación en técnicas audiovisuales: 8,3%.
- Metodología y corrientes técnicas arteterapéuticas: 8,3%.
- Supervisión: 8,3%.
- Formación psicológica: 6,7%.
- Implicación en procesos de Investigación relacionados con compartir y conocer otras formas de trabajo arteterapéutico tanto a nivel nacional como internacional, asistencia a congresos, promocionar la difusión de bibliografía sobre la materia y realizar cursos de doctorado específicos: 6,7%.
- Práctica clínica sobre arteterapia grupal: 6,7 %.
- Formación en técnicas de movimiento y trabajo corporal: 6,7%.
- El 12,7% diversifica su interés en propuestas poco significativas como: implantación de un tercer año de máster, por considerar las prácticas insuficientes,

formación en: Musicoterapia, en terapia psicomotriz modelo B. Aucouturier, en tratamientos de depresión, suicidio, procesos de duelo y experiencia en equipo clínico.

OBJETIVO 7: Indagar sobre aspectos de su profesión y el grado de implicación en proyectos para la regularización profesional del Arteterapia.

El presente objetivo trata de dar una visión sobre la situación actual de los arteterapeutas participantes dentro de su ámbito laboral, concretamente, su lugar habitual de trabajo y sus años de ejercicio. Se dará a conocer la procedencia de la demanda de su actividad con la posibilidad de descubrir si las instituciones, tanto públicas como privadas, conocen la labor de los participantes o si por el contrario son los propios arteterapeutas los que se dan a conocer.

Los encuestados aportarán información sobre su modo de trabajo, es decir, si su ejercicio es independiente, si se integra dentro de un equipo interdisciplinar o es considerado como auxiliar de otras profesiones.

También se plantearán cuestiones sobre si su labor como arteterapeuta está remunerada o si su ejercicio es de carácter voluntario. Otro aspecto a abordar será describir el tiempo transcurrido desde la finalización de sus estudios de arteterapia hasta su primer trabajo como arteterapeuta.

Para finalizar, los encuestados expondrán en qué facetas desarrollan su labor arteterapéutica y si están implicados en algún proceso para conseguir la regularización oficial de la profesión dentro del contexto español.

6.27. Lugar habitual de trabajo

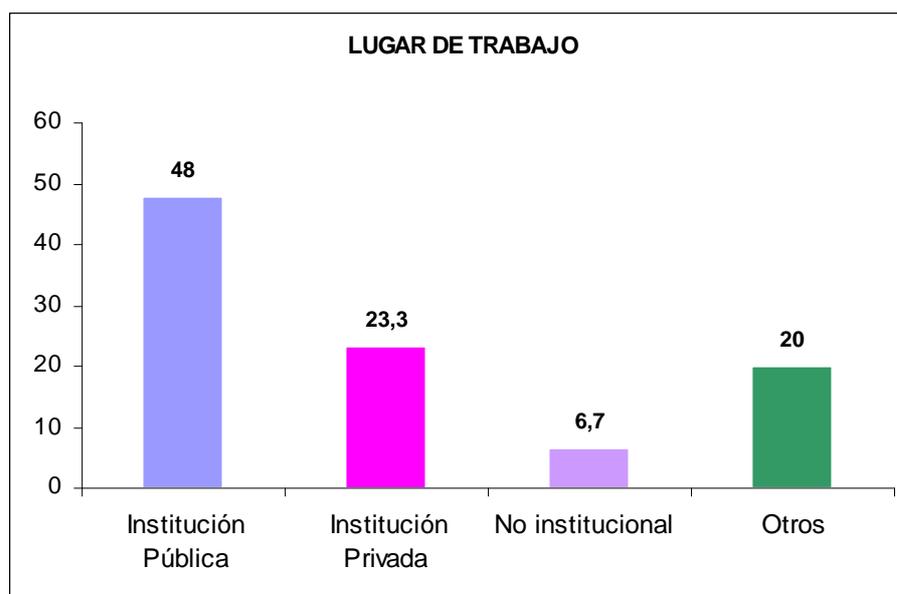
Casi la mitad de los participantes trabajan como arteterapeutas en una institución pública. Por el contrario, el 23,3% lo hacen en una institución privada. Sólo el

20% desarrollan su labor al margen de las instituciones y un porcentaje pequeño realiza su actividad de forma no institucional o privada, 6,7%. (Ver tabla n° 54 y gráfico n° 32)

Tabla n° 54. Lugar habitual de trabajo

	F	%
Institución Pública	29	48
Institución Privada	14	23,3
No institucional	4	6,7
Otros	12	20

Figura n° 32. Gráfico de medias sobre el lugar habitual de trabajo



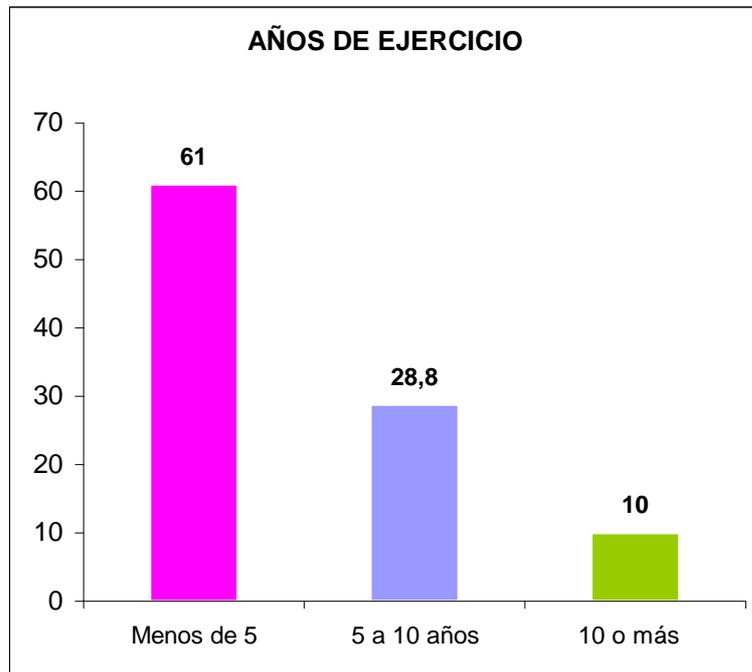
6.28. Años de ejercicio como arteterapeuta

Más de la mitad de los encuestados lleva ejerciendo la profesión de arteterapeuta menos de 5 años; por debajo del tercio entre 5 y 10 años, y una décima parte 10 años o más. (Ver tabla n° 55 y gráfico n° 33).

Tabla nº 55. Años de ejercicio

	F	%
Menos de 5	36	61
5 a 10 años	17	28,8
10 o más	6	10

Figura nº 33. Gráfico de medias sobre los años de ejercicio



6.29. Demanda del trabajo arteterapéutico

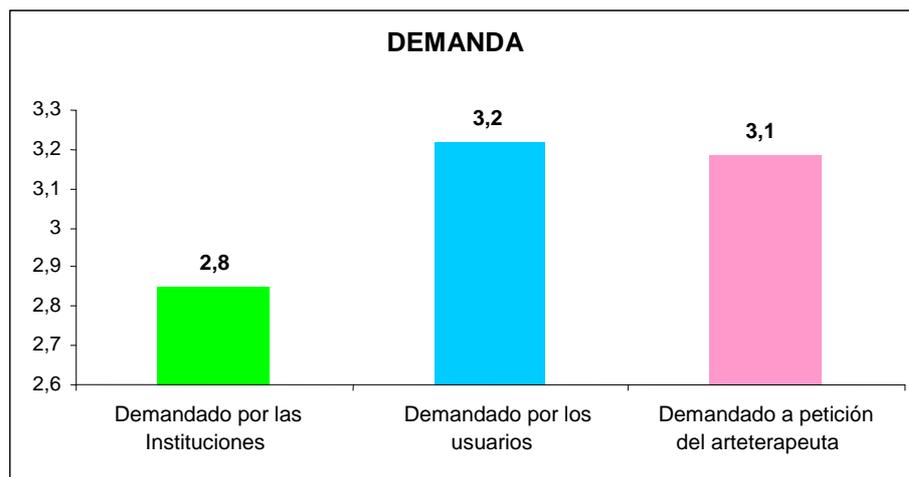
En la tabla nº 56 se observa que casi la mitad de la muestra informa que su trabajo es demandado siempre, casi siempre y también algunas veces por los usuarios. Aproximadamente la mitad suele ofrecer su trabajo siempre y casi siempre y un 28,3 % algunas veces. Por último, un cuarto de los encuestados afirma que la demanda de su trabajo procede de las instituciones y algunas veces un 38%.

El gráfico n° 34 sintetiza que la demanda del trabajo de los encuestados procede en mayor medida de los propios participantes o usuarios y en menor medida por parte de las instituciones.

Tabla n° 56. Demanda del Trabajo Arteterapéutico

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Instituciones	16	26,7	4	6,7	23	38,3	7	11,7	10	16,7
Usuarios	13	21,7	4	6,7	16	27	11,0	18,3	16	26,7
Petición Arteterapeuta	13	21,7	3	5,0	17	28,3	14	23,3	13	21,7

Figura n° 34. Gráfico de medias sobre la demanda del trabajo arteterapéutico



6.30. Forma de trabajo

La tabla n° 57 muestra que más de la mitad de los encuestados trabaja siempre y casi siempre de forma independiente y cerca de la mitad en un equipo interdisciplinar.

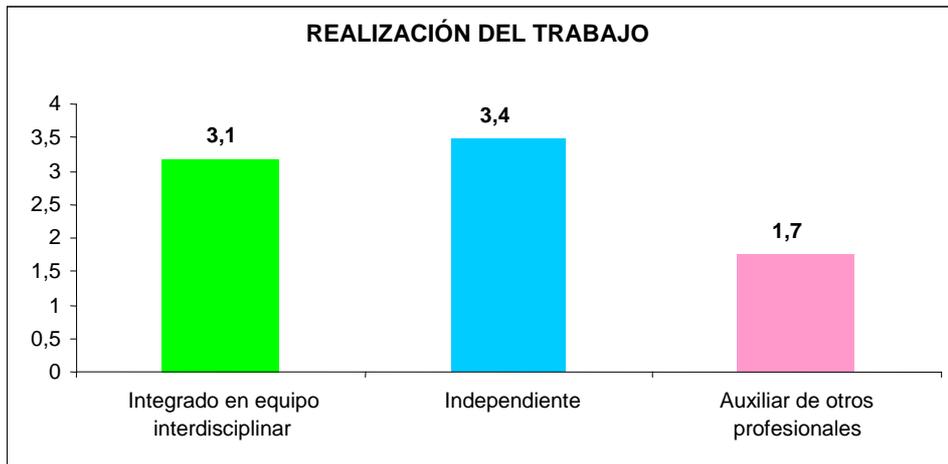
El trabajo como auxiliar de otros profesionales nunca y casi nunca lo realizan tres cuartas partes de los encuestados.

El gráfico de medias nº 35 indica que los arteterapeutas realizan su trabajo predominantemente de forma independiente y con escasa frecuencia como auxiliar de otros profesionales.

Tabla nº 57. Modalidad de Trabajo

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Equipo Interdisciplinar	14	23,3	2	3,3	19	31,7	9	15,0	16	26,7
Trabajo Independiente	11	18,3	1	1,7	16	27	13,0	21,7	19	31,7
Auxiliar	35	58,3	9	15,0	12	20,0	3	5,0	1	1,7

Figura nº 35. Gráfico de medias sobre modalidad de trabajo



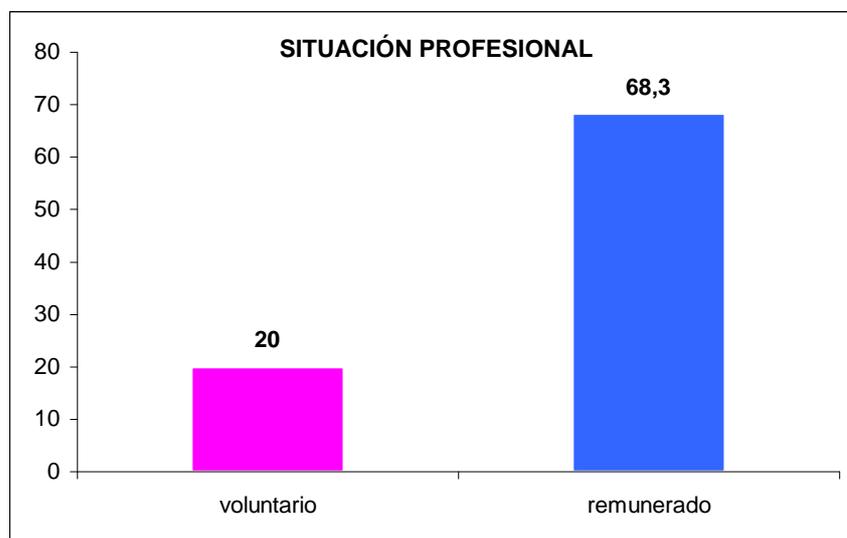
6.31. Situación profesional

Un 70% de los arteterapeutas trabajan mayoritariamente de forma remunerada siempre y casi siempre y un 15% algunas veces. En una proporción mucho menor como voluntarios: el 20% siempre y casi siempre y el 30% algunas veces. (Tabla nº 58 y gráfico nº 36).

Tabla nº 58. Situación Profesional

	N		C N		A V		C S		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Voluntario	19	31,7	8	13,3	18	30,0	6	10,0	6	10,0
Remunerado	4	6,7	3	5,0	9	15,0	18	30,0	24	40

Figura nº 36. Gráfico de medias sobre la situación profesional



6.32. Tiempo transcurrido desde la formación al trabajo como arteterapeuta

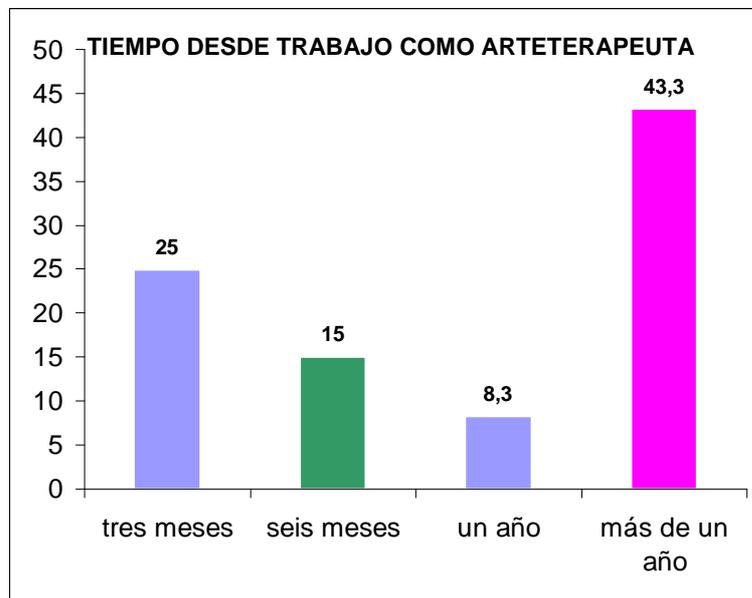
Tras recibir su formación, casi la mitad de los encuestados han tardado más de un año en encontrar su primer trabajo como arteterapeutas. (Tabla nº 59).

En el gráfico de medias nº 37 se aprecian las diferencias entre el final de la formación y el tiempo transcurrido.

Tabla nº 59. Tiempo transcurrido desde su formación al Trabajo Arteterapéutico

	N		C N		A V		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Tres Meses	40	66,7	4	6,7	1	1,7	12	20,0	3	5
Seis Meses	46	76,7	1	1,7	3	5,0	2	3,3	5	8,3
Un Año	48	80,0	1	1,7	2	3,3	3	5,0	3	5,0
Más de un Año	29	48,3	---	---	1	1,7	2	3,3	24	40

Figura nº 37. Gráfico de medias desde su formación al trabajo arteterapéutico



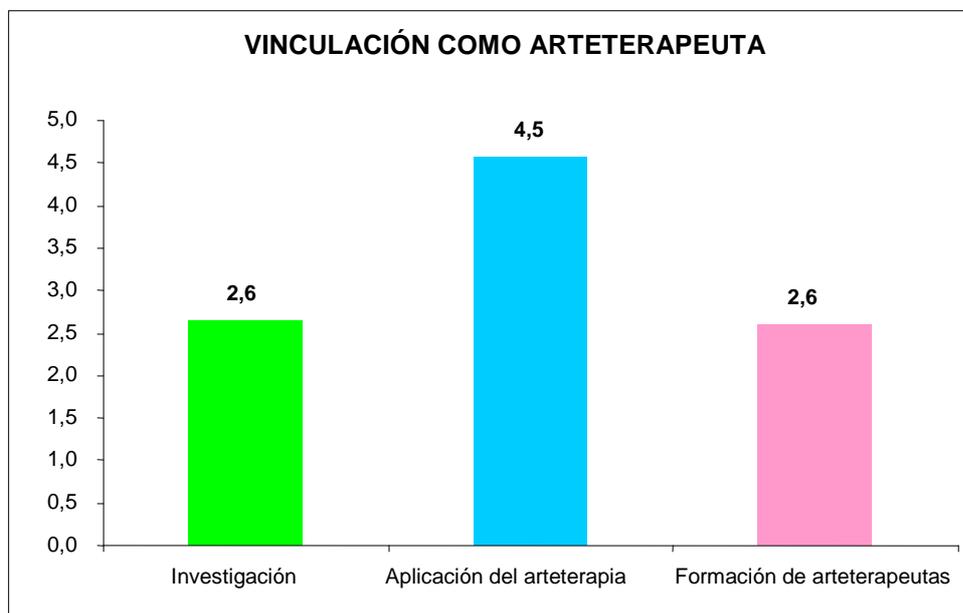
6.33. Facetas del arteterapia a las que el arteterapeuta dedica su actividad

Más de la mitad de los encuestados se dedican a la aplicación del arteterapia seguida, con diferencia, por el área de investigación y la formación de arteterapeutas, con diferencias poco significativas entre estas dos últimas. (Ver tabla nº 60 y gráfico de medias nº 38).

Tabla n° 60. Áreas de Trabajo

	N		CN		AV		CS		S	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Investigación	21	35,0	6	10	11	18,3	12	20,0	8	13,3
Aplicación Profesional	---	---	1	1,7	6	10	10,0	16,7	41	68,3
Formación de Profesionales	24	40,0	7	11,7	7	11,7	8	13,3	12	20

Figura n° 38. Gráfico de medias sobre las áreas de trabajo



6.34. Implicación en proyectos de regularización profesional

Acerca de la pertenencia a una asociación de arteterapia, están casi igualadas las respuestas negativas y afirmativas, con predominio de las primeras. Un poco menos de la mitad de los sujetos respondieron afirmativamente, frente a un poco más de la mitad que lo hizo negativamente. (Tabla n° 61).

Tabla nº 61. Pertenencia a alguna asociación

	F	%
SÍ	28	48,2
NO	30	51,7

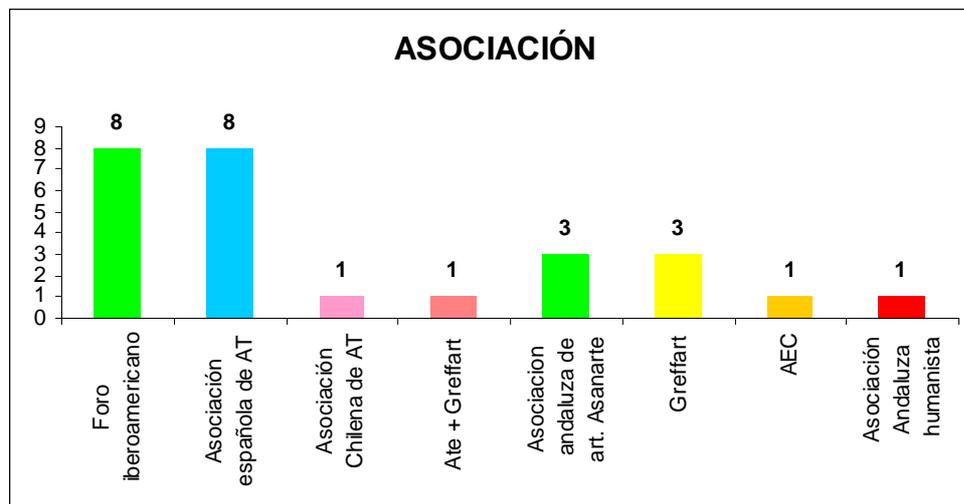
De los 28 sujetos que respondieron afirmativamente, 26 han nombrado la asociación a la que pertenecen. Los resultados se muestran en la tabla nº 62 y en el gráfico nº 39 se muestran las medias.

Se pueden observar dos asociaciones con porcentaje más alto en relación con las demás asociaciones: La *Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia*, de Madrid y la *Asociación Española de Arteterapia*, con su sede en Barcelona.

Tabla nº 62. Nombre de las asociaciones

	F	%
Foro Iberoamericano (AFIA)	8	30,7
ATE	8	30,7
Asociación Chilena de AT	1	3,8
ATE + Greffart	1	3,8
ASANARTE	3	11,5
Greffart	3	11,5
AEC	1	3,8
Asociación Andaluza Humanista	1	3,8

Figura nº 39. Grafico de medias con las frecuencias de los encuestados pertenecientes a una asociación



En relación a los procesos de regularización de la profesión el 36%, contestó que sí estaban implicados en algún proyecto para conseguir dicha regularización; un 60%, no están implicados. Entre los proyectos que están realizando destacan:

a) La constitución de una federación nacional de terapias creativas formada por miembros de la A.F.I.A. (11,7% de los encuestados), socios de la A.T.E. (8,3%) y de Greffart (1,7%).

b) Otros proyectos para impulsar el arteterapia en una escala menor son los de creación de asociaciones de arteterapia: en Murcia (1,7%) y de arteterapia humanista en Málaga, por parte del centro de estudios *El Caminante* (1,7%).

Uno de los arteterapeutas encuestados nos informa que se está gestando la implantación de un grado y un postgrado de arteterapia en la Facultad de Educación de la Universidad de Huelva.

c) El 10,9% de los encuestados afirma que están implicados en algún proyecto sin especificarlo.

Capítulo 7. Conclusiones

“La investigación hace avanzar el conocimiento y mejorar la práctica”.

(McMillan y Schumacher, 2005, p. 20)

El presente estudio da una visión general de la metodología aplicada por arteterapeutas que trabajan dentro del contexto español. También añadir que, a pesar del carácter exploratorio y descriptivo de la investigación, se llegó a realizar un análisis factorial estableciendo correlaciones entre los componentes principales del cuestionario, con la finalidad de aportar una información más exhaustiva de los datos obtenidos. Sin embargo, la indagación de dichos datos supone un trabajo mucho más extenso, desbordando los objetivos planteados en el presente estudio. Por lo tanto, se deja el camino abierto a futuras investigaciones que continúen el trabajo de forma más detallada y que logre suscitar nuevas investigaciones que permitan incrementar los conocimientos de arteterapia y perfeccionar sus dimensiones disciplinar y profesional.

7.1. Cumplimiento de la hipótesis de trabajo

Tras realizar la presente investigación, analizar y relacionar los resultados empíricos con los datos del marco teórico, se puede confirmar la hipótesis de trabajo:

1) La totalidad de los arteterapeutas sigue un protocolo en sus intervenciones y aplican diversas orientaciones metodológicas en sus actuaciones, de acuerdo con los planteamientos de los países pioneros en la

materia. Pese al corto recorrido del Arteterapia en el contexto español se advierte una aplicación competente en sus intervenciones.

2) Un número poco significativo de arteterapeutas aplica en sus tratamientos procedimientos heterodoxos que podrían incluirse en prácticas de origen esotérico: Tarot de conciencia en el presente, y en técnicas más cercanas a la terapia ocupacional: costura y jardinería. La vaguedad de los límites del Arteterapia con otras disciplinas que utilizan la mediación artística, así como su carácter versátil puede desvirtuar el verdadero sentido conceptual y pragmático de la misma dando la idea de ser “un cajón de sastre” en el que caben diversos procedimientos con el nombre de arteterapia.

7.2. Conclusiones de los resultados sobre el contexto de las prácticas arteterapéuticas

En los resultados de esta investigación se ha constatado que:

a) La población más tratada por los arteterapeutas de la muestra son los adultos. La menor demanda de cuidado arteterapéutico se encuentra en la población de la tercera edad. Este dato coincide con la información recogida en el capítulo cuatro donde se perciben menos trabajos de investigación dedicados a la tercera edad en la bibliografía existente.

b) El ámbito predominante de aplicación en las intervenciones de los encuestados es el psicoterapéutico, seguido con menor incidencia de los ámbitos educativo, médico-clínico y de servicios sociales. Estos datos eran predecibles, debido a que el arteterapia hunde sus raíces en el Psicoanálisis y en la Educación Artística principalmente, extendiéndose, a posteriori, a ámbitos de índole social. Sin embargo, las

escasas intervenciones arteterapéuticas en el ámbito de la rehabilitación dejan al descubierto la necesidad de abrir nuevas líneas de trabajo e investigación en dicho sector.

c) En cuanto a los campos de aplicación más frecuentes son: Salud mental, seguida de la Integración Social y Escolar. Los arteterapeutas también tratan, aunque de forma menos relevante: Discapacidades, Geriátrica, Mujeres víctimas de violencia de género e Inmigrantes. Sin embargo, su actividad es poco significativa en: Oncología, Cuidados paliativos, Trastornos alimentarios, Centros penitenciarios.

De estos resultados se deduce que el arraigo del arteterapia en salud mental sigue vigente, del mismo modo que refleja la bibliografía recogida sobre este campo de acción donde se observan más trabajos científicos que en otras patologías. No obstante, los talleres de arteterapia se van implantando progresivamente en integración social y escolar como un valioso instrumento de solución de conflictos. Sería de gran interés seguir indagando sobre los campos de aplicación menos estudiados: Oncología, Cuidados paliativos, Trastornos alimentarios, Centros penitenciarios. Algunos arteterapeutas también han hecho alusión al crecimiento personal como un campo de aplicación más del Arteterapia, demandado por colectivos que no necesariamente sufran de alguna patología o problema.

7.3. Conclusiones de los resultados sobre la metodología aplicada en las intervenciones arteterapéuticas.

d) La mayoría de los encuestados conciben sus intervenciones como una psicoterapia y en menor medida como un taller creativo. Una conceptualización y metodología del arteterapia más próxima a la modalidad de *Psicoterapia con mediación artística*¹²² frente a la postura *Proceso creativo como terapia*. Por lo tanto, se percibe una

¹²² Aportada por la BAAT y otras asociaciones internacionales como The Association des art-thérapeutes du Québec (AATQ, 1981), The Australian & New Zealand Art Therapy Association (ANZATA, 1987), Art Therapy Association of Colorado (A.T.A.C., 1988), Sociedade Portuguesa de Arte Terapia (S.P.A.T.,1996), Asociación Castellano-Leonesa de Musicoterapia y Arteterapia (ACLEDIMA, 2001), Asociación Chilena de Arteterapia, (ACAT,2006).

tendencia hacia los aspectos psicoterapéuticos del uso de las actividades plástico-visuales en el proceso arteterapéutico.

Algunos arteterapeutas la identifican con la terapia ocupacional. Este hecho denota que no están suficientemente claras las competencias del Arteterapia respecto a las de otras disciplinas que utilizan también como terapia la mediación artística.

e) La orientación teórico-metodológica más frecuentemente utilizada es la humanista, seguida de la psicoanalítica y del enfoque ecléctico.

Frente al enfoque psicoanalítico, predominante en el arteterapia desde sus orígenes, los arteterapeutas de la muestra han recurrido más a la orientación metodológica humanista. Estos resultados permiten relacionarlos con la expansión del arteterapia fuera del ámbito psiquiátrico. La crisis del hombre actual, inmerso en un mundo materialista también favorece la demanda de crecimiento personal, como también se ha podido observar en el apartado c. La fundamentación epistemológica humanista se basa más que en tratar los aspectos patológicos de la personalidad, en activar los aspectos positivos y saludables del ser humano; en estimular la capacidad innata de expansión y autorrealización.

El enfoque ecléctico también es seguido por los arteterapeutas de la muestra. El carácter interdisciplinar del Arteterapia permite, aunque se siga un determinado enfoque, introducir conceptos de diversas disciplinas para ajustar la labor a la persona y a sus necesidades. No son puristas sino pragmáticos al seleccionar las nociones más eficaces para abordar las diversas situaciones que se presenten.

También se observa un uso poco frecuente de la corriente arteterapéutica conductual al igual que ocurre en el panorama internacional.

f) El formato de las sesiones más aplicado es el grupal y el individual, siendo muy poco frecuente la agrupación en parejas y la familiar. Estos datos coinciden con la información aportada en el marco teórico sobre otros países.

Respecto al formato grupal, el número de componentes suele ser de cinco a diez personas. Y los criterios de inclusión son flexibles en cuanto a la homogeneidad de los participantes, aunque se prefiere la homogeneidad en edad, nivel cognoscitivo, sociocultural y tipo de patología de los usuarios. En el rastreo bibliográfico no se ha

encontrado documentación relativa a criterios que justifiquen el número de componentes en los grupos y su grado de homogeneidad o heterogeneidad.

g) Las intervenciones semidirectivas y no directivas prevalecen frente a las directivas. Esto denota que los arteterapeutas de la muestra tienden a dejar a sus usuarios como responsables de sus propias actuaciones en relación a: la elección de los medios plástico-visuales y a la dinámica que se genere en las sesiones. Estos datos establecen una relación con el enfoque humanista y psicoanalítico también prevaleciente en la muestra. La bibliografía consultada constata en estas orientaciones la inclinación a la no directividad frente a las orientaciones psicoeducativas (Conductuales y cognitivas), menos aplicadas por los encuestados, donde el planteamiento de las sesiones suele ser más directivo.

h) Los temas que más se trabajan con los usuarios por los arteterapeutas encuestados son: las relaciones intrapersonales, relaciones interpersonales, inquietudes y deseos y el autoconcepto. Por tanto, las preocupaciones de estos usuarios se centran en los problemas relacionados consigo mismos y en su interacción con los demás.

i) Existe una preferencia por las sesiones estructuradas frente a las sesiones sin estructura. La estructura más aplicada en las sesiones presenta las siguientes fases: *warming-up*/trabajo plástico/diálogo/cierre. Las fases a las que dedican más tiempo son: el trabajo plástico, seguida de la de diálogo. Los arteterapeutas encuestados dan prioridad a observar y a entender la manera de actuar que tienen sus pacientes, mientras desarrollan la tarea plástica y a dejarles un espacio para que puedan recapitular verbalmente lo experimentado durante las sesiones. Sin embargo, la arteterapeuta americana Nucho establece una relación entre la duración de las fases de las sesiones y la edad de la población tratada, donde expone que la población infantil dedica más tiempo a la fase plástica que a la de diálogo o cierre, frente a los adultos que emplean más tiempo al diálogo y la reflexión. No obstante, resulta muy complejo establecer una clasificación sobre la secuenciación temporal, ya que depende de múltiples variables: patología, agrupamiento, tipo de tratamiento y duración, etc.

j) La periodicidad de las sesiones predominante es de una vez a la semana, espacio de tiempo que coincide con lo estipulado por autoras como Pain y Jarreau (1995) u Omentat (2006d), aunque también dependerá de las necesidades a tratar.

k) En el sistema de evaluación se observa:

- El momento de la evaluación predominante es al final del tratamiento y de las sesiones. La evaluación inicial y a mitad del tratamiento son menos practicadas, a pesar de su importancia para el buen curso del tratamiento y su ejecución, según la bibliografía consultada¹²³.

- Procedimiento de evaluación: el criterio más frecuentemente utilizado para evaluar es el método cualitativo de la observación de los usuarios. Recurren bastante menos a la entrevista y poco a los cuestionarios. A pesar de los métodos y herramientas de evaluación existentes en arteterapia, de carácter tanto cualitativo como cuantitativo, se perciben un uso escaso de los mismos. La razón podría deberse a dos razones:

- A la poca trayectoria que el arteterapia tiene en España. Como se ha comentado, en los países pioneros, la evaluación es un tema aún por explorar, a pesar de los años de ventaja. En España, esta realidad se percibe de forma más obvia. Este hecho abre múltiples caminos de investigación al ser evidente la laguna que existe sobre temas relacionados con la evaluación.

- Y porque las herramientas cuantitativas se suelen emplear más en los enfoques psicoeducativos, (conductuales y cognitivos), poco aplicados por la muestra de arteterapeutas encuestados y en el panorama arteterapéutico internacional.

- Objetivo de la evaluación: Los arteterapeutas encuestados valoran prioritariamente la evolución del usuario, seguida de la relación establecida entre el usuario y el trabajo plástico, lo que sucede en cada una de las sesiones, la actitud general del usuario ante el tratamiento y la relación arteterapeuta-usuario.

- Autoevaluación de los arteterapeutas: la mayoría evalúa más su actuación como arteterapeuta con escasa diferencia respecto a la metodología utilizada y la preparación del setting.

¹²³ Ver capítulo 4º, apartado 4.7.1.

l) Las técnicas artísticas que predominan en las sesiones de los arteterapeutas de la muestra son las técnicas gráfico-plásticas clásicas: pintura, dibujo y escultura, además del collage. Con menor asiduidad: El assemblage y la fotografía. Son poco frecuentes la estampación, el cómic, performance e hibridaciones. Apenas emplean el happening, vídeo, land-art y body-art y ningún componente de la muestra utiliza medios informáticos (Hardware y Software), en sus tratamientos. Dentro del panorama internacional sí se observan arteterapeutas¹²⁴ que introducen programas informáticos de dibujo, tratamiento de imágenes o animación en 3D.

La bibliografía recogida en el marco teórico demuestra que el uso del cómic, la fotografía, el vídeo, el ordenador, etc., son muy útiles y adecuados:

- En el ámbito educativo, en la integración escolar y social, al despertar el interés y la motivación en segmentos de población muy familiarizados con estos medios como los niños y adolescentes.

- Porque amplía el alcance creativo y terapéutico más allá de las técnicas habituales (dibujo, pintura, escultura, etc.).

ll) La mayoría de los arteterapeutas siguen criterios terapéuticos en la selección de las técnicas plásticas y visuales ofrecidas a los usuarios en las sesiones. Sin embargo, los criterios son flexibles, atendiendo principalmente a: las características, biografía, patología, facilidad plástica, motivación o demandas del usuario. La metodología aplicada y la formación de la muestra no son factores que influyan en dicha elección.

Un grupo menos numeroso, trata de adecuarlas a los objetivos del tratamiento, a la dinámica transferencial, la evolución plástica de las representaciones y a las fases del tratamiento.

La información obtenida contrasta con las aportaciones de autoras de renombre como Landgarten (1987), Wadeson (1980) y Dalley (1987)¹²⁵, cuyos criterios se rigen por el nivel de control técnico que permitan las propiedades de los materiales y técnicas plástico-visuales.

También se observa que la mayoría no clasifica los materiales según el tratamiento aplicado. Recurren a los mismos, de acuerdo con las distintas circunstancias como sucede con el uso de las técnicas. En el marco teórico se hace una referencia breve

¹²⁴ Ver capítulo nº 4, apartado 4.4.1.3.

¹²⁵ Citadas en el capítulo nº 4, apartado 4.4.1.3.

de las cualidades físicas de los materiales y de sus implicaciones psicológicas. Se percibe la ausencia de investigaciones científicas que especifiquen con rigor estos aspectos.

m) Como propuestas complementarias en sus intervenciones, la mayoría de los arteterapeutas combina las técnicas plástico-visuales, preferentemente, con la música, seguida de la escritura creativa, la expresión corporal, las técnicas de relajación, visualización de imágenes y, en menor medida, la expresión dramática. Esta información denota:

- Un interés por parte de los encuestados por utilizar recursos que puedan reforzar la labor arteterapéutica.

- Verifica que algunos encuestados se han formado en centros de estudios de arteterapia con intermediación de diversos medios expresivos. (Ver tabla nº 4).

Sin embargo, otro dato destacable, aunque se perciba de forma poco significativa, es que algunos encuestados aplican en sus tratamientos procedimientos de inspiración esotérica: Tarot de conciencia en el presente o técnicas más cercanas a la terapia ocupacional: costura y jardinería. Integrar este tipo de prácticas pseudocientíficas en las intervenciones podría desvirtuar las competencias profesionales y disciplinares del Arteterapia, además de no favorecer su rigor científico y ralentizar la profesionalización del Arteterapia en España.

n) Las actividades de apoyo como visitas a exposiciones, museos e invitación de artistas son procedimientos poco explotados. Sin embargo, arteterapeutas como Alter-Muri (1996), Miller (1993), Martínez Díez (2004) o Riley (1999), opinan que la integración de este tipo de actividades en los tratamientos de arteterapia ayuda a los usuarios a identificarse con sus obras y su propia biografía¹²⁶.

¹²⁶ Ver apartado 4.4.1.3.

7.4. Conclusiones sobre el perfil de los arteterapeutas

Respecto a los aspectos demográficos recogidos de los participantes en esta investigación destaca:

ñ) La predominancia femenina de la profesión, al igual que ocurre a nivel internacional. Este dato puede ser relevante para investigar la causa de esta prevalencia, al igual que ocurre con otras profesiones como en Educación. También convendría comprobar si existe una relación entre el desconocimiento en España del Arteterapia y la baja valoración social que se otorga a las profesiones con predominio femenino.

o) Los participantes se contextualizan geográficamente en nueve comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, Murcia, País Vasco y Valencia. Destacan por su número los pertenecientes a Cataluña y Madrid, comunidades pioneras en la implantación y desarrollo del Arteterapia y con mayor actividad, tanto en el campo académico-formativo como en el de la práctica profesional. En el ámbito académico con la creación de estudios de máster, cursos de postgrado y cursos de especialización sobre arteterapia. Y a nivel profesional con la fundación de asociaciones, en Cataluña: *Asociación Española de Arteterapia (ATE)*, *Greffart*, *AEC*; y en Madrid: *Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia*. Asociaciones que trabajan activamente en la normalización general de la formación académica del arteterapeuta y de su institucionalización profesional a nivel público. (Ver apartado 2.3.4.)

En Andalucía, el porcentaje también es significativo, ya que existen tres asociaciones de arteterapia: Asociación andaluza de arteterapia *Asanarte*, *Asociación Andaluza humanista* y *Recorridos*. También se observa la organización de cursos y Jornadas Científicas por parte de la Universidad de Huelva y Granada.

En Valencia y en Murcia, aunque el porcentaje no ha sido significativo también son comunidades interesadas en la difusión del arteterapia. En Murcia, además de existir un Máster Universitario en arteterapia se organizan de forma regular jornadas sobre el tema.

Estos datos constatan que la implantación de estudios universitarios, la realización de congresos y la creación de asociaciones de arteterapia favorece el desarrollo disciplinar y la expansión profesional como ha ocurrido en los países pioneros y como se expone en muchos de los objetivos planteados en las asociaciones.¹²⁷

Pese a estos esfuerzos, todavía quedan muchas comunidades autónomas donde la ausencia de estos hechos determina que el arteterapia siga siendo una materia desconocida.

En relación a los aspectos formativos de los arteterapeutas encuestados se percibe que:

p) Principalmente son licenciados y algunos doctores, en Bellas Artes y Psicología, especializados en Arteterapia con titulaciones de máster, cursos de postgrado y de especialización profesional y con deseos actualizar sus conocimientos y de seguir formándose en: Técnicas plástico-audiovisuales, Psicología, Técnicas terapéuticas, Práctica clínica grupal, Técnicas de movimiento y trabajo corporal, Supervisión.

Este dato es doblemente revelador. A la hora de enfrentarse al ejercicio de una profesión tan compleja por su naturaleza multidisciplinar, los encuestados son conscientes de las dificultades que suscita poseer competencias en todas las áreas de conocimiento implícitas en Arteterapia. En general, los especialistas en BBAA demandan formación psicológica y los psicólogos y psiquiatras conocimiento y manejo de la mediación artística.

La demanda de supervisión es muy significativa. Para la aplicación correcta de los enfoques es imprescindible el apoyo de la supervisión, ejercida por otros profesionales expertos en la práctica. (Hills, 2006).

Los deseos de formación denotan el interés de un colectivo, en el ejercicio, competente y responsable de la profesión. Este hecho puede repercutir en la metodología, el dominio y calidad de la práctica arteterapéutica y el prestigio de la profesión. La formación continua del arteterapeuta es exigida por los miembros de la ATCB con la obtención del *Board Certified* (ATR-BC) en EEUU, y la BAAT con *Continuing Professional Development* (CPD). En España, no existe ninguna asociación o entidad que exija la formación continua del arteterapeuta.

¹²⁷ Ver capítulo 2 apartados: 2.2.2., 2.3. y 2.3.4.

q) La mayoría de los arteterapeutas han expresado la necesidad de pasar por un período de psicoterapia personal. Esta propuesta es una recomendación e incluso un requisito imprescindible para autoridades en la materia en la formación del arteterapeuta. Con esta ayuda es más rápida y eficaz la relación transferencial (Pain y Jarreau, 1995). La supervisión es también demandada de forma reiterada. Como apoyo da seguridad, permite compartir y enriquecer conocimientos entre arteterapeutas. El máster ofertado por la Universidad de Barcelona exige 110 sesiones de psicoterapia personal; el máster de ISPA, un mínimo de 30 horas; el máster de la Universidad de Murcia y el de la *Fundación UdG*, ofrecen en su último curso de formación la posibilidad de supervisar el trabajo del arteterapeuta. En cuanto a entidades no universitarias, *La Escuela de Arteterapia del Mediterráneo*, oferta un cuarto año dedicado a la supervisión.

r) Muchos de los encuestados también han expresado su deseo de implicarse en tareas de investigación para conocer e intercambiar otras formas de trabajo arteterapéutico, a nivel nacional e internacional y a promocionar la difusión bibliográfica. En las asociaciones españolas de Arteterapia incluyen en sus estatutos estos objetivos, sin embargo menos de la mitad de los arteterapeutas encuestados no están asociados, lo que no facilita su consecución.

7.5. Conclusiones sobre aspectos relacionados con su profesión.

s) Según los resultados obtenidos, se observa una mayor actividad de la práctica arteterapéutica en la institución pública. Esta tendencia denota interés por parte de las instituciones públicas sobre el ejercicio de esta práctica. Sin embargo, gran parte de los arteterapeutas encuestados ejercen, a menudo, un doble empleo: la función oficial por la que han sido contratados: terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra, profesor de plástica, etc., a la que incorporan su formación en arteterapia. Este hecho es ambivalente, por una parte presenta rasgos positivos al permitir el ejercicio y difusión del arteterapia, pero, por otra, puede dificultar su autonomía disciplinar y profesional si se acomodan a esa situación.

t) En cuanto a su actividad profesional, predominan los arteterapeutas con menos de cinco años de experiencia laboral. Un grupo presenta una antigüedad entre cinco y diez años y sólo un grupo muy pequeño rebasa entre once y más años su actividad profesional. Por tanto, es una profesión joven que guarda relación con la implantación bastante reciente, en España, de estudios universitarios y cursos de formación en Arteterapia.

u) La demanda del trabajo de los arteterapeutas encuestados procede mayoritariamente de los usuarios y de los propios arteterapeutas y, en menor medida, de las instituciones. Esto indica el desconocimiento por parte institucional de la existencia de dicha práctica profesional. También indica el interés que suscita por parte de los usuarios este tipo de intervenciones.

v) En la mayoría, su trabajo está remunerado y se realiza de forma independiente, o bien integrado en un equipo interdisciplinar. Generalmente, en las sesiones, los encuestados realizan su actividad solos y, en menor medida, con otro arteterapeuta u otro profesional: psicólogo, psiquiatra, etc. y casi nunca con observadores.

w) Su dedicación se vincula, de forma mayoritaria, a la práctica profesional del arteterapia. También un grupo se dedica a la investigación y formación de arteterapeutas.

x) Casi la mitad de los arteterapeutas pertenece a alguna asociación. Pero sólo un 37% de los arteterapeutas están implicados en proyectos de institucionalización de la profesión y, de ellos, sólo un 27% pertenece a alguna asociación. Estos datos deben ser motivo de reflexión. Si España quiere conseguir los logros alcanzados por EEUU y Reino Unido, los dos grandes pioneros y referentes del arteterapia, ha de seguir pasos similares como: el establecimiento de asociaciones regionales vinculadas a asociaciones nacionales e internacionales. Los arteterapeutas de estos importantes países iniciaron sus prácticas profesionales de forma aislada. La necesidad de aunar criterios y esfuerzos para conseguir el reconocimiento disciplinar y profesional les llevó a constituir las asociaciones BAAT, en 1964, en Reino Unido, y AATA, en 1969 en EEUU.

Las asociaciones españolas descritas en el marco teórico también están trabajando en la normalización general de la formación académica del arteterapeuta y de su institucionalización profesional a través de la formación de una Federación de Terapias Creativas, donde se aúnen esfuerzos. Sin embargo, se aprecia una dispersión considerable a la hora de apoyar los esfuerzos emprendidos, ya que de las ocho asociaciones españolas existentes, sólo hay implicadas tres. También hay comunidades autónomas donde los arteterapeutas aún no se han llegado a constituir como asociaciones, bien porque siguen ejerciendo de forma individual y privada, bien porque no existe un número representativo de los mismos.

7.6. Recapitulación final

Tras la interpretación de los datos y confirmación de la hipótesis, es preciso destacar la posibilidad de seguir indagando con más profundidad en aquellos aspectos poco explorados de las intervenciones arteterapéuticas de la muestra seleccionada, tanto a nivel profesional como científico en relación a su:

1) Contexto: Se percibe pocos tratamientos de arteterapia con población anciana. España es un país anciano, que supera los diez millones de personas de 60 años o más, según el Instituto Nacional de Estadística¹²⁸. El Instituto Nacional del Consumo¹²⁹, indica que en los primeros años del S. XXI se prevé el incremento de las personas longevas (más de 80 años) y que en todos los países de la Comunidad Europea se van a destinar recursos crecientes para atender las necesidades de la población mayor. Los requerimientos se van a relacionar con las posibilidades de autorrealización y bienestar y con las dependencias: necesidad de superar la soledad, demanda de profesionales de la salud y necesidad de cuidadores. Pese a la grave crisis económica actual, el aumento de los gastos referidos a la salud y a la atención de los mayores es inevitable. Esta realidad deja un campo amplio de trabajo a arteterapeutas especializados en colectivos y tratamientos propios de la tercera edad.

¹²⁸Consultado el día (8-II-2009) en: www.ine.es/jaxiBD/tabla.do

¹²⁹ Consultado el día (8-II-2009) en: www.consumo-inc.es/Informes/docs/TERCERAEDAD.

En cuanto al ámbito de Rehabilitación y los campos de aplicación de Oncología, Cuidados paliativos, Trastornos alimentarios y Centros penitenciarios, se aprecia la necesidad de abrir nuevas líneas de investigación que permitan cubrir las lagunas actuales.

2) Respecto a la Metodología arteterapéutica destacar los siguientes apartados:

a) En musicoterapia existe un consenso internacional sobre las corrientes teórico-metodológicas que se aplican, incluso con métodos independientes de las orientaciones psicoterapéuticas. En arteterapia, este hecho es una asignatura pendiente. Sería conveniente establecer un consenso a nivel nacional e internacional sobre las corrientes metodológicas existentes en el campo arteterapéutico y seguir indagando sobre nuevos enfoques metodológicos.

b) La Orientación Psicoeducativa no ha sido suficientemente explorada en la investigación documental y muy poco utilizada por los profesionales de la muestra. Sin embargo, las técnicas cognitivo conductuales presentan un amplio abanico de posibilidades terapéuticas, ya que se pueden adaptar a terapias breves y sus métodos facilitan la medición de resultados, sobre todo de tipo cuantitativo, siendo de suma importancia para la obtención y posterior análisis de los datos.

c) La escasez de programas arteterapéuticos de tipo familiar y dual dejan abierta la posibilidad de plantear nuevas líneas de investigación que exploren los recursos terapéuticos que ofrecen ambos formatos en arteterapia. En los formatos grupales se percibe la necesidad de establecer criterios de inclusión y sobre el grado de homogeneidad o heterogeneidad de sus componentes.

d) En cuanto al uso de las técnicas plásticas y visuales, se precisa la experimentación con aquellas que son poco usuales como happening, vídeo, land-art, body-art, nuevas tecnologías, etc, con el fin de enriquecer creativa y terapéuticamente sus métodos y recursos, ampliando así las posibilidades de mejora de los tratamientos ante la amplia diversidad de usuarios existente. También requiere atención la apertura de líneas de investigación que ayuden a establecer con rigor científico criterios de selección de técnicas, materiales artísticos y actividades complementarias y de apoyo según las necesidades de las poblaciones tratadas.

e) Respecto a la Evaluación conviene prestar una atención más pormenorizada en los momentos de su aplicación, especialmente al inicio y mitad del

tratamiento. También es preciso ampliar el empleo de los procedimientos, técnicas e instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos para evaluar a los usuarios y a los arteterapeutas.

3) En relación a la formación de los arteterapeutas queda patente:

a) La cualificación de estos profesionales, avalada por una formación superior, principalmente en Psicología y en Bellas Artes, y especialización en Arteterapia, muchos de ellos con el grado de máster. Sin embargo, los trabajos arteterapéuticos basados en la orientación metodológica de desarrollo cognitivo, concretamente el enfoque neurocientífico, también exige a los arteterapeutas que apliquen, conocimientos fundamentados en la estructura del cerebro y sus funciones, para poder entender y actuar terapéuticamente sobre poblaciones que tengan alguna lesión cerebral.

b) Por otra parte, a pesar de los deseos de perfeccionamiento los arteterapeutas han de enfrentarse a:

- La necesidad de recursos económicos para: realizar una terapia personal, participar en encuentros, congresos, jornadas, asistir a cursos de especialización, etc., que suponen un desembolso importante, que no queda compensado con las escasas ayudas económicas al ser un colectivo poco conocido.
- La falta de promoción de la difusión bibliográfica. Es una tarea imprescindible crear centros de información y realizar una labor de traducción al castellano de autores clásicos del arteterapia que se encuentran mayoritariamente en inglés.

Es preciso recurrir a todos los medios disponibles para dar a conocer el arteterapia tanto a nivel divulgativo como especializado.

c) La revisión de la oferta educativa en arteterapia constata criterios diversos en cuanto a:

- Las técnicas empleadas, ya que algunos estudios consideran incluir varios medios de expresión y otros consideran como protagonistas los medios plásticos y visuales.

- Número de horas empleadas en formación teórica, práctica y de supervisión, los criterios no son iguales. En algunos casos se requiere al alumnado que pase por un proceso psicoterapéutico como requisito indispensable para su ejercicio profesional, en otros no se menciona este requerimiento.

Por otra parte, la orientación teórica de los programas formativos suele ser de carácter generalista en algunos casos, y otros centran los contenidos teórico-metodológicos en algún enfoque específico, entre los que destacan el modelo psicoanalítico y el humanista (de carácter gestáltico y/o existencialista).

Sin embargo, se encuentra una similitud respecto al perfil de los estudios orientados hacia la práctica profesional, ya que la gran mayoría de los postgrados y cursos existentes conceden una proporción importante de horas prácticas en relación con las horas de teoría. Actualmente, no se ha definido oficialmente un perfil de competencias profesionales del arteterapeuta, objetivo entre otros, prioritario para un gran número de profesionales que están luchando por conseguir un consenso al respecto.

Con la implantación del *Espacio Europeo de Educación Superior* (EEES), la formación académica en arteterapia deberá adaptarse a la estructura prefijada antes del año 2010.

La Convergencia Europea puede suponer una vía de acceso para conseguir la implantación de estudios de grado y de postgrado con criterios unificados que permita la formación de estudios en comunidades donde aún no existen y, por otra parte, la regulación de los estudios existentes, tanto en España como en otros países de la Comunidad Europea.

La solicitud de *Proyectos de Innovación Docente* también deja abierta la posibilidad de dar a conocer las intervenciones arteterapéuticas en cualquier ámbito donde se precisen estos servicios, con grandes posibilidades para muchos profesionales y estudiantes interesados en la disciplina.

Esta situación exige comisiones de trabajo entre los representantes de todas aquellas Universidades, Asociaciones o Centros que actualmente oferten formación en arteterapia, para acordar criterios normalizados que permitan la implantación de nuevos estudios oficiales orientados a la aplicación arteterapéutica y a la investigación dentro del marco del EEES.

4) En los aspectos profesionales, a pesar de la falta de institucionalización del arteterapia en España, existen dos focos que están promocionando la actividad laboral de los arteterapeutas:

- Centros y universidades que imparten estudios sobre arteterapia a través del establecimiento de convenios con entidades públicas y privadas, donde el alumnado pueda realizar prácticas con posibilidad de una contratación laboral. Y en menor medida, algunos centros como *Inter-Arte* que organizan bolsas de trabajo.

- Asociaciones de arteterapia cuyos representantes y afiliados se esfuerzan en defender, regularizar y fomentar el ejercicio profesional del Arteterapia en el contexto español.

Finalmente, especificar que con los resultados obtenidos en el trabajo de campo se debe ser cauto en cuanto a la generalización de la información expuesta por las siguientes razones:

1. El citado tamaño de la muestra. Sin embargo, se puede considerar representativa para la presente investigación por el carácter exploratorio del tema indagado.
2. La modalidad de investigación por encuesta. Con este procedimiento de recolección de datos se pueden producir sesgos, máxime si los que se involucran son personas que por su propia naturaleza son complejas y han de seleccionar los elementos a los que responden, pudiendo de forma voluntaria o involuntaria no ser completamente sinceras. La unicidad del individuo determina que individuos distintos procesen las ideas de forma diferente. (McMillan y Schumacher, 2005). A las diferencias individuales en cuanto a formación, experiencia profesional, estilo de trabajo, etc., se unen también diferencias contextuales de lugar de trabajo, ámbito de intervención, etc., con lo cual la complejidad es aún mayor
3. El método cuantitativo. Frente al predominio, en esta investigación, de la metodología cuantitativa, una presencia mayor de la metodología cualitativa, habría permitido la inmersión en los detalles del proceso para comprender más a fondo el contexto, a los participantes y sus interacciones. Sin embargo,

como ya se ha justificado en el Capítulo 5, la opción por el método cuantitativo y la técnica del cuestionario, facilitaba la labor de recogida de la información y su manejo con la intención de dar una primera visión sobre el tema estudiado.

Pese a las limitaciones de todo método de investigación, los datos aportados han permitido dar respuesta al problema de investigación, aunque los resultados de la presente investigación están abiertos al perfeccionamiento y la revisión.

Al concluir la presente investigación, queda la satisfacción de comprobar que el Arteterapia es una realidad que se va consolidando en nuestro país, pero también la incertidumbre de un largo camino aún por recorrer y obstáculos que salvar: las diversas modalidades de su ejercicio, el intrusismo, las reticencias y recelos de otros profesionales que creen ver invadidas sus competencias, la vaguedad de sus límites, la necesaria coordinación interdisciplinar, la institucionalización profesional del arteterapeuta, el impulso de la difusión bibliográfica, de trabajos de investigación, etc., para que el Arteterapia sea elevada al rango que le corresponde.

Por tanto, es preciso aunar esfuerzos, teniendo en cuenta los beneficios que puede reportar el Arteterapia, tanto en el ámbito clínico como educativo y social, humanizando hospitales, integrando a niños y adolescentes con necesidades educativas especiales en la escuela, ayudando a paliar los numerosos conflictos de una sociedad en crisis.

Atrás quedan cuatro años de intensa actividad, que habrán merecido la pena, si la investigación consigue contribuir a iniciar nuevas líneas de trabajo y a fomentar la difusión del conocimiento del Arteterapia y su institucionalización profesional.

*“(...) no te busques en el espejo,
en un extinto diálogo en el que no te oyes.
Baja, baja despacio y búscate entre los otros.
Oh, desnúdate y fúndete, y reconócete. (...)”*

(Aleixandre)

Bibliografía

- Aach-Feldman, S. (2001). Developmental Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.226-240). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Abad Molina, J. (2004). La imagen corporal en la representación gráfica infantil. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.137-158). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Abbagnano, N. y Visalberghi, A. (1964). *Historia de la Pedagogía*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., y Howell, C. T. (1993). Are American children's problems getting worse? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, pp.1145-1154.
- Achterberg, J. y Lawlis, G. F. (1984). *Imagery and disease*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Ackerman, J. (1992). Art therapy intervention designed to increase the self-esteem of an incarcerated paedophile. *American Journal of Art Therapy*, 30, pp.143-149.
- Adams, L. S. (1996). *Arte y Psicoanálisis*. Madrid: Cátedra.
- Adorno, T. (1983). *Teoría estética*. Barcelona: Orbis.
- Agazarian, Y. y Meter, R. (1989). *The visible and Invisible Group: Two perspectives on Groups therapy and therapy process*. London: Tavistock and Routledge.
- Agell, G. (1980). History of Art Therapy. *Art Education*, 4(33), pp. 8-9.
- Aguirre, I. (2005). *Teorías y prácticas en educación artística. Ideas para la revisión pragmatista de la experiencia estética*. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- Alba Delgado, J. (2004). La imagen abre la puerta de la palabra: Taller de arteterapia en la Comunidad de Madrid. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.205-230). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Albert-Puleo, N. (1980). Modern psychoanalytic art therapy and its application to drug abuse. *The Arts in Psychotherapy*, 13, pp.53-59.

- Alcaide Spirito, C. (2000). *Expresión artística y terapia*. Tesis para optar al grado de Doctor, Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes Universidad Complutense de Madrid, España.
- Alcaide Spirito, C. (2004). Un taller de expresión plástica con enfermos psiquiátricos. Arte, educación y terapia. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.277-299). Madrid: Comunidad de Madrid.
- Alcaide Spirito, C. (2006). La expresión artística como intervención educativo-terapéutica. En: López Fernández Cao, M. (Coord.)(2006), *Creación y posibilidad: Aplicaciones del arte en la integración social*, (pp.89-106). Madrid: Fundamentos.
- Alcina Franch, J. (1988). *Arte y antropología*. Madrid: Alianza.
- Allan, J. (1988). *Inscapes of the child's world*. Texas: Spring.
- Allen, P.B. (2003). *Arteterapia. Guía de autodescubrimiento a través del arte y la creatividad*. Madrid: Gaia.
- Allen, P.B. (2008). Commentary on Community-Based Art Studios: Underlying Principles. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(1), pp. 11-12.
- Allen, P.B. (2001). Art Making as Spiritual Path: The Open Studio. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.178-188). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Allport, G. W. (1966). *La personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Alonso Garrido, M. A. (2004). Arteterapia, mujeres y violencia de género. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M.(Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.263-276). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Alschuler, R. H. y Hattwick, B. W. (1969). *Painting and Personality: A study of young children*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alter-Muri, S.(1996). Dalí to Beuys: Incorporating Art History in Art Therapy Treatment Plans. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 13(2), pp.102-107.
- Alter- Muri, S. (1998). Texture in the melting pot: Postmodernist art and art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 15(4), pp.245-251.
- Alter- Muri, S. (2007). Dissolving the boundaries: Postmodern art and Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(2), pp.82-86.
- Amari, D. A. (1986). The use of clay to form potential space with a bulimic patient. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 7, pp.13-21.
- American Art Therapy Association, (AATA), Estados Unidos. [Referencia electrónica]. Consultada el 20 de enero de 2005 desde www.arttherapy.org.

- Anand, S. y Anand, V. (1999). Art therapy with laryngectomy patients. En: Malchiodi, C.A.(Ed.), *Medical art therapy with adults*, (pp.63-85). London: Jessica Kingsley.
- Anderson, F.E. (1992). *Art for all children: Approaches to art therapy for children with disabilities*. Springfield, IL: Charles C.Thomas.
- Anderson, F.E. (1994). *Art-centered education and therapy for children with disabilities*. Springfield, IL: Charles C.Thomas.
- Anderson, F.E. (1995). Catharsis and empowerment through group claywork with incest survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 22(5), pp.413-427.
- Andreoli, V. (1992). *El lenguaje gráfico de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ansano S. T. (2007). Redefining the Tools of Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(2), pp. 52-58.
- Anzieu, D. (1993). *El cuerpo y el inconsciente*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Apollinaire, G. (1994). *Meditaciones estéticas. Los pintores Cubistas*. Madrid: Visor.
- Aracil Voltes, V. (2005). *Introducción a la investigación científica*. Las Palmas de Gran Canaria: Anroart.
- Araya, C., Correa, V. y Sánchez, S. (1990). *La expresión plástica: potencialidades y aplicaciones como herramienta psicoterapéutica*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Pontificia Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Argan, G.C. (1977). *El arte moderno 1770 –1970*. (Vol.1-2). Valencia: Fernando Torres editor.
- Arias, D. y Vargas, C. (2003). *La creación artística como terapia*. Barcelona: R.B.A. Integral.
- Aristóteles. (1997). *Poética*. Barcelona: Icaria.
- Arnheim, R. (1971). *El pensamiento visual*. Buenos Aires: Universitaria.
- Arnheim, R. (1986). *Hacia una psicología del arte y entropía*. Madrid: Alianza.
- Arnheim, R. (1989). *Nuevos ensayos sobre psicología del arte*. Madrid: Alianza Forma.
- Arnheim, R. (1996). *Arte y percepción visual*. Madrid: Alianza.
- Arnheim, R. (2004). *Consideraciones sobre la educación artística*. Barcelona. Paidós Estética.
- Art Therapy Association of Colorado, (A.T.A.C.), Estados Unidos. [Referencia electrónica].Consultada el 4 de febrero de 2005 desde <http://www.arttherapy-co.org>.
- Art Therapy Credentials Board, (ATCB), Estados Unidos. [Referencia electrónica].Consultada el 20 de enero de 2005 desde <http://www.atcb.org>.

- Art Therapy Initiative, (ATI), Goldsmiths College, Londres. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 de marzo de 2006 desde <http://www.atinitiative.org>.
- Art Therapy Italiana, (ATI), Italia. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 de marzo de 2006 desde <http://www.arttherapyit.org/arttherapy.php>.
- Asociación Castellano-Leonesa de Musicoterapia y Arteterapia, (ACLEDIMA), España. [Referencia electrónica]. Consultada el 10 de junio de 2005 desde <http://www.acledima.org>.
- Asociación Chilena de Arte Terapia, (ACAT), Chile. [Referencia electrónica]. Consultada el 15 de noviembre de 2006 desde <http://www.arteterapiachile.cl>.
- Asociación Foro Iberoamericano, (AFI), España. [Referencia electrónica]. Consultada el 12 de junio de 2008 desde <http://arteterapiaforo.org>.
- Asociación per a l'Expressió i la Comunicació, (AEC), España. [Referencia electrónica]. Consultada el 10 de junio de 2005 desde <http://www.aecassociacio.org>.
- Asociación Profesional de Arteterapeutas, (GREFFART), España. [Referencia electrónica]. Consultada el 10 de junio de 2005 desde <http://www.greffart.es>.
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, (ATE), España. [Referencia electrónica]. Consultada el 10 de junio de 2005 desde <http://www.arteterapia.org.es>.
- Association des art-thérapeutes du Québec, (AATQ), Canada. [Referencia electrónica]. Consultada el 5 de febrero de 2006 desde <http://aatq.org>.
- Asya, I., Kadis-Jack, D., Krasner, C. W., Foulkes, S. H. (1986). *Manual de psicoterapia de grupo*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Ato, M. (2000). *Análisis de datos. Del contraste de hipótesis al modelado estadístico*. Barcelona: Canderllach.
- Aubin, H. (1974). *El dibujo del niño inadaptado*. Barcelona: Laia.
- Aucouturier, B. (1977). *La educación psicomotriz como terapia*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Auerbach, J.G. (1950). Psychological observations on "doodling" in neurotics. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 111(4), pp.304-332.
- Australian & New Zealand Art Therapy Association, (ANZATA.), Australia. [Referencia electrónica]. Consultada el 5 de febrero de 2006 desde <http://anzata.org>.
- Avanzini, G. (1979). *La pedagogía en el siglo XX*. Madrid: Narcea.
- Aveline, M. y Dryden, W. (1988). *Group Therapy in Britain*. Milton Keynes: Open University.

- Ávila Espada y García de la Hoz (Eds.) (1994). *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Madrid: Quipú ediciones Serie SEGPA.
- Ávila Valdés, N. (2006). *Diseño y desarrollo de recursos on-line: aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios*. Tesis para optar al grado de Doctor, Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid, España.
- Bach, S. (1990). *Life paints its own span*. Zurich: Daimon.
- Ball, B. (2002). Moments of change in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 29, pp.79-92.
- Ballber, M. y Montané, M. (2006). *Arteterapia en grupos de mujeres con cáncer*. Ponencia presentada en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Banowsky Arrington, D. (2005). Global art therapy training: Now and before. *The Arts in Psychotherapy*, 32, pp.193–203.
- Barber, V. (2005). *Explórate a través del Arte*. Madrid: Gaia.
- Barbosa, F. (2001). *La transmigración de arquetipos iconográficos a través de la percepción en estados cognitivos inconscientes y sus efectos en la creación artística*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Dibujo. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid: España.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Barkley, R.A. y DuPaul, G.J., McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal and Consulting and Clinical Psychology*, 58, pp.775-789.
- Barman, Z. (2005). *Amor Líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de cultura económica de España.
- Barnaby, H. A. (1998). *Determining the indicators of aggression using the clay create a person*. Tesis para optar al grado de Doctor. The Faculty of the School of Health Professionals Allegheny of the Health Sciences Philadelphia: Pennsylvania.
- Barr Jr., A. H. (1989). *La definición del arte moderno*. Madrid: Alianza Forma.
- Barragán Rodríguez, J.M. (2003). Los gozos y las sombras de una experiencia que se inicia: La formación en arte-terapia en la Universidad de Barcelona. En: Collette, N. y Hernández, A. (Eds.), *Arte, terapia y educación*, (pp.41-54). Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Arts.
- Barragán Rodríguez, J.M. (2006). El arte como forma de experiencia vivida personal y colectiva, la interpretación artística en la formación del arteterapeuta. En: Coll, F.J. (Ed.), *Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*, (pp.15-45). Murcia: Universidad de Murcia.

- Barragán, J. M., Hernández, F. y López Bargados, A. (1997). *Encuentros del arte con la antropología. La psicología y la pedagogía*. Barcelona: Angle.
- Bassols, M. (2007). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, pp.19-25.
- Baudouin C. (1963). *La obra de Jung*. París: Payot.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Behar, H. y Carassou, M. (1996). *Dadá: historia de una subversión*. Barcelona: Península.
- Belver, M. H. y Ullán, A.M. (2007). *La creatividad a través del Juego*. Salamanca: Amarú.
- Benenzon, R. O. (1981). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Berger, M.M. (Ed.). (1978). *Videotape techniques in psychiatric training and treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Bermudez, D. y Maat, M.T. (2006). Art Therapy with Hispanic Clients: Results of a Survey Study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), pp.165-171.
- Betensky, M. (1973). *Self-discovery through self-expression*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Betensky, M. (1976). The phenomenological approach to art expression and art therapy. *The Art Psychotherapy*, 4, pp.173-179.
- Betensky, M. (1978). Phenomenology of self-expression in theory and practice. *Confinia Psychiatrica*, 21, pp.31-36.
- Betensky, M. (1995). *What do you see?* London: Jessica Kingsley.
- Betensky, M. (2001). Phenomenological Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.121-133). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Betés de Toro, M. (Comp.) (2000). *Fundamentos de Musicoterapia*. Madrid: Morata.
- Betts, D.J. (2003). Developing a projective drawing test: Experiences with the Face Stimulus Assessment (FSA). *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 20(2), pp.77-82.
- Betts, D.J. (2005). *A systematic analysis of art therapy assessment and rating instrument literature*. Tesis para optar al grado de Doctor. Department of Art Education. The Florida State University School of Visual Arts and Dance. Florida, EEUU.

- Birtchnell J. (1987). La Terapia Artística como forma de psicoterapia. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp.75-93). Barcelona: Herder.
- Bisquerra, R. (1987). *Introducción a la estadística aplicada a la investigación educativa. Un enfoque informático con los paquetes BMDP y SPSSX*. Barcelona: PPV.
- Bloch, E. (1982). *Sujeto-Objeto: El pensamiento de Hegel*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bloch, S. y Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Blok, C. (1982). *Historia del Arte Abstracto 1900-1960*. Madrid: Cátedra.
- Bonet, E. (Coord.) (2008). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. Barcelona: Octaedro.
- Bonet, J. M., Carmona, E., Combalía, V., De Diego, E., Fanés, F., Guigón, E., et. al. (2002). *El Surrealismo y sus imágenes*. Madrid: Fundación Mapfre Vida.
- Bongiovanni, E. M. (1981). *El dibujo como terapia de rehabilitación*. Madrid: Mapfre.
- Bonilla Rius, A. (2004). Los efectos del arte en la adolescencia. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M.(Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.233-248). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Bordini, S. (1995). *Materia e imagen. Fuentes sobre las técnicas de la pintura*. Barcelona: Serbal.
- Boronska, T. (1995). The werewolf and the wrestling ring: exploring unconscious process through the use of metaphor. *Inscape, 1*, pp.19-25.
- Boustra, J. (2000). *Abécédaire de l'expression . Psychiatrie et activité creatice. L'atelier interior*. Francia: Eries.
- Bowen, C. y Rosal, M. (1989). The use of art therapy to reduce the maladaptive behaviours of a mentally retarded adult. *The Arts in Psychotherapy, 16*, pp.211-218.
- Boyer-Labrouche, A. (2000). *Manuel d'art-thérapie*. París: Dunod.
- Boyers, R. y Ovrill, R. (Comp.) (1978). *Laing y la antipsiquiatría*. Madrid: Alianza.
- Bozal, V. (1994). *Historia del Arte en España II: Desde Goya hasta nuestros días*. Madrid: Istmo.
- Bradway, K. y McCoard, B. (1997). *Sandplay*. New York: Routledge.
- Breton, A. (1992). *Manifiestos del Surrealismo*. Barcelona: Labor.
- Brihuega, J. (1979). *Manifiestos, proclamas, panfletos y textos doctrinales: Las vanguardias artísticas en España: 1910-1931*. Madrid: Cátedra.

- British Association of Art therapists, (BAAT), Inglaterra. [Referencia electrónica]. Consultada el 20 de enero de 2005 desde <http://www.baat.org>.
- Brock, M. (1991). The therapeutic use of clay. *British Journal of Occupational Therapy*, 54(1), pp.13-15.
- Brooke, S. (1995). Art therapy: an approach to working with sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 22(5), pp.447-466.
- Brown, A. y Latimer, M. (2001). Between images and thoughts: an art psychotherapy group for sexually abused children. En: Murphy, J. (Ed.), *Art Therapy with Young Survivors of Sexual Abuse: Lost for Words*, (pp.172-187). London: Routledge.
- Brown, D. (1997). *Principles of art therapies*. London: Thorsons.
- Brown, W. (1967). *Introduction to psycho-iconography*. New York: Schering.
- Bruner, J. (1984). *Acción, Pensamiento y Lenguaje*. Madrid: Alianza.
- Bruscia, K. (1999). *Modelos de Improvisación en Musicoterapia*. Vitoria: Agruparte.
- Buckland, R. y Murphy, J. (2001). Jumping over it: group therapy with young girls. En: Murphy, J. (Ed.), *Art Therapy with Young Survivors of Sexual Abuse: Lost for Words*, (pp.137-158). London: Routledge.
- Budge, E. A. W. (2007). *El libro egipcio de los muertos*. Málaga: Sirio.
- Buendía Eisman, L., Colás Bravo, P., Hernández Pina, F. (1997). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Burleigh, L. R., & Beutler, L. E. (1997). A critical analysis of two creative arts therapies. *The Arts in Psychotherapy*, 23(5), pp.375-381.
- Burns, R.C. (1990). *A guide to family-centered circle drawings*. New York: Brunner/Mazel.
- Burt, H. (1996). Beyond practice: A postmodern feminist perspective on art therapy research. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 13(1), pp.12-19.
- Bush, J. (1997). *The handbook of school art therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Bussard, A. y Kleinman, S. (1991). Art therapy with AIDS patients. En: Landgarten, H.B. y Lubbers, D. (Eds.), *Adult art psychotherapy*, (pp.244-273). New York: Brunner/Mazel.
- Buxaderas, A. (2006). *Arte-Terapia en intervención psicosocial. Trabajo con trabajadoras sexuales en el barrio chino de Barcelona*. Comunicación presentada en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Buzzaqui, A. (2001). En el campo de lo grupal: Grupo, Tarea y Coordinación. *Area 3: Cuadernos de temas grupales e institucionales*, pp.56-64.

- Bychowski, G. (1952). *Psychotherapy of Psychosis*. New York: Grune and Stratton.
- Byers, A. (1995). Beyond marks: on working with elderly people with severe memory loss. *Inscape*, 1, pp.13-18.
- Byers, A. (1998). Candles slowly burning. En: Skaife, S. y Huet, V. (Eds.), *Art psychotherapy Groups: Between pictures and words*, (pp.109-132). London: Routledge.
- Callejón Chinchilla, M.D. (2006). Arteterapia para escolares en ambientes desfavorecidos. En: Domínguez Toscano, P. (Ed.), *Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social*, (pp.59-70). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Camic, P. (1999). Expanding treatment possibilities for chronic pain through the expressive arts. En: Malchiodi, C., (Ed.), *Medical art therapy with adults*, (pp.43-61). London: Jessica Kingsley.
- Campbell, G. (2002). Art by art Therapists. *American Journal of Art Therapy*, 40, pp.280-289.
- Campbell, J. (1993). *Creative art in Group Work*. Oxfordshire: Winslow Press.
- Campuzano, E. (2001). *Creatividad artística: Técnicas para desarrollar el pensamiento artístico*. Murcia: Esteban Campuzano Moreno.
- Canadian Art Therapy Association, (CATA), Canadá. [Referencia electrónica]. Consultada el 25 de marzo de 2006 desde <http://www.catainfo.ca>.
- Canal, C. y Ramiro, R. (2004). *Recuperar la luz*. Murcia: Fundación Cajamurcia.
- Cane, F. (1983). *The artist in each of us*. New York: Pantheon.
- Canter, D. S. (1989). *Art therapy and computers. Advances in Art Therapy*. New York : Wiley & Sons.
- Carey, J. (2007). *¿Para qué sirve el arte?* Barcelona: Debate.
- Carnes, J.J. (1979). Toward a cognitive theory of art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 6, pp.69-75.
- Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Carr, M. y Vandiver, T. (2003). Effects of instructional art projects on children's behavioural responses and creativity within an emergency shelter. *Art Therapy: Journal of the American Association of Art Therapists*, 20(3), pp.157-162.
- Carter, J.L. (1979). Art therapy and learning disabled children. *Art Psychotherapy*, 6, pp.51-56.
- Case, C. (1995). Silence in progress: on being dumb, empty or silent in therapy. *Inscape*, 1(1), pp.26-31.
- Case, C. (2003). Authenticity and survival: working with children in chaos, *Inscape*, 8(1), pp.17-28.
- Case, C. y Dalley, T. (Eds.) (1990). *Working with children in Art Therapy*. London: Tavistock/Routledge.

- Case, C. y Dalley, T. (1992). *The handbook of art therapy*. Londres: Tavistock/Routledge.
- Cassirer, E. (1987). *Antropología filosófica*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- Castillo Fanego, M. y Dueñas Becerra, J. (2005). Importancia de la pictoterapia como alternativa de intervención psicoterapéutica en niños y niñas con necesidades educativas especiales. *Revista cubana de psicología*, 22,1, pp.71-73.
- Cerdá Mardones, J. (2007). *Arteterapia, creatividad curativa*. Comunicación presentada en la I Jornada Profesional de investigación de Terapias Creativas, Alcorcón, Madrid, España.
- Chapman, L., Morabito, D., Ladakakos, C., Schreier, H. and Knudson, M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in paediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Association of Art Therapists*, 18 (2), pp.100-104.
- Charlton, S. (1987). La terapia artística en sujetos de largo internamiento en hospitales psiquiátricos. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp. 259-282). Barcelona: Herder.
- Cheyne-King, S. E. (1990). Effects of brain injury on visual perception and art production. *The Arts in Psychotherapy*, 17, pp. 69-74.
- Chilton, G. (2007). Altered books in art therapy with adolescents. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(2), pp.59-63.
- Chin, R., Chin, M., Palombo, P., Palombo, C., Bannaasch, G. y Cross, P. (1980). Project outreach: building social skills through art and video. *Arts in Psychotherapy*, 7, pp.281-284.
- Chipp, H.B. (1995). *Teorías del Arte Contemporáneo: Fuentes artísticas y opiniones críticas*. Madrid: Akal.
- Chomsky, N. (1983). *Reglas y Representaciones*. Méjico: FCE.
- Ciornai, S. (2004). *Rerursos em Arteterapia. Ateliê Terapêutico, Arteterapia no Trabalho Comunitário, Trabalho Plástico e Linguagem Expressiva, Arteterapia e Historia da Arte*. São Paulo: Summus Editorial.
- Cirlot, L. (1972). *Arte del Siglo XX: Pintura*. Tomo II. Barcelona: Labor.
- Cirlot, L. (1988). *Las claves de las Vanguardias Artísticas en el S.XX*. Barcelona: Ariel.
- Cirlot, L. (1994). *Historia universal del arte. Ultimas tendencias*. Barcelona: Planeta.
- Clore, G.L., Gasper, K., Garving, E. (2001). Affect as information. En: Forgas, J.P. (Ed.), *Handbook of affect and social cognition*, (pp.121-144). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Clot, R. J. (1976). *La educación artística*. Barcelona: Planeta.
- Coderch, J. (1975). *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona. Herder.

- Cohen, B.M, Mills, A., Kijak, A.K. (1994). An Introduction to the Diagnostic Drawing Series: A Standardized Tool for Diagnostic and Clinical Use. *Journal of the American Art Therapy Association*, 11(2), pp.105-110.
- Cohen, B.M. y Cox, C.T. (1995). *Telling without talking: Art as window into the world of multiple personality*. New York: W.W. Norton.
- Cohen, B.M., Hammer, J.S., Singer, S. (1988). The Diagnostic Drawing Series: A Systematic Approach to Art Therapy Evaluations and Research. *The Arts in Psychotherapy*. 15, pp.11-21.
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Cohen-Liebman, M.S. (2003). Drawing in forensic investigations of child sexual abuse. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.167-180). New York: Guilford Press.
- Colás Bravo, P. y Buendía Eisman, L. (1994). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.
- Cole, N. (1940). *The arts in the classroom*. Nueva York: John Day.
- Coll Espinosa, F.J. (Ed.) (2006a). *Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Coll Espinosa, F.J. (2006b). Recursos de arteterapia en el aula escolar. En: Domínguez Toscano, P. (Ed.), *Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social*, (pp.11-22). Sevilla. Junta de Andalucía.
- Collette, N. (2003). Ámbitos de aplicación del arte-terapia. En: Collette, N. y Hernández, A. (Ed.), *Arte, terapia y educación*, (pp.27-30). Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Artes.
- Collette, N. (2006). *Arte-terapia y cáncer en la proximidad de la muerte*. Comunicación presentada en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Collette, N. y Hernández, A. (Ed.) (2003). *Arte, terapia y educación*. Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Artes.
- Combalá, V. (2003). *Comprender el arte moderno*. Barcelona: Debolsillo.
- Conell, C. (1998). *Something Understood, art therapy in cancer care*. London: Wrexham Publications.
- Cooper, D. (1975). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Cooper, B. & Milton, I. (2003). Group art therapy with self-destructive young women. En: Wiener, D.J. y Oxford, L.K. (Eds.), *Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice*, (pp.163-196). Washington DC, PA: American Psychological Association.

- Corbalán, J. (2006). La creatividad y su medida: matices y claves en arteterapia. En: Coll, F.J. (Ed.), *Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*, (pp.15-45). Murcia: Universidad de Murcia.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Corella Lacasa, M. (2003). Curación por el arte y curación para el arte. En: Collette, N. y Hernández, A. (Eds.), *Arte, terapia y educación*, (pp.99-112). Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Artes.
- Cornejo, S. y Brick Levy, L. (2003). *La representación de las emociones en la Dramaterapia*. Buenos Aires: Panamericana.
- Correa Silva, M.T. (2005). *Explorando con el Arte el silencioso mundo del autista*. Proyecto final para optar al de Especialización en Postítulo en Terapias de arte, mención Arte Terapia. Facultad de Artes. Universidad de Chile.
- Cotton, M.A. (1985). Creative art expression from a leukemic child. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 2, pp.55-65.
- Councill, T. (1993). Art therapy with pediatric cancer patients: Helping normal children cope with abnormal circumstances. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 10, pp.78-87.
- Covarrubias Oppliger, T.E. (2006). *Arte terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal*. Monografía para optar a la Especialización en Arte Terapia del Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia. Facultad de Artes. Universidad de Chile.
- Cox, C.T. y Cohen, B.M. (2000). Mandala artwork by clients with DID: Clinical observations based on two theoretical models. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 17(3), pp.195-201.
- Cox, M. V. (1992). *Children's drawings*. London: Penguin Books.
- Crepaldi, G. (2006). *El Arte Moderno 1900-1945: La época de las vanguardias*. Barcelona: Electa.
- Crosson, C. (1976). Geriatric Patients: Problems of Spontaneity. *American Journal of Art Therapy*, 15, pp.51-56.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad: El fluir y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Fluir (Flow) Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Cummings, J.L. y Zarit, J.M. (1987). Probable Alzheimer's Disease in an Artist. *JAMA*, 258, pp.2731-2734.
- Da Silveira, N. (2006). *O mundo das imagens*. Sao Paulo: Ática.
- Daix, P. (2000). *Historia cultural del arte moderno: El siglo XX*. Madrid: Cátedra.

- Dalley, T. (Ed.) (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- Dalley, T. (2006). *En búsqueda de identidad: Arte terapia con un adolescente*. Ponencia presentada en el I Congreso Nacional de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Dalley, T., Case, C., Schaverien, J., Weir, F., Halliday, D., Hall, P.N., y Waller, D. (1987). *Images of art therapy*. London: Routledge.
- Dalley, T., Rifkind, G. y Terry, K. (1993). *Three Voices of Art Therapy, Client, Image, Therapist*. London: Routledge.
- Darío, R. (1967). *Cantos de vida y esperanza*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Davidoff, L.L. (1995). *Introducción a la psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- De Andrés Domínguez, A. y Iribas Rudín, E. (2007). *Glorias y miserias de la 'fetichización' de los objetos producidos en Arteterapia: el caso Nicosia*. Comunicación presentada en la I Jornada Profesional de investigación de Terapias Creativas, Alcorcón, Madrid, España.
- De Blas Ortega, M. (2004). El signo en la pintura, cuando ya no necesita ser una obra de arte. En: *Arte, Individuo y Sociedad*, 16, pp.95-115.
- De Bono, E. (1994). Pensamiento creativo: el poder del pensamiento lateral para la creación de nuevas ideas. Barcelona: Paidós.
- De L'ecotais, E. (1998). *El espíritu dadá*. Madrid. Assouline.
- De Micheli, M. (1979). *Las Vanguardias artísticas del s. XX*. Madrid: Alianza.
- De Torre, G. (1971). *Historia de las literaturas de vanguardia III*. Madrid: Guadarrama.
- De Varilles, C. (2003). Lugar y pertenencia del arte-terapia en el ámbito no médico. En: *Arte, terapia y educación*, (pp.117-118). Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Artes.
- Deco, S. (1998). Return to the open studio group: art therapy group in acute psychiatric. En: Skaife, S. y Huet, V. (Eds.), *Art Psychotherapy Groups: Between pictures and words*, (pp.88-108). London and New York: Routledge.
- DeFrancisco, J. (1983). Implosive Art therapy: A learning-theory-based, psychodynamic approach. En: Gantt, L. y Whitman (Eds.). *The fine art of therapy*, (pp.74-79). Alexandria, VA: American Art Therapy Association.
- Del Rincón Igea, D., Arnal Agustín, J., Latorre Beltrán, A., Sans Martín, A. (1995). *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.
- Del Río Diéguez, M. (2006). *Creación Artística y Enfermedad Mental*. Tesis para optar al grado de Doctor, Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid, España.

- Del Río, M., Sanz, B., Cury, M. (2007). *Intervención terapéutica desde el arte en un hospital de día psiquiátrico*. Ponencia presentada en la I Jornada Profesional de Investigación de Terapias Creativas, Alcorcón, Madrid, España.
- Delage, M. y Barberis-Bianchi, M. (2003). L'art-thérapie comme attitude en psychiatrie adulte. En : Moron, P., Sudres, J.-L., Roux, G. (Eds.), *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, (pp.99-111). Paris: Masson.
- Deley J. y Volmar R. (1966). *Expresiones estéticas de la Locura*. Ediciones Sandoz.
- Delgado Gómez, M. F. (2006). Arteterapia en un hospital infantil. En: Domínguez Toscano, P. (Ed.), *Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social*, (pp.165-174). Sevilla. Junta de Andalucía.
- Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. (Eds.) (1994). *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Delue, C. (1999). Physiological effects of creating mandalas. En: Malchiodi, C., (Ed.), *Medical art therapy with adults*, (pp.33-49). London: Jessica Kingsley.
- Dennes, M. y Gilchrist, S. (2005). *Halfway Between Everything*. Sydney: Bonza Street Press.
- Denny, J. M. (1996). Techniques for individual and group art therapy. En: Ulman, E. y Dachinger, P. (Eds.), *Art therapy in theory and practice* (pp.132-149). New York: Schocken.
- Derryberry, D. y Tucker, D.M. (1994). Motivation the focus of attention. En: Neithental, P.M. y Kitayama, S. (Eds.), *The heart's eye: Emotional influences in perception and attention*, (pp.167-196). San Diego: Academic Press.
- Desoille, R. (1975). *Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen (DGKT), Alemania. [Referencia Electrónica]. Consultada el 25 de marzo de 2006 desde <http://www.dgkt.de>.
- Dewdney, I. (1973). An Art Therapy Program for Geriatric Patients. *American Journal of art Therapy*, 12 (4), pp.249-254.
- Dickman, S.I., Dunn, J. y Wolf, A. (1996). The use of art therapy as a predictor of relapse in chemical dependency treatment. *Art Therapy Journal of the American Association of Art Therapists*, 13 (4), pp.232-237.
- Dieterich, H. (1999). *Nueva guía para la investigación científica*. México: Editorial 21.
- Díez, J. (1994). Analogías entre métodos de desarrollo de creatividad y vanguardias históricas del arte. *Arte, Individuo y Sociedad*, 6, pp.107-115.
- Díez, J. (1996). Mostrar el pintar o de la intencionalidad creadora. *Arte, Individuo y Sociedad*, 8, pp.85-97.
- Díez, J. (1998). Arte, verdad y la verdad del arte como acción creadora. *Arte, Individuo y Sociedad*, 10, pp. 29-38.

- Díez, J. (2002). Poner el juego en juego y la metáfora como modelos para la creatividad en el aprendizaje artístico. *Arte, Individuo y Sociedad. Anejo I*. pp.289-293.
- Diller, L. (1987). Neuropsychological rehabilitation. En : Meier, M. J. ; Benton, A. L. y Diller, L. (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation*, (pp.423-429). London: Churchill Livingstone.
- Dokter, D. (Ed.) (1994). *Arts therapies and clients with eating disorders*. London: Jessica Kingsley.
- Dokter, D. (Ed.) (1998). *Arts therapists, refugees and migrants*. London: Jessica Kingsley.
- Dokter, D. (2007). *Cultural Variables Affecting Client / Therapist Consonance: The Perception of Efficacy in Arts Therapies Groups*. Tesis doctoral para optar al título de doctor. University of Hertfordshire. Hatfield, Inglaterra.
- Doler, D. (Ed.) (1999). *Art therapy, race and culture*. London: Jessica Kingsley.
- Domínguez Toscano, P. (Ed.)(2004). *Arteterapia. Principios y ámbito de aplicación*. Sevilla. Junta de Andalucía.
- Domínguez Toscano, P. (Ed.)(2006). *Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social*. Sevilla. Junta de Andalucía.
- Domínguez Toscano, P. y Tutosaus, J.D. (2006). Arteterapia en el tratamiento de cáncer de mama. *Revista de Arte-terapia y Artes, Encuentros con la expresión*, 1, pp.30-37.
- Doric-Henry, L. (1997). Pottery as art therapy with elderly nursing home residents. *Art Therapy: Journal of the American Association of Art Therapists*, 14 (3),pp.163-171.
- Downing, J (Ed.)(1976). *Gestalt awareness: Papers from the San Francisco Gestalt Institute*. New York: Harper & Row.
- Dowrick, P.W., y Biggs, S.J. (Eds.)(1983). *Using video: Psychological and social application*. New York: John Wiley.
- Drapeau, M.C. y Kronish, N. (2007). Creative Art Therapy Groups: A Treatment Modality for Psychiatric Outpatients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(2), pp.76-81.
- Drucker, K. (2000). Swimming Upstream: Art Therapy with the Psychogeriatric Population in one Health District. En: Liebmann, M. (Ed.). *Art Therapy in Practice*, (pp.89-104). London: Jessica Kingdom.
- Dubowski, J.K. (1987). Modelos alternativos para la descripción del desarrollo de la representación gráfica en los niños: algunas implicaciones para la terapia artística. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp.95-114). Barcelona: Herder.
- Dubuffet, J. (1992). *El Hombre de la calle ante la obra de Arte*. Madrid: Debate.

- Dudley, J. (2004). Art psychotherapy and the use of psychiatric diagnosis: assessment for art psychotherapy. *Inscape*, 9 (1), pp.14-25.
- Duran Coll, M. (2006). *Del desapego a la confianza. Te lo digo dibujando*. Poster presentado en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Durozoi, G. & Lecherbonnier, B. (1974). *El surrealismo: Teoría, temas, técnicas*. Madrid: Guadarrama.
- Bennet, E.A. *Nuestro mundo interior, según Jung*. [Referencia electrónica]. Consultada el 21 de noviembre de 2006 desde http://www.alcione.cl/nuevo/index.php?object_id=251.
- European Consortium for Arts Therapies Education (ECArTE), Europa. [Referencia electrónica]. Consultada el 8 de marzo de 2005 desde <http://ecarte.info>.
- Eco, U. (1966). *La obra abierta*. Barcelona: Seix & Barral.
- Edward, B. (197). *Drawing of the right side of the brain*. Los Angeles: Jeremy Tarchers.
- Edward, M. (2001). Jungian Analytic Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.81-94). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Edwards, D. (2004). *Art Therapy*. London: Sage.
- Efland, A. D., Kerry F. y Stuhr, P. (1996). *Postmodern Art Education: Approach to Curriculum*. Virginia: The National Art Education Association.
- Efland, A.D. (2002). *Una historia de la educación del arte: Tendencias intelectuales y sociales en la enseñanza de las artes visuales*. Barcelona: Paidós.
- Eisdell, N. (2005). A Conversational Model of art therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 78, pp.1-18.
- Eisner, E. W. (1995). *Educar la visión artística*. Barcelona: Paidós.
- Eisner, E. W. (2004). *El arte y la creación de la mente*. Barcelona: Paidós.
- Elkis-Abuhoff, D., Goldblatt, R.B., Gaydos, M. y Corrato, S. (2008). Effects of Clay Manipulation on Somatic Dysfunction and Emotional Distress in Patients With Parkinson's Disease. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(3), pp.122-128.
- Ellenbecker, T., y King, A. (1990). The effects of gender and college major on mood state changes induced through artistic expression. *American Journal of Art Therapy*, 28(4), pp.106-110.
- Ellis, A. (1994). *Reason & Emotion in Psychotherapy*. New York: Carol Publishing.
- Escudero Valverde J.A. (1975). *Pintura Psicopatológica*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Etchegoyen, R. H. (1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Evans, K. (1998). Shaping experience and sharing meaning: art therapy for children with autism. *Inscape*, 3 (1), pp.17-25.
- Everitt, A. (1975). *El Expresionismo Abstracto*. Barcelona: Labor.
- Fausek, D. (1997). *A practical guide to art therapy groups*. New York: Haworth.
- Feder, B. y Feder, E. (1981). *The expressive arts therapies*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Feder, B. y Feder, E. (1998). *The art and science of evaluation in the arts therapies: How do you know what's working?* Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Fédération Française des Arts-Thérapeutes (FFAT), Francia. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 de marzo de 2006 desde <http://ffat.free.fr>.
- Federazione Italiana Arterapeuti (FIA), Italia. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 de marzo de 2006 desde <http://www.centrostudiarteterapia.org>.
- Feilden, T. (2000). Art therapy as part of the world of dyslexic children. En: Liebmann, M. F. (Ed.). *Art Therapy in Practice*, (pp.104-113) Londres: Jessica Kingsley.
- Fenner, P. (1996). Heuristic research study: Self- therapy using the brief image-making experience. *Arts in Psychotherapy*, 23(1), pp.37-51.
- Fernández Añino, I. (2003). Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad plástica como proceso creativo en niños autistas. *Arte, individuo y sociedad*, 15, pp.135-152.
- Ferreirós Marcos, C. E. (2007). Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. *Colección cermi.es*, 27. Madrid: Caja Madrid Obra Social.
- Fincher, S. (1991). *Creating mandalas*. Boston: Shambhala.
- Fischer, E. (2001). *La necesidad del arte*. Barcelona: Península.
- Fliegel, L.S. (2000). An unfound door: Reconceptualizing art therapy as a community-linked treatment. *American Journal of Art Therapy*, 38, pp.81-89.
- Foa, E. B., y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, pp.20-35.
- Ford, J. (2000). Self-image in the work of a client at the psychotherapy day unit. En: Liebmann, M. F. (Ed.). *Art Therapy in Practice*, (pp.20-40) Londres: Jessica Kingsley.
- Fordham, M. (1944). *The life of childhood*. London: Kegan Paul.
- Forrest, K. (1991). Applications of Art Therapy with the Elderly. *Canadian Art Therapy Association Journal*, 6(1), pp.1-17.

- Foucault, M. (1992). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Francastel, P. (1988). *La realidad figurativa: el marco imaginario de la expresión figurativa*. Barcelona : Paidós.
- Francis, D., Kaiser, D, y Deaver, S. P. (2003). Representations of attachment security in the bird's nest drawings of clients with substance abuse disorders. *Art Therapy: Journal of the American Association of Art Therapists*, 20(3), pp.125-137.
- Franklin, M., Farrelly-Hansen, M., Marek, B., Swan-Foster, N. y Wallingford, S. (2000). Transpersonal art therapy education. *Journal of the American Art Therapy Association*, 17(2), pp.101-110.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, pp. 300-319.
- Freud, A. (1985). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1970). *Psicoanálisis del arte*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1981). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1994) *La interpretación de los sueños*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fromm, E. (1987). *Anatomía de la destructividad humana*. Madrid: Siglo XXI.
- Fromm, E. (1989). *Del tener al ser*. Barcelona: Paidós.
- Fryrear, J.L. y Corbit , I.E. (1992). *Photo art therapy: A Jungian perspective*. Springfield, IL; Charles C. Thomas.
- Fryrear, J.L. y Corbit, I.E. (2003). Visual Transitions. Metaphor for Change. En: Wadeson, H., Durking, J., Perach, D. (Eds.), *Advances in Art Therapy*, (pp.273-294). Canadá: Wiley.
- Fryrear, J.L. y Fleshman, B. (Eds.) (1981). *Videotherapy in mental health*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Fundació Caixa de Pension. (2002). *Musicoterapia y arteterapia en las enfermedades neurodegenerativas* Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Furth, G. M. (1992). *El secreto mundo de los dibujos: sanar a través del arte*. Barcelona: Luciénaga.
- Gabriels, R. L. (1999). Treating children with asthma: A creative approach. En: Malchiodi, C.A., (Ed.), *Medical art therapy with adults*, (pp.95-111). London: Jessica Kingsley.
- Gabriels, R. L. (2003). Art therapy with children who have autism and their families. En: Malchiodi, C. A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.193-206). New York: Guilford Press.
- Gadamer, H.G. (1991). *La actualidad de lo bello*. Barcelona: Paidós.

- Gamoral Torres, M.A. (1992). El expresionismo y las vanguardias en Alemania. *Cuadernos de Arte de la Universidad de Granada*, 23, pp.493-515.
- Gantt, L. (1980). Commentary: Employment, Training Program Development, and Legislative Issues. *Art Education*, (33)4, p. 28.
- Gantt, L. (1990). *A validity study of the Formal Elements Art Therapy Scale (FEATS) for diagnostic information in patients' drawing*. Tesis doctoral para optar al título de doctor. University of Pittsburgh, Pensylvania. Estados Unidos.
- Gantt, L. (1992). A description and history of art therapy assessment research. En: Wadeson, H.(Ed.), *A Guide to Conducting Art Therapy Research*, (pp.119-139). Mundelein, IL: The American Art Therapy Association.
- Gantt, L. (2001). The Formal Elements of Art Therapy Scale: A measurement system for global variables in art. *Art Therapy: Journal of American Art Therapy Association*, 18(1), pp.50-55.
- Gantt, L. (2004). The case for formal art therapy assessments. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(1), pp.18-29.
- Gantt, L., y Tabone, C. (1998). *The Formal Elements Art Therapy Scale: The Rating Manual*. Morgantown, WV: Gargoyle Press.
- Gantt, L., y Tabone, C. (2003). The Formal Elements Art Therapy Scale and “draw a person picking an apple from a tree.” En: Malchiodi, C. A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.420-427). New York: Guilford Press.
- Garai, J. (1984). Holistic healing through creative expression: A training manual in holistic healing for creative-expressive arts therapists. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 1(2), pp.76-82.
- Garai, J. (2001). Humanistic Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.149-162). Nueva York: Brunner-Routledge.
- García De Carpi, L. (1986). *La pintura surrealista española (1924-1936)*. Madrid: Istmo.
- García Ferrando, M. (2000). La encuesta. En: García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (Coords.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, (pp.166-201). Madrid: Alianza.
- García Leal, J. (2002). *Filosofía del arte*. Madrid: Síntesis
- Gardner, H. (1987a). *Arte, mente y cerebro*. Buenos Aires: Paidós.
- Gardner, H. (1987b). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Méjico: Fondo de Cultura.
- Gardner, H. (1997). *Mentes Creativas. Una anatomía de la creatividad vista a través de: Sigmund Freud, Albert Einstein, Pablo Picasso, Igor Stravinsky, T.S. Eliot, Martha Graham, Mahatma Gandhi*. Barcelona: Paidós.

- Garner, R.L. (1996). The NAT Model: Factors in neuropsychological art therapy. *American Journal of Art Therapy*, 34, pp.107-111.
- Garrido, A. y Alvaro, J.L. (1996). *Técnicas de análisis estadístico*. Madrid: Servicio de Publicaciones Universidad Complutense.
- Gentile, D. (1997). Art therapy's influence on locus of control with eating disorder patients. [Abstract]. *Proceedings of the American Art Therapy Association*, p.196.
- Gentry, H. y Rosal, M.L. (1998). Structured cognitive-behavioral art therapy of adolescents with comorbid depression and conduct problems. [Abstract]. *Proceedings of the American Art Therapy Association*, p.76.
- Gerber, J. (1994). The use of art therapy in juvenile sex offender specific treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 21(5), pp.367-374.
- Gerteisen, J. (2008). Monsters, Monkeys & Mandalas: Art Therapy with Children Experiencing the Effects of Trauma and Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(2), pp.90-93.
- Gil, E. (2003). Art and play therapy with sexually abused children. En: Malchiodi, C. A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.152-166). New York: Guilford Press.
- Gil, E. y Sobol, B. (1999). Engaging families in therapeutic play. En: Baily, C.E. (Ed.), *Children in therapy: Using the family as a resource*, (pp.341-382). New York: W.W. Norton.
- Gilroy, A. (2006). *Art Therapy, Research and Evidence-based Practice*. London: Sage Publications.
- Gloger, D. (2006). *Materiales en Arteterapia*. Ponencia presentada en el Master de Arte Terapia: Aplicaciones Psicoterapéuticas de la Práctica Artística, Universidad de Barcelona, España.
- Glouberman, D. (1999). *El Poder de la imaginación*. Barcelona: Urano.
- Glover-Graf, M. y Miller, E. (2006). The Use of Phototherapy in Group Treatment for Persons who are chemically dependent. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 3, pp.166-181.
- Golding, J. (1958). The Demoiselles d'Avignon. *The Burlington Magazine*, 662(100), pp.154-163.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Golomb, C. (1974). *Young children's sculpture and drawing*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Golub, D. (2005). Social Action Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(1), pp.17-23.

- Gombrich, E.H. (2003). *La preferencia por lo primitivo: Episodios de la historia del gusto y el arte de occidente*. Londres: Random House Mondadori, S.A.
- Gómez Llopis, J. (2005). *Psicopatología de la Expresión*. Proyecto de investigación. Titulado Universitario Señor. Universidad Jaime. Castellón de la Plana.
- González García, A. (1979). *Escritos de Arte de Vanguardia 1900/1945*. Madrid: Turner.
- González Río, M. J. (1997). *Metodología de la investigación social*. Alicante: Aguaclara.
- Goodnow, J.J. (1977). *Children drawing*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gordon, R. (1979). El proceso creativo: Autoexpresión y autotranscendencia. En: Jennings, S.(Ed.), *Terapia Creativa*, (pp.9-28). Buenos Aires: Kapelusz.
- Graves, S. (1994). *Expresión of healing*. Van Nuys, CA: New Castle.
- Greece, M. (2003). Art therapy on a bone marrow transplant unit: the case study of a vietnam veteran fighting myelofibrosis. *Arts in Psychotherapy*, 30, pp.229-238.
- Greene Stewart, E. (2004). Art Therapy and neuroscience blend: Working with patients who have dementia. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), pp.148-155.
- Greenwood, H. (2000). Captivity and terror in the therapeutic relationship. *Inscape*, 5 (2), pp. 53-61.
- Greenwood, H. y Layton, G. (1987). An out-patient art therapy group. *Inscape Journal of Art Therapy*, Summer: pp.12-19.
- Greenwood, H. y Layton, G. (1991). Taking the piss. *Inscape*, winter, pp.7-14.
- Gregoire, P. (1998). Imitation response and mimesis in dementia. *Art Therapy: Journal of the American Association of Art Therapists*, 15 (4), pp. 261-264.
- Grosenik, U. (ed.) (2001). *Mujeres artistas*. Colonia: Tachen.
- Grosser Villar, H. (2007). *El embarazo como un renacer. Una intervención de Arte Terapia en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar*. Proyecto Final para optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia. Escuela de Postgrado. Facultad de Artes. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Grotjahn, M. (1979). *El arte y la técnica de la psicoterapia grupal*. Buenos Aires: Paidós.
- Guerra, S. (1993). *La integración interdisciplinar del deficiente*. Barcelona: CEAC.
- Guimón, J. (2003). *Mecanismos psico-biológicos de la creatividad artística*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gussack, D. (2004). Art therapy with prison inmates: a pilot study. *Arts in Psychotherapy*, 31, pp. 245-259.

- Gussak, D. (1997a). A brief history. En: Gussak, D. y Virshup, E. (Eds.), *Drawing time: Art Therapy in prisons and other correctional settings*, (pp. xv-xx). Chicago, IL: Magnolia Street.
- Gussak, D. (1997b). Ultimate hidden weapon: Art therapy and Compromise option. En: Gussak, D. y Virshup, E. (Eds.), *Drawing time: Art Therapy in prisons and other correctional settings*, (pp. 59-74). Chicago, IL: Magnolia Street.
- Gussak, D. (1997c). Breaking Through barriers: Art Therapy in Prison. En: Gussak, D. y Virshup, E. (Eds.), *Drawing time: Art Therapy in prisons and other correctional settings*, (pp. 1-11). Chicago, IL: Magnolia Street.
- Gutiérrez Pérez, R. Y Martínez García, L. (2002). *Las artes plásticas y su función en la escuela*. Málaga: Aljibe.
- Gutiérrez Rodríguez, E. (1999). *Arte-terapia con orientación gestáltica*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Gutiérrez Rodríguez, E. (2000). Arte-Terapia para grupos de personas sin hogar. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, pp.301-309.
- Hacking, S., y Foreman, D. (2000). The Descriptive Assessment for Psychiatric Art (DAPA): Update and further research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), pp.525-529.
- Hagood, M. M. (1990). Art therapy research in England: Impressions of an American art therapist. *The Arts in Psychotherapy*, 17, pp. 75-79.
- Hagood, M. M. (1994). Group art therapy with adolescent sex offenders. En: Liebmann, M. (Ed.), *Art Therapy with Offenders*, (pp. 197-219). London: Jessica Kingsley.
- Hagood, M. M. (2000). *The Use of Art in Counselling Child and Adolescent Survivors of Sexual Abuse*. London: Jessica Kingsley.
- Hagood, M. M. (2002). A correlational study of art-based measures of cognitive development: Clinical and research implications for art therapists working with children. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 19(2), pp.63-68.
- Hammer, E.F. (1958). *The Clinical application of projective drawings*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Hanes, M. (1982). *Art therapy and group work: an annotated bibliography*. Westport Conn: Greenwood Press.
- Hanes, M. (2000). Catharsis in art therapy: A case study of a sexually abused adolescent. *American Journal of Art Therapy*, 38(3), pp. 70-74.

- Hanes, M. (2007). "Face-to-Face" with Addiction: The Spontaneous Production of Self-Portraits in Art Therapy. *American Journal of art therapy*, 24(1), pp.33-36.
- Hanser, S. (1999). *The New Music Therapy Handbook*. Boston, MA: Berklee Press.
- Harber, K. D. y Pennebaker, J. W. (1992). Overcoming traumatic memories. En: Christianson, S. A. (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory*, (pp.359-387). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hardy, D. (2001). Creating through loss: an examination of how art therapists sustain their practice in palliative care. *Inscape*, 6 (1), pp.23-31.
- Harnden, B., Rosales, A. y Greenfield, B. (2004). Outpatient art therapy with a suicidal adolescent female. *The Arts in Psychotherapy*, 31, pp. 165-180.
- Hartz, L. y Thick, L. (2005). Art Therapy Strategies to raise self-esteem in female juvenile offenders: A comparison of art psychotherapy and art as therapy approaches. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(2), pp.70-80.
- Harris, D. B. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity*. New York Harcourt, Brace y World.
- Harrison, C. (1998). *Primitivismo, Cubismo y Abstracción: los primeros años del siglo XX*. Madrid: Akal.
- Hauser, A. (1975). *Fundamentos de la sociología del arte*. Madrid: Labor.
- Hays, R.E., Lyons, S.J. (1981). The Bridge Drawing: A Projective Technique for Assessment in Art Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 8, pp. 207-217.
- Heilveil, I. (1983). *Video in mental health practice: An activities handbook*. New York: Springer.
- Hendrixson, B. N. (1986). A self-portrait project for a client with short-term memory dysfunction. *American Journal of Art Therapy*, 25, pp.15-24.
- Henley, D. (1992). *Exceptional children, exceptional art*. Springfield, MA: Davis.
- Henley, D. (1994). Art of annihilation: early onset schizophrenia and related disorders of childhood. *American journal of Art Therapy*, 32(4), pp.99-107.
- Henley, D. (1998). Art therapy in a socialization program for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Art Therapy*, 37, pp. 2-12.
- Henley, D. (1999). Facilitating socialization within a therapeutic camp setting for children with attention deficits utilizing the expressive therapies. *American Journal of Art Therapy*, 38, pp. 40-50.
- Henley, D. (2001). Annihilation anxiety and fantasy in the art of children with Asperger's Syndrome and others on the autistic spectrum. *American journal of Art Therapy*, 39, pp. 113-121.

- Henley, D. (2002). *Clayworks in art therapy: Playing the sacred circle*. Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Henley, D. (2004). The meaning critique: Resonding to art from preschool to postmodernism. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(2), pp.79-87.
- Henzell, J. (1987). Arte, psicoterapia y sistemas de símbolos. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp.55-75). Barcelona: Herder.
- Hernández Belver, M. (Coord.)(2003). *Arte, infancia y creatividad*. Arte, Individuo y Sociedad Anejos. Madrid: Universidad Complutense.
- Hernández Belver, M. (Coord.) (2005). *Arte infantil en contextos contemporáneos*. Madrid: Eneida.
- Hernández Hernández, F. (2000). *Educación y Cultura Visual*. Barcelona: Octaedro.
- Hernández Hernández, F., Jodar Miñarro, A., Marín Viadel, R. (Eds.)(1991) *¿Qué es la Educación Artística?* Madrid: Sandai.
- Hernández Merino, A. (2000). *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España, 1917-1986*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Historia del Arte y Comunicación Visual. Universidad Politécnica de Valencia. España.
- Hernández Merino, A. (2006). Arteterapia en salud mental. *Revista de Arte-terapia y Artes, Encuentros con la expresión*, 1, pp.27-29.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2005). *Fundamentos de metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrán Gascón, A. (2000). Hacia una creatividad total. En: *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, pp.71-89.
- Hill, A. (1945). *Art versus illness*. London: George Allen & Unwin.
- Hill, A. (1951). *Painting out illness*. London: Williams & Northgate.
- Hills, M. (2006). *Reflexión sobre terapia y niveles de intervención terapéutica*. Ponencia presentada en el seminario: Visiones y aplicaciones en el campo del Arte Terapia, Facultad de Artes, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- Hillsdale, N.J., Erlbaum, L. y Johnson, D. R. (1987). The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *Arts in Psychotherapy*, 14(1), pp. 7-13.
- Hiltebrand, E. (1999). Doping with cancer through image manipulation. En: Malchiodi, C. (Ed.), *Medical art therapy with adults*, (pp.113-135). London: Jessica Kingsley.
- Hinz, L.D. y Ragsdell, V. (1990). Brief report: Using masks and video in group psychotherapy with bulimics. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 3, pp. 259-263.

- Hinz, L.D. (2006). *Drawing from Within: Using Art to Treat Eating Disorders*. London: Jessica Kingsley.
- Hocoy, D. (2005). Art Therapy and Social Action: A Transpersonal Framework. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(1), pp. 7-16.
- Hofmann, W. (1992): *Los fundamentos del arte moderno. Una introducción a sus formas simbólicas*. Barcelona: Península.
- Hogg, J. (1975). *Psicología y artes visuales*. Barcelona: Gustavo Gil.
- Horovitz, E. G., Agell, G., Gantt, L., Jones, D. & Wadeson, H. (2001). *Upholding beliefs: Art therapy assessment, training, and practice*. Ponencia presentada en el meeting de American Art Therapy Association, Albuquerque, Nuevo Méjico, Estados Unidos.
- Horowitz, M.J. (1970). *Image formation and cognition*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hoshino, J. (2003). Multicultural art therapy with families. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.375-387). New York: Guilford Press.
- Howard, R. (1990). Art therapy as an isomorphic intervention in the treatment of a client with PTSD. *American Journal of Art Therapy*, 28, pp. 79-86.
- Huet, V. (1997). Ageing another tyranny: Art Therapy with Older Women. En: Hogan, S. (Ed.), *Feminist approaches to Art Therapy*, (pp.125-140). London and New York: Routledge.
- Hughes-Brand, N.S. (2007). *Adolescent group therapy: A gottman relationship-based approach using art-based interventions*. Tesis para optar al grado de Doctor. The Florida State University College of Human Sciences. Florida. Estados Unidos.
- Hughes, R. (2000). *El impacto de lo nuevo. El arte en el S.XX*. Barcelona: Galaxia Gutemberg.
- Institute of the Toronto Art Therapy (TATI), Canadá. [Referencia electrónica]. Consultada el 16 de julio de 2006 desde <http://www.tati.on.ca>.
- Ireland, M.S. y Brekke, J. (1980). The mandala in group psychotherapy: Personal identity and intimacy. *The Arts in Psychotherapy* 7, pp.217-231.
- Irish Association of Creative Arts Therapists (IACAT), Irlanda. [Referencia electrónica]. Consultada el 16 de julio de 2006 desde <http://www.iacat.ie>.
- Irwing, E.C. y Rubin, J.A. (1976). Art and Drama Interviews: Decoding Symbolic Messages. *Art Psychotherapy*, 3, pp. 169-175.
- Isenberg-Grezda, I. (1988). Music Therapy Assessment: A reflection of professional identity. *Music Therapy*, 3(25), pp. 156-169.

- Israeli Creative and Expressive Arts Therapies Association, (I.C.E.T/YAHAT), Israel. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 de marzo de 2006 desde <http://www.yahat.org>.
- Ivanova, A. (2004). Therapeutic art practices with orphan children in Bulgaria. *Art Therapy: Journal of the American Association of Art Therapists*, 21(1), pp.13-17.
- Jacobi, J. (1980). *Psychology of C.G. Jung*. Londres: Routledge.
- Jalard, M.C. (1968). *El posimpresionismo*. Madrid: Ediciones Juan Bravo.
- Jansen, T. (1995). Art therapy with terminally ill individuals: A look at opposing theoretical frameworks. *The Canadian Art Therapy Association Journal*, 9(1), pp.13-24.
- Jeffrey, C. (1996). *That why child*. New York: Free Association Books.
- Jenning, S. (Ed.) (1979). *Terapia Creativa*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Jenning, S. y Minde, A. (1993). *Art therapy and Dramatherapy*. London: Jessica Kingsley.
- Jeppson, P.M. (1983). Creative approaches to coping with cancer: Art therapy and the cancer patient. En: Di Maria, A., Kramer, E. y Roth, E. (Eds.), *Art Therapy: Still Growing*, (pp.45-47). Proceedings of the Thirteenth Annual Conference of the American Art Therapy Association Alexandria, VA: AATA.
- Jiménez Arenas, I.M. (2006). *La expresión plástica de Louise Bourgeois. Estrategias feministas para una praxis terapéutica*. Tesis para optar al grado de doctor. Departamento de Estética. Facultad de Filosofía. Universidad de Valencia. España.
- Jiménez, J. R. (1960). *Los premios Nobel de literatura*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Jiménez, P. (1996). *Imágenes y sueños para una revolución*. En: Catálogo de la exposición Expresionismo Alemán. Palacio Municipal de exposiciones, Kiosko Alfonso. Ayuntamiento de la Coruña. Caixavigo.
- Jones, J. G. (1997). Art Therapy with a Community of Survivors. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 14 (2), pp. 89-94.
- Jones, P. (2005). *The art therapies. A revolution in healthcare*. New York: Brunner-Routledge.
- Julius, A. (2002). *Transgresiones. El arte como provocación*. Barcelona: Destino.
- Juilliard, K. (1995). Increasing chemically dependent patients' beliefs in step one through expressive therapy. *American Journal of Art Therapy*, 33, pp.110-119.
- Jung C.G. (1974). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Junge, M.B. y Asawa, P.P. (1994). *A history of Art therapy in the United States*. Mundelein, IL: American Art therapy Association.
- Kaduson, H. G. & Schaefer, C. E. (Eds.)(2001). *101 more favorite play therapy techniques*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

- Kagin, S. y Lusebrink, V. (1978). The expressive therapies continuum. *Journal of Art Psychotherapy*, 5, pp. 171-179.
- Kahn-Dennis, K. B. (1997). Art therapy with geriatric dementia clients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 14(3), pp.194-199.
- Kalff, D.M. (1980). *Sandplay*. Boston: Sigo Press.
- Kandinsky, V. (1996). *De lo espiritual en el arte*. Barcelona: Paidós.
- Kapitan, L. & Newhouse, M. (2000). Playing chaos into coherence: Educating the postmodern art therapist. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 17(2), pp. 111-117.
- Kaplan, E. (1988). A process approach to neuropsychological assessment. En: Bolls, T. y Bryant, B.K. (Eds.), *Clinical neuropsychology and brain function: Research, measurement and practice*, (pp.125-167). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kaplan, F. (2000). *Art, science, and art therapy: Repainting the picture*. London: Jessica Kingsley.
- Kaplan, F. (2001). Areas of inquiry for art therapy research. *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(3), pp.142-147.
- Kaplan, F. (2003). Art-based assessments. En: C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of Art Therapy*, (pp.25-35). New York, NY: The Guilford Press.
- Kaplan, F. F. (1991). Drawing assessment and artistic skill. *Arts in Psychotherapy*, 18, pp.347-352.
- Kaplan, F. F. (1998). Scientific art therapy: An integrative and research-based approach. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 15(2), pp.93-98.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1998). *Terapia de grupo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana.
- Karkou, V. (1998). *A descriptive evaluation of the practice of arts therapies in the UK: DMT, Art Therapy, Dramatherapy and Music Therapy*. Tesis para optar al grado de Doctor. Faculty of Education. University of Manchester. Inglaterra.
- Karkou V. (1999). 'Who? Where? What?' A Brief Description of Dance Movement Therapy (DMT): Results from a Nation-Wide Study in Arts Therapies (ATS). *E-Motion: ADMT UK Quarterly*, XI, 2, pp.5-10.
- Karkou V. y Sanderson P. (2001). Report: theories and assessment procedures used by dance/movement therapists in the UK, *The Arts in Psychotherapy*, 28, pp.197-204.
- Kaufman, A. B. (1996). Art in boxes: An exploration of meanings. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), pp. 237-247.

- Kellogg, J. (1978). *Path of Beauty*. Florida: ATMA.
- Kellogg, R. (1985). *Análisis de la Expresión Plástica del preescolar*. Madrid: Cincel.
- Keogh, D. y Whitman, T. (1983). Mental retardation in children. En: Hersen, M., Van Hasselt, V.B. y Matson, J.L. (Eds.), *Behavior therapy for the developmentally and physically disable*, (pp.205-246). New York: Academic.
- Kerlinger y Lee (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Keyes, M.F. (1983). *The inward journey: Art as therapy for you*. La Salle, IL: Open Court.
- Keyes, M.F. (1984). The family clay sculpture in redecision therapy. *Transactional Analysis Journal*, 14(1), pp.68-71.
- Killick, K. (1991). The practice of art therapy with patients in acute psychotic states. *Inscape, Winter*, pp.2-6.
- Killick, K. y Schaverien J. (Eds.) (1997). *Art, Psychotherapy and Psychosis*. London: Routledge.
- Kinget, G.M. (1952). *The drawing completion test*. New York: Grune & Stratton.
- Klee, P. (1987). *Diarios 1898-1918*. Madrid: Alianza.
- Klein, J. (2003). Teoría del arte como terapia. La creación como proceso de transformación. En: Collette, N. y Hernández, A. (Eds.), *Arte, terapia y educación*, (pp.31-40). Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Artes.
- Klein, J. (2006). *Arteterapia: Una introducción*. Barcelona: Octaedro.
- Klein, M. (1990). *Relato del psicoanálisis de un niño*. Obras Completas. N° 4. Barcelona: Paidós.
- Klorer, P.G. (2003). Sexually abused children: Group approaches. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.339- 350). New York: Guilford Press.
- Knill, P. (2004). *Minstrels of Soul: Intermodal Expressive Therapy*. Canadá: EGS Press.
- Kogan J. (1965). *El lenguaje del arte. Psicología y Sociología del arte*. Buenos Aires: Piados.
- Kolb, B. y Whishaw, I. Q. (1990). *Fundamentals of human neuropsychology*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Koppitz, E. M. (1998). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Korean Art Therapy Association (KATA), Corea. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 de marzo de 2006 desde <http://www.korean-arttherapy.or.kr/index.html>.
- Kornreich, T.Z. y Schimmel, B.F. (1991). The world is attacked by great big snowflakes: Art therapy with an autistic boy. *The American Journal of Art Therapy*, 29, pp.77-84.

- Kramer, E. (1971). *Art as therapy with children*. New York: Schocken Books, Inc.
- Kramer, E. (1979). *Childhood and Art Therapy*. New York: Schocken Books, Inc.
- Kramer, E. (1985). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. México: Diana.
- Kramer, E. (2001). Sublimation and Art Therapy. En: Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.28-39). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Krauss, D.A. y Fryrear, J.L. (Eds.)(1983). *Phototherapy in mental health*. Springfield, ILL: Charles C. Thomas.
- Kris, E. (1955). *Psicoanálisis y Arte*. Buenos Aires: Paidós.
- Kuleba, B.A. (2008). *The integration of computerized art making as a medium in art therapy theory and practice*. Tesis para optar al grado de Doctor. Hahnemann Creative Arts in Therapy Program. Drexel University, Philadelphia, Pennsylvania, USA.
- Kunkle-Miller, C. (1978). Art therapy with mentally retarded adults. *Art Psychotherapy*, 5, pp.123-133.
- Kunkle-Miller, C. y Aach, S. (1981). Pre-symbolic levels of expresión. En: Gantt, L. y Whitman, S. (Eds.), *The fine art of therapy*. Alexandria, VA: American Art therapy Association.
- Kwiatkowska, H.Y. (1978). *Family Therapy and Evaluation through Art*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Kymiss, P., Christenson, E., Swanson, A. y Orlowski, P. (1996). Group treatment of adolescent inpatients: a pilot study using a structured art therapy approach. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 6, pp. 45-52.
- Lachman- Chapin, M. (1983). The artist as clinician: An interactive technique. *American Journal of Art Therapy*, 23, pp.13-25.
- Lachman-Chapin, M. (2001). Self Psychology and Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.66-78). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Lahey, B.B. (1999). *Introducción a la psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Laing, J. (1987). La terapia artística en las cárceles. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp.215-236). Barcelona: Herder.
- Laing, R.D. (1977). *La política de la experiencia*. Barcelona: Grupo Grijalbo.
- Landgarten, H. B. (1981). *Clinical Art therapy: A comprehensive guide*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Landgarten, H. B, (1987). *Family art psychotherapy: A clinical guide and casebook*. New York, NY: Brunner/ Mazel Publishers.

- Landy, R. J. (1995). Introduction: Special Issues on ECARTE. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 3, pp. 179-180.
- Landy, R. J. (1996). Drama therapy and distancing: Reflections on theory and clinical application. *The Arts in Psychotherapy*, 23(5), pp. 367-373.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Larcanché, (2003). Un espace en devenir pour l'art-thérapie : entre libéral et médical. En: Moron, P., Sudres, J.-L., Roux, G. *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*, (pp.223-238). Paris: Masson.
- Larroyo, F. (1982). *Historia general de la Pedagogía*. Méjico: Porrúa.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lázzari, D. (2000). *Arteterapia Humanista e Desenvolvimento Espiritual*. [Referencia electrónica]. Consultada el 25 de septiembre de 2007 desde <http://www.ondetem.com/dircenea/Arteterapia.htm>.
- Leeds, J. A. (1989). The History of Attitudes Toward Childrens's Art. En: *Studies in Art Education*, 30 (2), pp.93-103.
- Leedy, J.J. y Rapp, E.(1973). Poetry therapy and some links to art therapy. *Art Psychotherapy*, 1(2), pp.145-151.
- Levens, M. (1990). Borderline aspects in eating disorders: Art therapy's contribution. *Group Analysis* 23(3), pp. 277-284.
- Levens, M. (1995). *Eating Disorders and Magical Control of the Body*. London: Routledge.
- Levick, M. F. (1983a). *They could not talk and so they drew. Children's styles of coping and thinking*. Springfield,IL: Charles C. Thomas.
- Levick, M. F. (1983b). Transference and countertransference in the fine art of therapy. En: Gantt & Whitman (Eds.), *The fine art of therapy*. Alexandria, VA: American Art therapy Association.
- Levine, S. (1992). *Poesis: The language of psychology and the speech of the soul*. Toronto: Palmerston Press.
- Levine, S. y Levine, E. (1999). *Foundations of expressive arts therapy: Teorical and clinical perspectives*. London: Jessica Kingsley.
- Levinson, P. y Ousterout, D. K. (1979). Art and play therapy with pediatric burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 1, pp. 42-46.
- Lev-Wiesel, R., Kacen, L. y Epstein, R. (2004). The Husband-Wife Relationship as Reflected in the Drawings of Battering Husbands. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(4), pp.219-225.

- Lev-Wiesel, R., Zeevi, N. Y Sheva, B. (2007). The relationship between mothers and children with Down syndrome as reflected in drawings. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(3), pp.134-137.
- Lewis, N.D.C. (1925). The practical value of graphic art in personality studies. An introductory presentation of the possibilities. *Psychoanalytic Review*, 12, pp. 316-322.
- Lewis, N.D.C. (1928). Graphic art productions in schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 5, pp. 344-368.
- Lewis, P. (1997). Multiculturalism and globalism in the arts in psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 24, 2, pp.123-127.
- Lewis, S. (2000). A place to be. Art therapy and Community-Based Rehabilitation. En: Liebmann, M. F. (Ed.), *Art Therapy in Practice*, (pp.72-89). Londres: Jessica Kingsley.
- Lezak, M.D. (1983). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Liddiatt, E.M. (1971). *Spontaneous painting and modelling*. London: Constable.
- Liebmann, M. F. (1982). *Art Games and Structures for Groups*. Bristol: Bristol Art Therapy Group.
- Liebmann, M. F. (1986). *Art Therapy for Groups: A handbook of Themes, Games and Exercise*. London: Croom Helm.
- Liebmann, M. F. (1987). Los juegos artísticos y las estructuras de grupo. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia* (pp.237-258). Barcelona: Herder.
- Liebmann, M. F. (1998). Art therapy with offenders on probation. En: Sandle, D. (Ed.), *Development and Diversity: New Applications in Art Therapy*. London: Free Association Books.
- Liebmann, M. F. (Ed.). (2000). *Art Therapy in Practice*. Londres: Jessica Kingsley.
- Linesch, D. (1988). *Adolescent art therapy*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Linesch, D. (Ed.) (1993). *Art therapy with a families in crisis*. New York: Brunner/Mazel.
- L'Institut National d'Expression, de Création, d'Art et Transformation (INECAT), Francia. [Referencia electrónica]. Consultada el 25 de marzo de 2006 desde <http://www.inecat.org>.
- Litz, B. T., Keane, T. M., Fisher, L., Marx, B., y Monaco, V. (1992). Physical complaints in combat-related posttraumatic stress disorder: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 5, pp. 131-141.
- Lomas, H. y Hallas, P. (1998). It's a mystery: Accounts of an art therapy group for people with learning difficulties. En: Rees, M. (Ed.) *Drawing of difference. Art therapy with people who have learning difficulties*, (pp.31-59). London: Routledge.

- López Domínguez, V. (1995). *Schelling*. Madrid: Ediciones del Orto.
- López Fernández Cao, M. (2000). ECARTE: El Consorcio Europeo para la Educación en Arte Terapia, *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, pp.329-334.
- López Fernández Cao, M. (Coord.)(2006). *Creación y posibilidad: Aplicaciones del arte en la integración social*. Madrid: Fundamentos.
- López Fernández Cao, M. y Martínez Díez, N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- Lovell, S. (2007). Learning to love: How Art Therapy and Authentic Movement transform being. En: Pallaro, P., *Authentic Movement: Moving the Body, Moving the Self, Being Moved*, (pp. 326- 336). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lowenfeld, M. (1979). *The worl technique*. Boston: Allen and Unwin.
- Lowenfeld, V. y Lambert Brittain,W. (1980). *Desarrollo de la Capacidad Creadora*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Lu, L. (1989). *La pintura senso-sonora: teorías, estudio empírico e implicaciones terapéuticas*. Tesis para optar al grado de Doctor. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense. Madrid. España.
- Lucas, X. (1980). *Artist in group psychotherapy*. Athens: Litsas.
- Lucie-Smith, E. (1983). *El arte hoy*. Madrid: Cátedra.
- Lucie-Smith, E. (1995). *Movimientos artísticos desde 1945*. Barcelona: Destino.
- Lundh, L.G. (1988). Cognitive therapy and the analysys of meaning structures. En: Perris.C., Blackburn, I.M. y Perris, C., *Cognitive Psychotherapy*, (pp.44-61). Berlin:Springer-Verlag.
- Lusebrink, V. B. (1990). *Imagery and Visual expression in therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Lusebrink, V. B. (2004). Art Therapy and the Brain: an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. *Journal of the American Art Therapy Association*, 21, pp. 125-135.
- Lusebrink, V., Turner-Schikler, L., y Schikler, K. (1992). *Art therapy with Juvenile Rheumatoid Arthritis Patients*. Proceedings of the 23rd Annual Conference of the American Art Therapy Association (p.82). Mundelein, IL: AATA.
- Luzzatto, P. (1994). Art therapy and anorexia. The mental double trap of the anorexic patient: the use of art therapy to facilitate psychic change. En: Doktor, D. (Ed.), *ArtsTherapies unth Clients with Eating Disorders: Fragile Board*, (pp.60-76). London: Jessica Kingsley.
- Luzzatto, P. (2000). The creative journey: a model for short-term group art therapy with posttreatment cancer patients. *Art Therapy: journal of the American Art Therapy Association*, 17(4), pp.265-269.

- Lyddiatt, E.M. (1971). *Spontaneous painting and modeling: A practical approach in therapy*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Lyons, S. (1981). Art in special educations. En: Kearns, L., Ditson, M. y Roehner, B. (Eds.), *Readings: Developing arts programs for handicapped students*. Harrisburg, PA: Arts in Special Education Project of Pennsylvania.
- Lyotard, J. (1998). *La condición postmoderna*. Madrid: Cátedra.
- Lyshak-Stelzer, F., Singer, P., Hills, D., St. John, P. y Chemtob, C. M. (2007). Art Therapy for Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Pilot Study. *Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), pp. 163-169.
- Llera Suárez, E. y Guibert Reyes, W. (2000). Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina general integral*, 16(3), pp.285-294.
- Mackinnon, D. W. (1975). IPAR's contribution to the conceptualization and study of creativity. En: Taylor, I. A., Getzels, J.W. (Eds.), *Perspectives in creativity*, (pp.60-89). Chicago: Aldine.
- Macks, R. (1990). Clay as a healing medium for anorexic and bulimic clients. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 11, pp. 22-29.
- Maderuelo, J. (2003). La construcción del espacio en las vanguardias. En: *Quintana*, 2, pp.95-107.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Nueva York: Basic Books.
- Mahony, J. y Waller, D. (1992). Art therapy in the treatment of alcohol and drug abuse. En: Waller D. y Gilroy, A. (Eds.), *Art Therapy: A Handbook*, (pp.173-189). Buckingham: Open University Press.
- Malchiodi, C.A. (1992). Art and Loss. *Art Therapy: Journal of American art Therapy Association* 9(3), pp.114-118.
- Malchiodi, C.A. (1997). *Breaking the Silence: Art Therapy with Children from Violent Homes*. Bristol, PA: Brunner/Mazel.
- Malchiodi, C.A. (1998). *The Art Therapy Sourcebook*. Los Angeles: Lowell House.
- Malchiodi, C.A. (Ed.)(1999). *Medical art therapy with children*. London: Jessica Kingsley.
- Malchiodi, C.A. (2000). *Art therapy and Computer technology: A virtual Studio of Possibilities*. London: Jessica Kingsley.
- Malchiodi, C.A. (Ed.)(2003). *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press.

- Malchiodi, C.A. (2004). Art Therapy and Career Counseling: Strategies for Art Therapy Job Seekers. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(1), pp.30-37.
- Malpartida, D. (2003). Psicoanálisis a través del arte: Un presente por venir. *Revista Actualidad Psicológica*, 305, pp.20-32.
- Malpartida, D. (2005). Psicoterapia psicoanalítica a través del arte y cambio psíquico. En: Riquelme, R. y Thumala, E. (Eds.), *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Santiago: Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Mampaso Martínez, A. (2005). *La video-animación: Aplicaciones en los campos de desarrollo social y comunitario, la educación artística y el arte-terapia*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad I. Facultad de Ciencias de la Información. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Mango, C. (1992). *Terminal images of a pre-diagnosed cancer patient*. Proceedings of the 23rd Annual Conference of the American Art Therapy Association (p.117). Mundelein, IL: AATA
- Mangravite, P. (1932). The artist and child. En: Hartman, G. y Shumaker, A.(Comps.), *Creative expression*, (pp.29-33). Nueva York: John Day.
- Marchán Fiz, S. (1992). *La estética en la cultura moderna*. Madrid: Alianza Forma.
- Marín Viadel, R. y De la Torre, S. (1991). *Manual de Creatividad*. Barcelona: Vicens Vives.
- Marín Viadel, R. (Ed.) (2003). *Didáctica de la Educación Artística*. Madrid: Pearson Educación.
- Marinovic, M. (1994). Las funciones psicológicas de las artes. *Letras De Deusto*, 24(62), pp.199-207.
- Marinow, A. (1996). The self-portraits of a schizophrenic patient. En: Ulman, E. y Dachinger, P. (Eds.), *Art therapy in theory and practice* (pp.325-327). New York: Schocken.
- Martín, N. (2008). Assessing portrait drawings created by children and adolescents with autism spectrum disorder. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(1), pp.15-23.
- Martínez Abellán, R. (2005). Deficiencia visual, creatividad, expresión y terapias artísticas (I). *Polibea*, 74, pp.15-26.
- Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Ed.) (2004). *Arteterapia y educación*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Martínez Díez, N. (2006a). La formación del y de la arteterapeuta en España y Europa. En: Domínguez Toscano, P. (Ed.), *Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social*, (pp.37-58). Sevilla. Junta de Andalucía.

- Martínez Díez, N. (2006b). Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, pp. 45-67.
- Martínez Díez, N. (2006c). Reflexiones sobre arte, arteterapia y educación. En: López Fernández Cao, M. (Coord.), *Creación y posibilidad: Aplicaciones del arte en la integración social*, (pp.33-74). Madrid: Fundamentos.
- Martínez Serrano, M.H. (2006). *El desarrollo de la creatividad en el tratamiento de los trastornos adictivos*. Póster presentado en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Martínez Vázquez, V. (2000). Aproximaciones al Arteterapia. Una experiencia en Granada. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, pp.335-340.
- Marxen, E. (2004). *Arteterapia e inmigración*. *RTS: Revista de trabajo social*, 173, pp.71-78.
- Maslow, A. (1990). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.
- Máster de arteterapia: *Aplicaciones psicoterapéuticas de la práctica artística*, Barcelona. [Referencia electrónica]. Consultada el 20 de junio de 2004 desde http://www.metafora.org/spanyol/arteterapia/Master_en_Arteterapia.htm.
- Máster de arteterapia de la Associació per a l'Expressió i la Comunicació (AEC), Barcelona. [Referencia electrónica]. Consultada el 14 de julio de 2004 desde <http://www.aecassociacio.org>.
- Máster de arteterapia de la Universidad Complutense, Madrid. [Referencia electrónica]. Consultada el 20 de junio de 2004 desde http://www.ucm.es/info/crea/Doc_master.htm.
- Máster de arteterapia de la Universidad de Gerona. [Referencia electrónica]. Consultada el 20 de julio de 2006 desde <http://www.fundacioudg.org>.
- Máster en Art-Teràpia Transdisciplinària i Desenvolupament Humà (ISPA), Barcelona. [Referencia electrónica]. Consultada el 20 de julio de 2005 desde <http://www.ispa.es>.
- Máster Universitario en Arteterapia y Mediación Plástica, Murcia. [Referencia electrónica]. Consultada el 14 de julio de 2004 desde <http://www.vallericote.net/documentos>.
- Matto, H.C. (1997). An integrative approach to the treatment of women with eating disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 24, pp.347-354.
- May, R. (1974). *Power and Innocence: A Search for the Sources of Violence*. Londres: Souvenir Press.
- May, R. (1975). *The courage to create*. Nueva York: Bantam Book.
- McCarthy, R.A. y Warrington, E. K. (1990). *Cognitive neuropsychology: A clinical introducción*. Nueva York: Academic Press.
- McConeghey, H. (2001). *Art and soul*. Dallas, TX: Spring.

- McGraw, M. (1989). Art therapy with brain-injured patients. *American Journal of Art Therapy*, 28, pp. 37-44.
- McGregor, I. (1990). Unusual drawing development in children. What does it reveal about children's art? En: Case, C. y Dalley, T. (Eds.), *Working with children in Art Therapy*, (pp.39-54). London: Tavistock/Routledge.
- McMillan, J.H. y Schumacher, R. (2005). *Investigación educativa*. Madrid: Pearson Addison Wesley.
- McMurray, M. y Schwartz-Mirman, O. (1998). Transference in art therapy: A new outlook. *The Arts in Psychotherapy*, 25, 1, pp. 31-36.
- McNamee, C. M. (2004). Using both sides of the brain: Experiences that integrate art and talk therapy through scribble drawings. En: *Journal of the American Art Therapy Association*, 21, pp. 136-142.
- McNeilly, G. (1983). Directive and Non-Directive Approaches to Art Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 10, pp. 211-219.
- McNeilly, G. (1987). Further Contributions to Group Analytic Art Therapy. *Inscape Journal of Art Therapy*, Summer, pp. 8-11.
- McNeilly, G. (1990). Group Analysis and Art Therapy: a Personal Perspective. *Group Analysis*, 23, pp. 215-224.
- McNiff, S. (1980). Art Therapy Registration and Standards of Practice. *Art Therapy and Art Education*, (33)4, pp. 29-30.
- McNiff, S. (1981). *The arts and psychotherapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- McNiff, S. (1988). *Fundamentals of art therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- McNiff, S. (1998a). *Art-Based Research*. London: Jessica Kingsley.
- McNiff, S. (1998b). Enlarging the vision of art therapy research. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 15(2), pp.86-92.
- McNiff, S. (2001). The use of imagination and all of the Arts. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.318-325). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Medina Cabero, C.G. (2004). *Taller de Arte Terapia en el proceso de rehabilitación de un paciente alcohólico*. Proyecto Final para optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia. Escuela de Postgrado. Facultad de Artes. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Medina Filho, A. (1997). Metáfora Terapêutica. *Imagens da transformação*, 4, pp. 21-31.
- Mellberg, C. (1998). Increasing control: Watercolor painting and students with developmental disabilities [Abstract]. *Proceedings of the American Art Therapy Association*, p.183.

- Meneguzzo, M. (2006). *El siglo XX: Arte Contemporáneo*. Barcelona: Electa.
- Menzen, K. H. (2001). *Grundlagen der Kunsttherapie*. Munchen: Ernst Reinhardt Verlag.
- Mercadal-Brotons, M. (2000). Modelo Conductista. En: Betés de Toro, M. (Comp.), *Fundamentos de Musicoterapia*, (pp. 309-318). Madrid: Morata.
- Meyerowitz-Katz, J. (2003). Art material sand process; a place of meeting. Art psychotherapy with a four-year-old boy. *Inscape*, 8(2), pp.60-69
- Miller, B. (1987). La terapia artística en las personas de edad avanzada y en los enfermos terminales. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia* (pp.199-214). Barcelona: Herder.
- Miller, C. (1993). The effects of art history enriched art therapy on anxiety, time on task, and art product quality. *Art therapy: Journal of American Art Therapy Association*, 10, pp.194-200.
- Miller, B.L., Mishkin, F., Boone, K., Prince, Ponton, M. y Cotman, C. (1998). Emergence of artistic talent in frontotemporal dementia. *Neurology*, 51, pp.978-982.
- Mills, A. (2003). The Diagnostic Drawing Series. En: Malchiodi, C. A. (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 401-409). New York: Guilford Press.
- Milner, M. (1987). *The Suppressed Madness of Sane Men: Forty-four Years of Exploring Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Minar, V., Erdmann, J., Kapitan, L., Richter-Loesl, S. y Vance, L. (1991). *Confronting cancer through art: A collaborative effort by hospital, patient and therapist*. Proceedings of the 22nd Annual Conference of the American Art Therapy Association (p. 77). Mundelein, Ill: AATA.
- Miralles, P. (2003). Names Project Quilt: Un medio creativo para recordar a las personas desaparecidas a causa del SIDA, y apoyar a sus seres queridos. En: Collette, N. y Hernández, A. (Eds.), *Arte, terapia y educación*, (pp.91-98). Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Artes.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, pp. 272-283.
- Moccio, F. (1980). *El taller de terapias expresivas*. Barcelona: Paidós.
- Mohony, J. y Waller, D. (1999). *Treatment of addiction. Current issues for arts therapies*. London: Roudledge.
- Montero Aparicio, D. (1984). Las primeras vanguardias artísticas. *Studia Zamorensia*, 5, pp.357-384.
- Moon, B.L. (2000). *Existencial art therapy: The canvas mirror*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.

- Mora, F. (2002). *Cómo funciona el cerebro*. Madrid: Alianza Ensayo.
- Morales Häfelin, P. (2007). *¿Puede la actividad plástica ayudar en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos? Los efectos terapéuticos del Arte-terapia*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
- Morales Jiménez, E. (1997). La emoción en el arte y en la sociedad post-imagen. En: *Arte, Individuo y Sociedad*, 9, pp.185-189.
- Moreno González, A. (2003a). Arte-terapia y Educación Social. En: *Educación Social*, 25, pp.99-111.
- Moreno González, A. (2003b). *Aportaciones del Arte-terapia a la Educación Social en medio abierto*. Tesis para optar al grado de Doctor. Facultat de Belles Arts. Universitat de Barcelona.
- Moreno González, A. (2006). El arte como punto de encuentro. *Revista de Arte-terapia y Artes, Encuentros con la expresión*, 1, pp.57-60.
- Moreno Sáez, C. (1999). El primitivismo en el arte. En: *Arte, Individuo y Sociedad*, 11, pp.185-201.
- Morgan, C. y Johnson, D. (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related post-traumatic stress disorder. *Art Therapy Journal of the American Association of Art Therapists*, 12(4),pp. 244-247.
- Morgenstern, S. (1937). *Psychanalyse infantile (Symbolisme et valeur clinique de créations imaginatives chez l'enfant)*. París: Denoël.
- Moron, P., Sudres, J.-L., Roux, G. (2003). *Créativité et art-thérapie en psychiatrie*. París: Masson.
- Mosse, E.P. (1940). Painting analyses in the treatment of neuroses. *Psychoanalytic Review*, 27, pp. 65-81.
- Mulholland M.J. (2004). Comics and Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(1), pp.42-43.
- Muller, J.E. y Elgar, F. (1966). *Un siglo de pintura moderna*. Barcelona: G.G.
- Murphy, J. (1987). Empleo de la terapia artística en el tratamiento de la anorexia mental. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp.159-176). Barcelona: Herder.
- Murphy, J. (Ed.) (2001). *Art Therapy with Young Survivors of Sexual Abuse: Lost for Words*. London: Routledge.
- Murray, C. (Ed.) (2006). *Pensadores clave sobre el arte: el siglo XX*. Madrid: Cátedra.
- Nainis, N. A. (2008). Approaches to Art Therapy for cancer inpatients: Research and practice consideration. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(3), pp.115-121.

- Nardone, G. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- National Coalition of Creative Art Therapies Associations (NCCATA), Estados Unidos. [Referencia electrónica]. Consultada el 12 de julio de 2006 desde <http://www.nccata.org>.
- Naumburg, M. (1947). *Studies of the free art expresión of behavior problem children and adolescents as a means of diagnosis and therapy*. Nueva York: Collage Press.
- Naumburg, M. (1987). *Dinamically oriented art therapy: its principles and practices: Illustrated with three case studies*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Neale, E. L., y Rosal, M. L. (1993). What can art therapists learn from the research on projective drawing techniques for children? A review of the literature. *The Arts in Psychotherapy*, 20, pp. 37-49.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and Reality: Principles and Implications of Cognitive Psychology*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Nieto Alcaide, V. M. (2002). Criterios de valoración y aproximación al arte contemporáneo. *Annales. Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia*, 15, pp.117-121.
- Northen Ireland Group of Art Therapist (NIGAT), Irlanda. [Referencia electrónica]. Consultada el 12 de abril de 2006 desde <http://www.nigat.org>.
- Nucho, A. (1995). *Spontaneous Creative imagery: Problem- Solving and Life-Enhancing Skills*. Springfield, Ill.: Charles Thomas.
- Nucho, A. (2003). *The psychocybernetic model of art therapy*. Springfield, Ill.: Charles Thomas.
- Nuñez Corral, A.B. (2004). De arte, de terapia y de autismo: otras formas de relación con el mundo. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.171-184). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Oaklander, V. (1988). *Windows to Our Children: A Gestalt Therapy Approach to Children and Adolescents*. New York: Center for Gestalt Development.
- O'Brien, F. (2004). The making of mess in art therapy: attachment, trauma and the brain, *Inscape*, 9(1), pp.2-13.
- Ocampo, E. y Perán, M. (1991): *Teorías del Arte*. Barcelona: Icaria.
- Ochsner, K. N. y Lieberman, M. D. (2001). The emergence of social cognitive neuroscience. *American Psychologist*, 56, pp.717-734
- Olivares, R. (1986). El arte es una forma de expresar lo más íntimo. *Lápiz*, 4 (37), pp.16-22.
- Omenat García, M. (2003). El sentido del arteterapia en la escuela: Una experiencia multicultural. En: Collette, N. y Hernández, A. (Eds.), *Arte, terapia y*

- educación*,(pp.79-90). Valencia: Dpto. de Pintura. Grupo de investigación Retórica, Arte y ecosistemas. Facultad de Bellas Artes.
- Omenat García, M. (2006a). Arteterapia: una experiencia de grupos de apoyo a mujeres. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, pp.137-148.
- Omenat García, M. (2006b). Aproximación al proceso creativo. *Revista de Arte-terapia y Artes, Encuentros con la expresión*, 1, pp.6-10.
- Omenat García, M. (2006c). *El grupo de arteterapia: Espacio de acogida en la CADM*. Comunicación presentada en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Omenat García, M. (2006d). *Setting o encuadre*. Ponencia presentada en el Máster Universitario en Arteterapia y Mediación Plástica, Abarán, Murcia.
- Onizo, M. y Onizo, S. (1989). Art activities to improve the self-esteem among native Hawaiian children, *Journal of Humanistic Education and Development*, 27, pp. 167-176.
- Oppegard, K.S., Elkins, D.E, Abbenante, J. y Bangley, B.B. (2005). Choosing Art Therapy as a career. *Journal of the American Art Therapy Association*, 22, pp. 92-100.
- Orgillés Boquera, P. (2007). *Arteterapia en comunidad terapéutica. Procesos de cambio en las drogodependencias*. Comunicación presentada en la I Jornada Profesional de investigación de Terapias Creativas, Alcorcón, Madrid, España.
- Orr, P.P. (2006). Technology Training for Future Art Therapists: Is There a Need? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), pp.191-196.
- Orton, M. (1994). A case study of an adolescent mother grieving the death of her child due to sudden infant death syndrome, *American journal of Art Therapy*, 33, pp.37-44.
- Ovalle Sazie, C. (2007). *Arte Terapia para la promoción de salud laboral: Experiencia de autocuidado con un equipo de salud*. Monografía para optar a la Especialización en Arte Terapia del Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia. Escuela de Postgrado Facultad de Artes Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Packard, S. (1977). Learning disabilities: Identification and remediation through creative art activity. En: Shoemaker, R. H. Y Gonick-Barris (Eds.), *Proceedings of the Seventh Annual Conference of the American Art Therapy Association*, (pp. 57-61). Baltimore: AATA.
- Packard, S. (1980). The History of Art Therapy Education. *Art Therapy and Art Education*, (33), 4, pp.10-13.
- Paín, S. y Jarreau, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte: teoría y técnica*. Argentina: Nueva Visión.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1992). *Human development*. New York: McGraw-Hill, Inc.

- Parente, R. y Anderson-Parente, J. (1991). *Retraining memory: Techniques and applications*. Houston: CSY Publishing.
- Pavlov, I. P. (1960). *Obras escogidas*. Argentina: Quetzal.
- Payne, H. (Ed.) (1993). *One River Many Currents: Handbook of Inquiry in the Arts Therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Peacock, M. (1991). A personal construct approach to art therapy in the treatment of post sexual abuse trauma. *American Journal of Art Therapy*, 29, pp. 100-109.
- Pennebaker, J. W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: W. Morrow.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, pp. 162-166.
- Pennebaker, J. W. & Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition & Emotion*, 10, pp.601-626.
- Pereira Rodríguez, T. (2004). Pedagogía Crítica/Arteterapia. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M.(Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.23-27). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Pérez Fariñas, R. (2004). Un acercamiento al arteterapia para la educación. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.249-261). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Pérez, O. y Miret, N. (2006). *Arte-terapia en centros educativos. Estudio situacional*. Póster presentada en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Perls, F. (1976). *El Enfoque Gestáltico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Peterson, J. y Files, L. (1989). The marriage of Art Therapy and Psychodrama. En: Wadeson, H., Durking, J., Perach, D. (Eds.), *Advances in Art Therapy*, (pp.317-334). Canadá: Wiley.
- Peterson, B., Stovall, K., Elkins, D. y Parker-Bell, B. (2005). Art Therapists and Computer Technology. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(3), pp.139-149.
- Peterson, L.W. y Harding, M.E. (1997). *Children in distress: A guide for screening children's art*. New York: W. W. Norton & Company.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, K. P., & Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63, pp. 787-792.
- Pfister, O. (1913/1917). Analysis of artistic production. In *The psychoanalytic method*. New York: Moffat, Yard.

- Philippini, A. (2000). *Cartografías da coragem. Rotas em arteterapia*. Rio de Janeiro: Pomar.
- Phillips, J. (2003). Working with adolescents' violent imagery. En: Malchiodi, C.A. (Ed.). *Handbook of art therapy*, (pp.229-238). New York: Guilford Press.
- Piaget, J. (1986). *La formación del símbolo en el niño: imitación, juego y sueño: imagen y representación*. México: Fondo de cultura económica.
- Pichón-Riviere, E. (1995). *Diccionario de términos y conceptos de psicología y psicología*. Argentina: Nueva Visión.
- Pifalo, T. (2007). Jogging the Cogs: Trauma-Focused Art Therapy and Cognitive Behavioral Therapy with Sexually Abused Children. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), pp.170-175.
- Pine, S. (1996). Fostering growth through art education, art therapy, and art in psychotherapy. En: Ulman, E. y Dachinger, P. (Eds.), *Art therapy in theory and practice* (pp.60-94). New York: Schocken.
- Pisano, G. (2006). El saber del cuerpo. *Revista de Arte-terapia y Artes, Encuentros con la expresión*, 1, pp.42-44.
- Pizarro J. (2004). The efficacy of art Writing Therapy: Increasing Positive Mental Health Outcomes and Participant Retention After Exposure to Traumatic Experience. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21, pp.5-12.
- Pizarro, J., Schneider, T. S. & Salovey, P. (2002). Uncovering reasons for the inaccuracies behind pap test self-reports. *Journal of Community Health*, 27, pp. 351-356.
- Platón. (2004). *Ión, Timeo, Critias*. Madrid: Alianza.
- Pleasant-Metcalf, A. (1997). The use of art therapy to improve academic performance, *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 14 (1), pp.23-29.
- Poldinger, W. y Krambeck, K. (1987). The relevance of creativity for psychiatric therapy and rehabilitation. *Comprehensive Psychiatry*, 28, pp.384-388.
- Polo Dowmat, L.C. (2003). *Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arte terapia*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Polo Dowmat, L. (2000). Tres aproximaciones al Arte-Terapia. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, pp.311-319.
- Ponteri, A. (2001). The effect of group art therapy on depressed mothers and their children. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18 (3), pp.148-157.
- Portuhondo, J.A. (1997) *La figura humana, test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Prados Carmona, M.J. (2004). El taller de arteterapia en niños y niñas con retraso mental escolarizados en un centro específico. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.185-204). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Prager, A. (1993). The art therapist's role in working with hospitalized children. *American Journal of Art Therapy*, 32(1), pp. 2-10.
- Pratt, M. (2004). *Guidelines for the Arts Therapies and the Arts in Palliative Care Settings*. London: Hospice Information.
- Prokofiev, F. (1998). Adapting the art therapy group for children. En: Skaife, S. y Huet, V. (Ed.), *Art Psychotherapy Groups: Between pictures and words*, (pp. 44-68). London and New York: Routledge.
- Pujol Equisoain, C. (2006). *La arte-terapia, un proceso creativo-transformador en el entorno de la salud mental*. Póster presentado en el I Congreso Nacional de Terapias Creativas, Barcelona, España.
- Quail, J. M. y Peavy, R. V. (1994). A phenomenologic research study of a client's experience in art therapy. *Arts in Psychotherapy*, 21(1), pp.45-57.
- Rae Carlton, N. (1996). *Ego Functions in Art Therapy: Utilizing Ego Strengths and Weaknesses in Treatment*. Tesis para optar al grado de Doctor. The Faculty of the Graduate School Hahnemann University: Philadelphia.
- Ráfols, J.F. (1970). *Historia Universal del Arte*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Ragon, M. (1959). *El Arte Abstracto*. Buenos Aires: Victor Leru S.R.L.
- Rambert, M. (1949). *Children in conflict*. New York: International Universities Press.
- Rambla, W. (2000). *Principales itinerarios artísticos del siglo XX: Una aproximación a la teoría del arte contemporáneo*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume.
- Ramirez, S. (1997). La crisis del arte: Modernidad y Posmodernidad. *Documentación Social*, 107, pp.137-155.
- Ramos i Portas, C. (2004). El máster en Arteterapia en la Universidad de Barcelona. En: Domínguez Toscano, P. (Ed.) (2004). *Arteterapia. Principios y ámbito de aplicación*, (pp.13-30) Sevilla: Junta de Andalucía.
- Rapp, E. (1980). Gestalt art therapy in groups. En: Feder, B. y Ronall, R. (Eds.), *Beyond the hot seat*, pp. 86-104. New York: Brunner/Mazel.
- Read, H. (1982). *Educación por el arte*. Barcelona: Paidós Educador.
- Rees, M. (Ed.) (1998). *Drawing of difference. Art therapy with people who have learning difficulties*. London: Routledge.

- Rehavia-Hanauer, D. (2003). Identifying conflicts of anorexia nervosa as manifested in the art therapy process. *Arts in Psychotherapy, 30*, pp.137-149.
- Reis, D.L., Brackett, M.A., Shamosh, N.A., Kiehl, K.A., Salovey, P. y Gray, J.R. (2007). Emotional Intelligence predicts individual differences in social exchange reasoning. *NeuroImage, 35*, pp. 1385-1391.
- Reus Tous, C. (2006). *De la fortaleza vacía a la casa habitada*. Comunicación presentada en el I Congreso Nacional de terapias creativas, Barcelona, España.
- Rewald, J. (1982). *El postimpresionismo: De Van Gogh a Gauguin*. Madrid: Alianza Forma.
- Reyes, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la Intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 2*, pp.109-118.
- Reynolds, F. (2002). Symbolic aspects of coping with chronic illness through textile arts. *Arts in Psychotherapy, 29*, pp.99-106.
- Reynolds, M. W., Nabors, L. y Quinlan, A. (2000). The effectiveness of art therapy: Does it work? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, 17*, pp.207-213.
- Reynolds, R. (1999). Cognitive behavioral counseling of unresolved grief through the therapeutic adjunct of tapestry-making. *The Arts in Psychotherapy, 26*, pp. 165-171.
- Rhinehardt, L. y Englehorn, P. (1982). An introduction to sand tray dialogue. A workshop presented at the 13th Annual Conference of American Art Therapy Association, Philadelphia, PA, Estados Unidos.
- Rhyne, J. (1979). Drawings as personal constructs: A study in visual dynamics. *Dissertation Abstracts International, 40*, p.2411B.
- Rhyne, J. (1983). Personal dramas of transition. En: Gantt, L. & Whitman, S., *The fine art of therapy. The Proceedings of the 11th Annual Conference of the American Art Therapy Association*, (pp.125-126). Mundelein, IL: American Art Therapy Association.
- Rhyne, J. (1996). *The gestalt art experience*. Chicago, IL: Magnolia Street Publishers.
- Rhyne, J. (2001). Gestalt Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.134-148). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Richardson, M. (1946). *Art and the child*. Peoria, IL: Charles A. Bennet Co.
- Rico, L. (2007). "Dolor, niños y arte". Oncología y trasplantes pediátricos. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, 2*, pp.87-107.
- Rigo Vanrell, C. (2004). Arteterapia y Entorno. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M.(Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.39-48). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.

- Riley, S. (1987). The Advantages of Art Therapy in an Outpatient Clinic. *The American Journal of Art Therapy*, 26, pp.21 -29.
- Riley, S. (2003). Using art therapy to address adolescent depression. En: Malchiodi, C.A.(Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.220-228). New York: Guilford Press.
- Riley, S. (2004a). Reflections on the reflecting Art Therapy team in education and treatment. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21, pp.88-94.
- Riley, S. (2004b). The creative mind. *Journal of the American Art Therapy Association*, 2, pp.184-190.
- Riley, S. y Malchiodi, C.A. (1994). *Integrative approaches to family art therapy*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Robbins, A. (1987). *The artist as therapist*. New York: Human Sciences Press.
- Robbins, A. (2001). Objet relations approach to art therapy. En: Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and Technique*, (pp.54-65). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Robbins, A. y Sibley, L. B. (1976). *Creative art therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Roberts, J.P. (1984). Resonance in Art Groups. *Group Analysis*, December, pp.211-220.
- Robinson, M. (1987). Un enfoque jungiano de la terapia artística dentro de un entorno residencial. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp.141-158). Barcelona: Herder.
- Rocamora, C. (1998). Ismos y vanguardias del siglo XX. *Arbor*, 159(625), pp.61-68.
- Rockwood, M. T. y Graham-Pole, J. (1997). The use of the creative arts in an intensive care setting. En: Rebollo Pratt, R. y Tozuda, Y. (Eds.), *Arts medicine*, (pp.158-164). Benton Harbor, MI: Patterson Printing.
- Rodríguez Reyes, J. (1972). *La terapia ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales*. Madrid: Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
- Rogers, C. (1989a). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. (1989b). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- Rogers, C. (1995). *El camino del ser*. Barcelona: Kairós.
- Rogers, N. (1993). *The creative connection: Expressive arts as healing*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- Rogers, N. (2001). Person-Centered Expressive Arts Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.163-177). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Rojas Bermudez, J. (1970). *Títeres y psicodrama*. Buenos Aires: Genitor.

- Rojas, E. (2006). *Adios a la depresión*. Madrid: Temas de hoy.
- Roller White, C., Wallace, J., Huffmann, L.C. (2004). Use of drawing to identify thought impairment among students with emotional and behavioral disorders: An exploratory study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(4), pp.210-218.
- Romero Rodríguez, J. (2001). *El mito del artista y la locura: estudio de la tradición cultural y la investigación científica sobre la relación entre creatividad y psicopatología*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. España
- Romero Rodríguez, J. (2000). Creatividad, arte, artista, locura: una red de conceptos limítrofes. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, pp.131-141.
- Romero Rodríguez, J. (2006). Creatividad en arteterapia. Del supuesto a la decisión. En: López Fernández Cao, M. (Coord.)(2006), *Creación y posibilidad: Aplicaciones del arte en la integración social*, (pp.75-88). Madrid: Fundamentos.
- Romo, M. (2005). *Psicología de la creatividad*. Barcelona: Paidós.
- Rosal, M. L. (1992). Approaches to art therapy with children. En: Anderson, F.E. (Ed.), *Art for all the children*, (pp.142-183). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Rosal, M. L. (1993). Comparative group art therapy research to evaluate changes in locus of control in behavior disordered children. *The Arts in Psychotherapy*, 20, pp.231-241.
- Rosal, M. L. (1996). *Approaches to art therapy with children*. Burlingame, CA: Abbeygate.
- Rosal, M. L. (2001). Cognitive-Behavioral Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.210-225). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Rosal, M. L., Ackerman-Haswell, J.F. y Johnson, L. (1994). Humanity behind the offense: Group art therapy with special needs sex offenders [Abstract]. *Proceeding of the American Art Therapy Association*, 127.
- Rosenkranz, K. (1992). *Estética de lo feo*. Madrid: Julio Ollero.
- Roth, E. A. (1978). Art therapy with emotionally disturbed-mentally retarded children: A technique of reality shaping. En: Mandel, B. K. et al. (Eds.), *The dynamics of creativity*, (pp.168-172). Baltimore: American Art Therapy Association.
- Roth, E. A. (1979). Choosing an appropriate candidate for art therapy among emotionally disturbed-mentally retarded children. En: Gantt, L. et al. (Eds.), *Art therapy: Expanding horizons*, (pp.48-55). Baltimore: American Art Therapy Association.
- Roth, E. A. (1983). Art therapy to promote ego development in disturbed retarded children. En: Gantt, L. y Whitman (Eds.), *The fine art of therapy*, (pp.13-19). Alexandria, VA: American Art Therapy Association.

- Roth, E. A. (2001). Behavioral Art Therapy. En: Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.195-209). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Roth, E. A. y Barret, R. (1980). Parallels in art and play therapy with a disturbed retarded child. *The Art in Psychotherapy*, 7, pp.19-26.
- Rousseau, C, Lacroix, L., Bagilishya, D. and Heusch, N. (2003). Working with myths: creative expression workshops for immigrant and refugee children in a school setting. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 20(1), pp.3-10.
- Rubia, F.J. (2006). *¿Qué sabes de tu cerebro?* Madrid: Temas de hoy.
- Rubin, J.A. (1984). *Child art therapy: Understanding helping children grow through art*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Rubin, J.A. (1998). *Art therapy: an introduction*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Rubin, J.A. (Ed.) (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Rubin, J.A. y Magnussen, M.G. (1974). A Family Art Evaluation. *Family Process*, 13(2), pp.185-200.
- Rubio, O. M. (1994). *La mirada interior. El Surrealismo y la pintura*. Madrid: Tecnos.
- Rugg, H. y Shumaker, A. (1928). *The child-centered school*. Nueva York: World book.
- Sabattella Riccardi, P. R. (2003). *La evaluación en la práctica profesional de la Musicoterapia: Un estudio descriptivo en el contexto Iberoamericano*. Tesis para optar al grado de Doctor, Departamento de Didáctica. Facultad de Educación, Universidad de Cádiz. España.
- Salvat, M. (Dir.) (1973). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Samet, D. (1989). Art therapy and computers. En: Wadson, H., Durking, J., Perach, D. (Eds.), *Advances in Art Therapy*, (pp.296-317). Canadá: Wiley.
- Samuels, M. y Rockwood, M. (2000). *Creatividad curativa*. Buenos Aires: Vergara.
- Sánchez, M. I. (2003). Una mirada a los procesos creativos en Arteterapia: Louis Bourgeois. *Arte, Individuo y Sociedad*, 15, pp.117-134.
- Sánchez Carrión, J.J. (1995). *Manual de análisis de datos*. Madrid: Alianza.
- Sandblom, P. (1982). *Creativity and Disease*. Philadelphia: George F. Stickley, Co.
- Saotome, J. (1998). Long-stay art therapy groups. En: Skaife, S. y Huet, V. (Eds.), *Art Psychotherapy Groups: Between Pictures and Words*, (pp.156-181). London: Routledge.

- Sarra, N. (1998). Connection and disconnection in the art therapy group: Working with forensic patients in acute states on a locked ward. En: Skaife, S. y Huet, V. (Eds.), *Art Psychotherapy Groups: Between pictures and words*, (pp.69-87). London: Routledge.
- Sarró, R. (1994). *De la teorías Mitologenetica al homo demens*. Barcelona: Policrom.
- Saunders, E. y Saunders, J. (2000). Evaluating the effectiveness of art therapy through quantitative outcomes-focused study. *Arts in Psychotherapy*, 27(2), pp.99-106.
- Sbandi, P. (1990). *Psicología de grupos*. Barcelona: Herder.
- Scanio, E. (2004). *Arteterapia: Por una clínica en zona de arte*. Buenos Aires: Lumen.
- Schachtel, E. G. (1959). *Metamorphosis: On the development of affect perception, attention and memory*. Nueva York: Basic Books.
- Schaverien, J. (1992). *The revealing image: Analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Routledge.
- Schaverien, J. (1994). The picture as transactional object in the treatment of anorexia. En: Doktor, D. (Ed.), *Arts Therapies with Clients with Eating Disorders: Fragile Board*, (pp.31-48). London: Jessica Kingsley.
- Schaverien, J. (1998). Inheritance: Jewish identity, art psychotherapy workshops and the legacy of the Holocaust. En: Doktor, D. (Ed.), *Arts Therapists, Refugees and Migrants*, (pp.155-173). London: Jessica Kingsley.
- Schottenloher, G. (2004). *Terapia artística y creativa: Una introducción práctica*. Granada: Joaquín Sánchez.
- Schuster, M. y Beisl, H. (1982). *Psicología del arte. Cómo influyen las obras de arte*. Barcelona: Blume.
- Schut, H., de Keiser, J., van Bout, J. y Stroebe, M. (1996). Cross-modality grief program: description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*, 52, pp. 357-365.
- Scott, J. y Males, B. (1987). La terapia artística en personas con retraso mental. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp.177-199). Barcelona: Herder.
- Scudder Teufel, E. (1995). Terminal stage leukemia: Integrating art therapy and family process. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 12, pp.51-55.
- Sebreli, J. J. (2002). *Las aventuras de la Vanguardia*. Buenos Aires: Señales.
- Sedlmayr, H. (1990). *La revolución del Arte Moderno*. Madrid: Mondori.
- Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B
- Selz, P. (1989). *La pintura expresionista alemana*. Madrid: Alianza Forma.

- Sennett, R. (2003). *El respeto: sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.
- Serrano Morales, P. (2006). *El Arte Terapia como herramienta de prevención de Burnout en profesionales de la salud*. Monografía para optar a la Especialización en Arte Terapia del Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia. Escuela de Postgrado. Facultad de Artes. Universidad de Chile.
- Shacham, S. (1983). A shortened version of the Profile of Mood States. *Journal of Personality Assessment*, 47, pp.305-306.
- Serrano Navarro, A. y Ojeda López, M. (2007). *Artemisia, una experiencia con mujeres del sur – I*. Comunicación presentada en la I Jornada Profesional de investigación de Terapias Creativas, Alarcón, Madrid, España.
- Sholt, M. y Gavron, T. (2006). Therapeutic Qualities of Clay-work in Art Therapy and Psychotherapy: A Review. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(2), pp.66-72.
- Silver, R.A. (1976). Using art to evaluate and develop cognitive skills. *American Journal of Art Therapy*, 16(1), pp.11-19.
- Silver, R.A. (1978). *Developing cognitive y creative skills through art*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Silver, R.A. (1983). Identifying gifted handicapped children through their drawings. *Art Therapy*, 1(1), pp.40-49.
- Silver, R.A. (2000). *Studies in art therapy: 1962 to 2000*. Sarasota, FL: Alblin.
- Silver, R. A. (2001). Assessing and Developing Cognitive Skills through Art. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.28-39). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Silverstone (1997). *Art Therapy the Person-Centered Way: Art and the Development of the Person*. London: Kingsleys Publishers.
- Simon, R. M. (1991). *The symbolism of style*. London: Routledge.
- Simon, R. M. (1997). *Symbolic images in art as therapy*. London: Routledge.
- Sinelnikoff, N. (1999). *Las psicoterapias: Inventario crítico*. Barcelona: Herder.
- Skaife, S. (1990). Self-determination in Group Analytic Art Therapy. *Group Analysis*, 23, pp.237-244.
- Skaife, S. (1997). The Pregnant Art Therapist in an Art Therapy Group. En: Hogan, S. (Ed.), *Feminist Approaches to Art Therapy*, (pp.177-197). London: Routledge.
- Skaife, S. y Huet, V. (Eds.) (1998). *Art Psychotherapy Groups: Between pictures and words*. London: Routledge.

- Skailles, C. (2000). The Revolving Door: The day hospital and beyond. En: Liebmann, M. (Ed.), *Art Therapy in Practice*, (pp.58-71). London: Jessica Kingsley.
- Skinner, B.F.(1985). *Aprendizaje y comportamiento*. Barcelona: Martinez Roca.
- Slavson, S.R. (1976). *Tratado de psicoterapia grupal analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Slegelis, M.H. (1987). A study of Jung's mandala and its relationship to art psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy* 14, pp.301-311.
- Smith, E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. y Loftus, G.R. (2003). *Introducción a la psicología*. Madrid: Thomson.
- Smitheman-Brown, V. y Church, R. (1996). Mandala drawings: Facilitating creative growth in children with ADD or ADHD. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 13(4), pp.252-262.
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66, pp.174-184.
- Sobol, B. (1985). Art therapy, behavior modification, and conduct disorders. *American Journal of Art Therapy*, 24, pp. 35-43.
- Sobol, B. y William, B. (2001). Family and Group Art Therapy. En: Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.261-280). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Sociedade Portuguesa de Arte Terapia (SPAT), Portugal. [Referencia electrónica]. Consultada el 14 de julio de 2006 desde <http://www.arte-terapia.com/>.
- Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression (SIPE), Francia. [Referencia electrónica]. Consultada el 12 de julio de 2006 desde <http://www.online-art-therapy.com>.
- Solana, G. (Coord.) (2002). *El Surrealismo y sus imágenes*. Madrid. Fundación cultural Mapfre Vida
- Solari, B., Arratia, C., C6, C., Duarte A., Quiroga, J. y Marinovic, M. (2004). Arte terapia en usuarios del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Universidad de Chile: pr6ctica supervisada. *Rev Sogia*, 11(2), pp.38-45.
- Sor6n, M. (2006). *La vivencia est6tica en el encuentro consigo mismo y con los otros*. Comunicaci6n presentada en el I Congreso de Terapias Creativas, Barcelona, Espa6a.
- Souriau, E. (1998). *Diccionario de Est6tica*. Madrid: Akal.
- South African Network of Arts Therapies Organizations (SANATO), Claremont, Western Cape, Sur6frica. [Referencia electr6nica]. Consultada el 15 de julio de 2006 desde <http://www.nrf.ac.za/timr>.
- Spaniol, S. (2003). Art therapy with adults with severe mental illness. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.268-280). New York: Guilford Press.

- Spector, J.J. (2003). *Arte y escritura surrealistas*. Madrid: Síntesis.
- Spera, S.P., Buhrfeind, E.D. y Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37, pp. 722-733.
- Spring, D. (1993). *Shattered images: The phenomenological language of sexual trauma*. Chicago, IL: Magnolia Press.
- Spring, D. (2004). Thirty-Year Study Links Neuroscience, Specific Trauma, PTSD, Image Conversion, and Language Translation. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(4), pp.200-209.
- Springer, S.P. y Deutsch, G. (1989). *Left brain, right brain*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Spring, D. (2001). *Image & Mirage: Art Therapy with dissociative clients*. Springfield, Ill: Charles C. Thomas.
- Springham, N. (1994). Research into patients' reactions to art therapy on a drug and alcohol programme. *Inscape*, 1, pp.36-40.
- St. John P., Kaiser, D., Ball, B. (2004). Teaching Research: A Survey of Art Therapy Educators. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(2), pp.67-68.
- Stangos, N. (1986). *Conceptos de arte moderno*. Madrid: Alianza Forma.
- Stanley, P.D. y Miller, M.M. (1993). Short-term art therapy with an adolescent male. *The Arts in Psychotherapy*, 20, pp. 397-402.
- Steele, W. (2003). Using drawing in short-term resolution. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.139-151). New York: Guilford Press.
- Stein Safran, D. (2002). *Art Therapy and AD/HD. Diostic and Therapeutic Approaches*. London: Kingsley publishers.
- Stein, D. G. (1988). In pursuit of new strategies for understanding recovery from brain damage: Problems and perspective. En: Bolls, T. y Bryant, B. K. (Eds.), *Clinical neuropsychology and brain function: Research, measurement and practice*, (pp.9-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Steinhardt, L. (1995). Long-term creative therapy with a borderline psychotic boy. *American Journal of Art Therapy*, 34, pp.43-49.
- Stern, A. (1977). *La Expresión*. Barcelona: Promoción Cultural.
- Stern, A. y Duquet, P. (1961). *Del dibujo espontáneo a las técnicas gráficas*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Stern, M.M. (1952). Free painting as auxiliary technique in psychoanalysis. En: Bychowski, G. y Despert, L. (Eds.), *Specialized techniques in psychotherapy*, (pp.65-85). New York: W.W. Norton.

- Stewart, E. (2004). Art therapy and neuroscience blend: working with patients who have dementia. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(3), pp.148-155.
- Stoll, B. (2005). Growing pains: The international development of art therapy. *The Arts in Psychotherapy* 32, pp.171-191
- Storr, A. (1972). *The dynamics of creation*. Harmondsworth: Penguin.
- Strand, S. (1990). Counteracting Isolation: Group Art Therapy for people with learning difficulties. *Group Analysis*, 23, pp.255-263.
- Suarez, A. y Vidal, M. (1990). *Historia universal del arte. El siglo XX*. Barcelona: Planeta.
- Süess, A. (2006). El arte como herramienta de transformación social: Proyectos comunitarios. *Revista de Arte-Terapia y Artes. Encuentros con la Expresión*, 1, pp.70-75.
- Süess, A. (2007). Arte, terapia y transformación social en la intersección entre postestructuralismo y teoría crítica. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, pp.27-37.
- Sundaram R. (2002). Art as cathartic tool for siblings of children with a hearing loss. *American Journal of Art Therapy*, 40, pp.203-209.
- Swainson, C. (2000). Art Therapy and Homeless People. En: Liebmann, M. (Ed.). *Art Therapy in Practice*, (pp.156-170). London: Jessica Kingdom.
- Talwar, S., Iyer, J., Doby-Copeland, C. (2004). The Invisible Veil: Changing Paradigms in the Art Therapy Profession. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(1), p.44-48.
- Tamminen, K. (1998). Exploring the landscape within: art therapy in a forensic unit. En: Sandle, D. (Ed.), *Development and Diversity: New Applications in Art Therapy*. London: Free Association.
- Tàpies, A. (2001). *Valor del arte*. Madrid: Ave del Paraíso.
- Tavani, R. (2007). Male Mail: A Survey of Men in the Field of Art Therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(1), pp.22-28.
- Teasdale, C. (2002). *Guidelines for Arts Therapists Working in Prisons*. London: Department for Education and Skills.
- Terr, L. (1992). *Too Scared to Cry*. Nueva York: Basic books.
- Thermal, J.H. (1996). Therapeutic art programs around the word: Art applied art by mentally defective children. This is art therapy? En: Ulman, E. y Dachinger, P. (Eds.), *Art therapy in theory and practice*, (pp.213-220). New York: Schocken.
- Thomas, K. (1988). *Hasta hoy: Estilos de las Artes Plásticas en el Siglo XX*. Barcelona: Del Serbal.

- Thompson, R.F. (1988). Brain substrates of learning and memory. En: Bolls, T. y Bryant, B. K. (Eds.), *Clinical neuropsychology and brain function: Research, measurement and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, T. y Grabowski, J. (Eds.) (1972). *Behavior modification of the mentally retarded*. London: Oxford University Press.
- Thompson-Taupin, C. (1976). Where do your lines lead? Gestalt art groups. En: Downing, J. (Ed.), *Gestalt awareness*. New York: Harper and Row.
- Thornton, R. (2000). Valuing the Middle Ground: Art Therapy and Manic Depression. En: Liebmann, M. (Ed.), *Art Therapy in Practice*, (pp.41-58). London: Jessica Kingdom.
- Tibbetts, T. y Stone, B. (1990). Short-term art therapy with seriously emotionally disturbed children, *Arts in Psychotherapy*, 17(2), pp.139-146.
- Tilley, P. (1991). *El arte en la educación especial*. Barcelona: Ceac.
- Tolman, E. C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. New York: Century.
- Torrado Sánchez, Y. (2004). Descubrimos la función terapéutica del arte: Arteterapia. En: Domínguez Toscano, P. (Ed.), *Arteterapia. Principios y ámbito de aplicación*, (pp.171-184). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Torres Nicolás, B. (2005). *Taller de Arte Terapia en el tratamiento de una adolescente con fobia social*. Proyecto Final para optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención ArteTerapia. Escuela de Post Grado. Facultad de Artes. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Toussaint, L. (1983). *El paso y el arte abstracto en España*. Madrid: Cátedra.
- Trilling, L. (1956). *La imaginación liberal. Ensayos sobre la literatura y la sociedad*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Trüg, E. y Kersten, M. (2003). *Praxis de la terapia artística: materiales y técnicas*. Granada: Departamento de Escultura y grupo de investigación HUM-553. Universidad de Granada.
- Turner, R.J. y Lloyd, D.A. (1995). Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, pp. 360-376.
- Uhlín, D. M. (1978). Assessment of violent prone personality through art. *British Journal of Projective Psychology & Personality Study*, 23(1), pp.15-22.
- Ulman, E. (1996). A new use of art in psychiatric diagnosis. En: Ulman, E. y Dachinger, P. (Eds.), *Art therapy in theory and practice*, (pp.361-386). New York: Schocken.
- Ulman, E. (2001a). Variations on a Freudian Theme. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.289-305). Nueva York: Brunner-Routledge.

- Ulman, E. (2001b). Art therapy: Problems of definition. *American Journal of Art Therapy*, 40, pp. 16-26.
- Ulman, E. y Levy, B.I. (1992). An experimental approach to the judgment of psychopathology from paintings. *American Journal of Art Therapy*, 30, pp.107-112.
- Ulman, E. y Levy, C. (Eds.) (1981). *Art therapy viewpoints*. New York: Schocken Press.
- Ulman, E. y Levy, B.I. (1996). An experimental approach to the judgment of psychopathology from paintings. En: Ulman, E. y Dachinger, P. (Eds.), *Art therapy in theory and practice* (pp.393-402). New York: Schocken.
- Ulman, S.E. y Siegel, J.M. (1996). Traumatic events and physical health in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 9, pp. 703-720.
- Ullmann, S. (1968). *Lenguaje y estilo*. Madrid: Aguilar.
- Uriarte González, L. (2004). Arteterapia con niños en hospitales. En: Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Eds.), *Arteterapia y educación*, (pp.159-170). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.
- Valé Madeo, S.E. (2000). *La enseñanza del arte en la educación de adultos. Sistema educativo no formal*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Valladares, A.C. (2003). *Arteterapia com criança hospitalizadas*. Tesis para optar al grado de Doctor, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidad de Sao Paulo. Brasil.
- Valladares, A.C. y Carbalho, A.M.P. (2006). O desenho do hospital na visão da arteterapia em internações pediátricas. *Enfermería Global*, 9, pp.1-13.
- Van Dalen, D.B. y Meyer, W.J. (1981). *Manual de la investigación educacional*. Barcelona: Paidós.
- Van Gogh, V. (1991). *Cartas a Théo*. Barcelona: Labor.
- Van Lith, T. (2008). A Phenomenological Investigation of Art Therapy to Assist Transition to a Psychosocial Residential Setting. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(1) pp. 24-31.
- Van Sickle, K. G. y Acker, L.E. (1975). Modification of an adult's problems behavior in art therapy setting. *American Journal of Art Therapy*, 14, pp. 117-120.
- Vandiver, C. (2005). Using Art as Language in Large Group Dialogues: The TREC Model. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(1), pp.24-31.
- Vassiliadou Yiannaka, M. (2001). *La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos: arte terapia y esquizofrenia*. Tesis para optar al grado de

- Doctor. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Vattimo, G. (1990). *La sociedad transparente*. Barcelona: Paidós.
- Velasco Suarez, C.A (1974). *La actividad imaginativa en psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Vick, R. M. (1999). Utilizing prestructured art elements in brief group art therapy with adolescents. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 16(2), pp.68-77.
- Vick, R.M. (2003). A brief History of Art Therapy. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.5-15). New York: Guilford Press.
- Villamartín Fernández, E. (2005). *Intervención artística en el medio penitenciario: El arte como reinserción social*. Tesis para optar al grado de Doctor. Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Virshup, E. (1978). *Right brain people in a left brain world*. Los Angeles, CA: Art therapy West.
- Virshup, E. (ed.) (1993). *California Art therapy trends*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Vygotsky, L.S. (1982). El juego y su función en el desarrollo psíquico del niño. Versión Castellana de la conferencia dada por Vygotsky en el Instituto Pedagógico Estatal de Hertzsn en 1933. San Petersburgo. *Cuadernos de Pedagogía*, 85, pp.39-49.
- Vygotsky, L.S. (1985). *Pensamiento y lenguaje: teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Vygotsky, L.S. (1970). *Psicología del arte*. Barcelona: Barral.
- Wadeson, H. (1980). *Art Psychotherapy*. Nueva York: Wiley.
- Wadeson, H. (2000). *Art Therapy Practice: Innovative Approaches with Diverse Populations*. New York: Wiley.
- Wadeson, H. (2001). An Eclectic Approach to Art Therapy. En: Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.306-317). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Wadeson, H., Durking, J. y Perach, D. (Eds.)(1989). *Advances in Art Therapy*. Canadá: Wiley.
- Wahler, H. J. (1968). The Physical Symptoms Inventory: Measuring levels of somatic complaining behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 24, pp. 207-211.
- Wald, J. (1986). Fusion of symbols, confusion of boundaries: Percept contamination in the art work of Alzheimer's disease patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 3(2), pp. 74-80.

- Wald, J. (2003). Clinical art therapy with older adults. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.294-308). New York: Guilford Press.
- Wallace, E. (1975). Creativity and Jungian thought. *Art Psychotherapy*, 2, pp. 181-187.
- Wallace, E. (2001). Healing Through the Visual Arts. En: Rubin, J.A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.95-109). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Waller, C. (1992). Art therapy with adult female incest survivors. *Art Therapy: Journal of the American Association of Art Therapists*, 9(3), pp.135-138.
- Waller, D. (1987). Examen de las semejanzas y diferencias entre la enseñanza del arte y la terapia artística. En: Tessa, D. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp. 37-53). Barcelona: Herder.
- Waller, D. (1990). Group Analysis and the Arts Therapies. *Group Analysis*, 23, pp. 211-213.
- Waller, D. (1991). *Becoming a Profession: the History of Art Therapy in Britain, 1940-1982*. London and New York: Routledge.
- Waller, D. (1993). *Group Interactive Art Therapy: Its Uses in Training and Treatment*. London: Routledge.
- Waller, D. (1994). The power of food: some explorations and transcultural experiences in relation to eating disorders. En: Doktor, D. (Ed.), *Arts Therapies with Clients with Eating Disorders: Fragile Board*, (pp.76-90). London: Jessica Kingsley.
- Waller, D. (2001). Research report: art therapy and dementia: an update on work in progress. *Inscape*, 6(2), pp. 67-68.
- Waller, D. y Gilroy, A. (Eds.) (1992). *Art Therapy: A handbook*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Waller, D. y James, K. (1987). La formación en terapia artística. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia* (pp.75-93). Barcelona: Herder.
- Waller, D. y Sibbett, C. (2005). *Art Therapy and Cancer Care*. Maidenhead: Open University Press.
- Wallon, H. (1975). *Los orígenes del carácter en el niño: los preludios del sentimiento de personalidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Weinribb, E.L. (1983). *Images of the self: The sandplay therapy process*. Boston: Gigo Press.
- Weiser, J. (2004). PhotoTherapy techniques in counseling and therapy: Using ordinary snapshots and photo-interactions to help clients heal their lives. *The Canadian Art Therapy Association Journal*, 17, (2), pp.23-53.
- Weiss, W., Schafer, D. y Berghorn, F. (1989). Art for institutionalised elderly, *Art Therapy: journal of the American Association of Art Therapists*, 6(1), pp.10-17.

- Welsby, C. (1998). A part of the whole: art therapy in a girl's comprehensive school. *Inscape*, 3(1), pp.33-40.
- Wertsch, J. V. (1988). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona: Paidós.
- Whitaker, D.S. y Lieberman, M. A. (1965). *Psychotherapy Through the Group Process*. New York: Atherton Press.
- White, L. (1964). *La ciencia de la cultura. Un estudio sobre el hombre y la civilización*. Buenos Aires: Paidós.
- White, S., Fenster, G., Franklin, M., Rosner-David, I., y Weiser, J. (1991). *From outside in and inside out: Viewing AIDS through art therapies' window*. Proceedings of the 22nd Annual Conference of the American Art Therapy Association (p. 55). Mundelein, IL: AATA.
- Whitman, T.L., Sciback, J.W., y Reid, D. H. (Eds.)(1983). *Behavior modification with the severely and profoundly retarded*. Nueva York: Academic Press.
- Williams, G. y Wood, M. (1977). *Developmental in art therapy*. Baltimore: University Park Press.
- Wilks, R. y Byers, A. (1992). Art therapy with elderly people in statutory care. En: Waller, D. y Gilroy, A. (Eds.), *Art Therapy: A handbook*, (pp.90-104). Philadelphia, PA: Open University Press.
- Wilson, L. (1977). Theory and practice of art therapy with the mentally retarded. *American Journal of art therapy*, 16, pp. 87-97.
- Wilson, L. (2001). Symbolism and Art Therapy. En: Rubin, J. A. (Ed.), *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.40-53). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Wilson, M. (2003). Art therapy in addictions treatment: Creativity and Shame reduction. En: Malchiodi, C.A. (Ed.), *Handbook of art therapy*, (pp.281-293). New York: Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1971a). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D.W.(1971b). *Therapeutic consultations in child psychiatry*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D.W. (1979). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Wittenberg, D. (1996). Art Therapy for Adolescent Drugs Abusers. En: Ulman, E. y Dachinger, P. (Eds.), *Art therapy in theory and practice*, (pp.150-159). New York: Schocken.
- Wolf, A. y Schwartz, E.K. (1967). *Psicoanálisis en grupos*. México: Pax-México.
- Wolf Bordonaro, G. P. (2003). *Art therapy with hospitalized pediatric patients*. Tesis para optar al grado de Doctor, Department of Art Education. The Florida State University College of Visual Arts and Dance. Florida.

- Wood, C. (1997). The history of Art Therapy and Psychosis 1938-1995. En: Killick, K. y Schaverien J. (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis*, (pp.144-176). London: Routledge.
- Wood, M. (1987). El niño y la terapia artística: punto de vista psicodinámico. En: Dalley T. (Ed.), *El Arte como Terapia*, (pp. 115-140). Barcelona: Herder.
- Wood, M. (1996). Art therapy and eating disorders: theory and practice in Britain. *Inscape*, 1(1), pp.13-19.
- Worringer, W. (1983). *Abstracción y Naturaleza*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- Yalom, I. y Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de Psicoterapia de Grupo*. Barcelona: Paidós.
- Yamaguchi, T. (1997). Hiroshima atomic bomb survivors: Group arts therapy approaches. En: Rebollo Pratt, R. y Tozuda, Y. (Eds.), *Arts medicine*, (pp.53-57).Benton Harbor, MI: Patterson Printing.
- Yoshikawa, L. *El sandplay. El hacer simbólico de la psique: la terapia de la caja de arena*. [Referencia electrónica]. Consultada el 4 de septiembre de 2007 desde <http://www.adepac.org/P06-26.htm>.
- Zamierowski, M.J. (1980). The integration of psychoanalytical and neurophysiological approaches into an art therapy framework for the treatment of children with learning disabilities. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 1, pp.31-36.
- Zammitt, C. (2001). The art of healing: a journey through cancer: implications for art therapy. *Art Therapy: journal of the American Art Therapy Association*, 18(1), pp.27-36.
- Zeki, S. (1999). *Inner vision: An exploration of art and the brain*. New York: Oxford University Press.
- Zelis, O. y Llupart, P. (2004). Talleres de Expresión Artística en dispositivos que trabajan en el área de “discapacidad”. En: *Seminario Arte, expresión y subjetividad: Valor y eficacia de los talleres artísticos en escuelas de educación especial y dispositivos terapéuticos*. [Referencia electrónica]. Consultada el 17 de abril de 2006 desde www.edupsi.com/talleres.
- Zinker, J. (1979). *El proceso creativo en la terapia gnestáltica*. Buenos Aires: Paidós.
- Zito Lema, V. (1986). *Conversaciones con Enrique Pichón Riviere. Sobre el arte y la locura*. Argentina: Cinco Argentina.

Índice de Tablas

Tabla nº 1. Fuentes bibliográficas generales consultadas sobre arteterapia	10
Tabla nº 2. Fuentes bibliográficas específicas consultadas sobre arteterapia.....	10
Tabla nº 3. Principales bases de datos y catálogos consultados.....	11
Tabla nº 4. Principales entidades de Arteterapia desde dos posicionamientos diferentes ...	24
Tabla nº 5. Raíces epistemológicas del Arteterapia.....	115
Tabla nº 6. Etapas de desarrollo del Arteterapia en EEUU e Inglaterra.....	144
Tabla nº 7. Arteterapia de orientación freudiana	184
Tabla nº 8. Arteterapia de orientación jungiana	197
Tabla nº 9. Arteterapia de orientación humanista.....	209
Tabla nº 10. Arteterapia de orientación conductual	215
Tabla nº 11. Arteterapia de orientación cognitivo-conductual	223
Tabla nº 12. Arteterapia Orientada al Desarrollo Cognitivo.....	240
Tabla nº 13. Arteterapia de orientación ecléctica y multimodal.....	247
Tabla nº 14. Arteterapeutas que han realizado intervenciones en el ámbito educativo.....	252
Tabla nº 15. Arteterapeutas que han realizado intervenciones en el ámbito clínico.....	253
Tabla nº 16. Arteterapeutas que han realizado intervenciones en el ámbito social	256
Tabla nº 17. Longitud de las fases de las sesiones según el modelo psicocibernético de Nucho en relación a las diversas poblaciones	278
Tabla nº 18. Clasificación de Landgarten según el nivel de control técnico de cada medio plástico-visual.....	281
Tabla nº 19. Clasificación de las propiedades de los medios artísticos propuesta por Kagin y Lusebrink.....	283
Tabla nº 20. Modelo de ficha de registro individual. (Delgado, 2004)	301
Tabla nº 21. Modelo de ficha de registro grupal. (Delgado, 2004).....	301
Tabla nº 22. Fases seguidas en la elaboración de la encuesta.....	314
Tabla nº 23. Estadísticos total-elemento Bloque I.....	332
Tabla nº 24. Estadísticos total-elemento Bloque II.....	333
Tabla nº 25. Estadísticos total-elemento Bloque III	335
Tabla nº 26 . Población Tratada	338

Tabla nº 27. Ámbitos de Trabajo.....	339
Tabla nº 28. Campos de Aplicación	340
Tabla nº 29. Tipo de Intervención.....	342
Tabla nº 30. Orientación Metodológica Aplicada	343
Tabla nº 31. Formato de las Sesiones.....	345
Tabla nº 32. Número de Participantes	346
Tabla nº 33. Criterios de Inclusión	347
Tabla nº 34. Tipo de Intervención.....	348
Tabla nº 35. Temática de las Sesiones	350
Tabla nº 36. Trabajo del Arteterapeuta en las Sesiones.....	351
Tabla nº 37. Estructura de las Sesiones.....	352
Tabla nº 38. Tiempo de las Fases de las Sesiones.....	353
Tabla nº 39. Periodicidad de las Sesiones	354
Tabla nº 40. Momento de la Evaluación.....	356
Tabla nº 41. Procedimientos de Evaluación.....	357
Tabla nº 42. Evaluación del Usuario	358
Tabla nº 43. Evaluación del Trabajo Arteterapéutico.....	359
Tabla nº 44. Técnicas Plásticas y Visuales	361
Tabla nº 45. Selección de técnicas	362
Tabla nº 46. Clasificación de materiales	363
Tabla nº 47. Propuestas Complementarias.....	364
Tabla nº 48. Actividades de Apoyo	365
Tabla nº 49. Formación académica.....	366
Tabla nº 50. Formación académica en AT	368
Tabla nº 51. Lugar de formación académica en AT.....	368
Tabla nº 52. Formación del Arteterapeuta	370
Tabla nº 53. Deseos de formación en AT	371
Tabla nº 54. Lugar habitual de trabajo	373
Tabla nº 55. Años de ejercicio.....	374
Tabla nº 56. Demanda del Trabajo Arteterapéutico	375
Tabla nº 57. Modalidad de Trabajo	376
Tabla nº 58. Situación Profesional.....	377
Tabla nº 59. Tiempo transcurrido desde su formación al Trabajo Arteterapéutico.....	378
Tabla nº 60. Áreas de Trabajo	379
Tabla nº 61. Pertenencia a alguna asociación.....	380

Tabla n° 62. Nombre de las asociaciones.....380

Índice de Figuras

Figura nº 1. Rasgos divergentes del Arteterapia.....	23
Figura nº 2. Rasgos convergentes del Arteterapia.....	31
Figura nº 3. Aspectos del proceso creativo hacia la transformación.....	33
Figura nº 4. Relación triangular en el encuadre arteterapéutico.....	40
Figura nº 5. Principales Orientaciones Teórico-Methodológicas aplicadas en Arteterapia.....	166
Figura nº 7. Formatos en arteterapia grupal según Case y Dalley (1992).....	269
Figura nº 8. Cuadro de Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2005)	320
Figura nº 9. Gráfico de medias sobre la población tratada.....	338
Figura nº 10. Gráfico de medias sobre los ámbitos de trabajo	339
Figura nº 11. Gráfico de medias sobre los campos de aplicación	341
Figura nº 12. Gráfico de medias sobre los tipos de intervención.....	342
Figura nº 13. Gráfico de medias sobre las orientaciones metodológicas	344
Figura nº 14. Gráficos de medias sobre el formato de las sesiones	345
Figura nº 15. Gráfico de medias sobre el número de participantes	346
Figura nº 16. Gráfico de medias sobre homogeneidad de participantes	348
Figura nº 17. Gráfico de medias sobre el tipo de intervención	349
Figura nº 18. Gráfico de medias sobre la temática de las sesiones.....	350
Figura nº 19. Gráfico de medias sobre el trabajo del arteterapeuta en las sesiones.....	351
Figura nº 20. Gráfico de medias sobre la estructura de las sesiones	352
Figura nº 21. Gráfico de medias sobre el tiempo de las fases de las sesiones	353
Figura nº 22. Gráfico de medias sobre la periodicidad de las sesiones.....	354
Figura nº 23. Gráfico de medias sobre el momento de la evaluación.....	356
Figura nº 24. Gráfico de medias sobre los procedimientos de evaluación.....	357
Figura nº 25. Gráfico de medias sobre la evaluación del usuario	358
Figura nº 26. Gráfico de medias sobre el trabajo arteterapéutico	359
Figura nº 27. Gráfico de medias sobre las técnicas plásticas y visuales	361
Figura nº 28. Gráfico de medias sobre las propuestas complementarias	364
Figura nº 29. Gráfico de medias sobre las actividades de Apoyo.....	365
Figura nº 30. Gráfico de medias sobre formación académica.....	367

Figura nº 31. Gráfico de medias sobre la formación en Arteterapia	370
Figura nº 32. Gráfico de medias sobre el lugar habitual de trabajo	373
Figura nº 33. Gráfico de medias sobre los años de ejercicio	374
Figura nº 34. Gráfico de medias sobre la demanda del trabajo arteterapéutico.....	375
Figura nº 35. Gráfico de medias sobre modalidad de trabajo.....	376
Figura nº 36. Gráfico de medias sobre la situación profesional.....	377
Figura nº 37. Gráfico de medias desde su formación al trabajo arteterapéutico	378
Figura nº 38. Gráfico de medias sobre las áreas de trabajo.....	379
Figura nº 39. Grafico de media con las frecuencias de los encuestados pertenecientes a una asociación.....	381

Índice de Ilustraciones

Ilustración nº 1. Cueva de las manos, 7.730 aC - 5.470 aC	64
Argentina: Sta Cruz.	
Ilustración nº 2. El Bosco (1475-1480). <i>Extracción de la piedra de la locura</i>	66
Óleo sobre tabla, 48 × 35 cm. Madrid: Museo del Prado.	
Ilustración nº 3. Francisco de Goya (1812-14). <i>El Manicomio</i>	67
Óleo sobre lienzo, 45 x 72 cm. Madrid: Real Academia de San Fernando.	
Ilustración nº 4. Wölfli, A. (1922). <i>La baleine Karo et le diable Sarton 1er</i>	72
Lápices de colores sobre papel, 50 x 65,5 cm. Lausana: Colección de Art Brut.	
Ilustración nº 5. Dubuffet (1961). <i>La Rue Passagère</i>	74
Óleo sobre lienzo, 129 x 161 cm. Paris: Centro Georges Pompidou.	
Ilustración nº 6. Jean. Sin título.	75
Lápices de colores sobre papel. Lausana: Colección de Art Brut.	
Ilustración nº 7. Corbaz, Aloïse. (1947). <i>Sin preocupaciones</i>	76
Lápices de colores sobre papel, 150 x 100 cm. Lausana: Colección de Art Brut.	
Ilustración nº 8. Doudin, Jules. (1927-1937). <i>La vaca</i>	76
Lápices de colores sobre papel, 150 x 100 cm. Lausana: Colección de Art Brut.	
Ilustración nº 9. Munch (1893). <i>El grito</i>	78
Óleo, temple y pastel sobre cartón, 91 x 73,5 cm. Oslo: The National Gallery.	
Ilustración nº 10. Kirchner (1909-20). <i>Due nudi rosa al lago</i>	81
Óleo sobre lienzo, 90 x 120 cm. Svizzera, Italia: Colección privada.	
Ilustración nº 11. Kirchner (1913). <i>Calle de Berlín</i>	82
Óleo sobre lienzo, 120 x 91 cm. Nueva York: Museo de Arte Moderno.	

Ilustración nº 12. Kandinsky (1910). <i>Primera acuarela abstracta</i>	83
Acuarela, 50 x 65 cm. París: Centro Georges Pompidou	
Ilustración nº 13. Klee (1938). <i>Insula dulcamara</i>	84
Óleo sobre papel periódico sobre yute, 88 x 176 cm. Berna: Fundación Paul Klee.	
Ilustración nº 14. Arp (1919). <i>Las lágrimas de Enak</i>	86
Relieve de madera pintada, 86,2 x 58,5 x 6 cm. Nueva York: Museo de Arte Moderno.	
Ilustración nº 15. Duchamp (1917). <i>La fuente</i>	87
Ready-made. Urinario de porcelana, 60 cm. de alt. Filadelfia: Réplica en el Philadelphia Museum of Art.	
Ilustración nº 16. Ray (1921). <i>Regalo</i>	88
Hierro, 16 x 10 cm. Réplica del original desaparecido. París: Centre G. Pompidou.	
Ilustración nº 17. Schwitters, K. (1944). <i>Oben Titel (Relief mit Halbmond und Kugel)</i>	89
Relieve, óleo, madera, cartón clavado en madera, 37,7 x 28,4 cm. Hanover: The Kurt and Ernst Schwitters Foundation, Sprengel Museum.	
Ilustración nº 18. Höch (1922). <i>Notas de mi casa</i>	89
Fotomontaje, 31 x 41 cm. Berlín-Heilgensee: Galería Nierendorf.	
Ilustración nº 19. Masson (1927). <i>Los caballos muertos</i>	107
Óleo y arena sobre tela, 46 x 55 cm. París: Centre Georges Pompidou.	
Ilustración nº 20. Ernst.(1925). <i>La conducta de las hojas</i>	94
Lámina 18 de la serie Historia Natural. Frottage, lápiz sobre papel. 42,7 x 26 cm. Krefeld: Colección Ernst Fischer.	
Ilustración nº 21. Francés. (1943).Sin título.....	95
Óleo y grattage sobre lienzo, 80 x 104 cm. Colección particular. París. Francia.	
Ilustración nº 22. Domínguez. (1936). <i>Grisou</i>	95
Decalcomanía, gouache sobre papel, 22 x 29 cm. Las Palmas de Gran Canaria: Centro Atlántico de Arte Moderno.	
Ilustración nº 23. Paalen. (1937) . <i>Fumage</i>	96

Técnica mixta, 60,7 x 52,7 cm. Hamburg: Colección Privada.	
Ilustración n° 24. Dalí.(1934). Cadáver exquisito.....	96
<i>Cadáver exquisito</i> . Pastel sobre papel negro. 27 x 18,5 cm. Propiedad particular.	
Ilustración n° 25. Regalos y Deberes de Fröebel.....	101
[Referencia electrónica]. Consultada el 8 de julio de 2006 desde http://www.kydzedu.com/catalogue/froebel/index.htm	
Ilustración n° 26. Etapas evolutivas del arte infantil según Lowenfeld.....	104
Ilustración n° 27. Jackson Pollock en su estudio.....	117
[Referencia electrónica]. Consultada el 12 de agosto de 2006 desde http://www.jackson-pollock.com/	
Ilustración n° 28. Margaret Naumburg.....	118
En: Rubin, J.A. (1998). <i>Art therapy: an introduction</i> , (p.3). Philadelphia: Brunner/Mazel.	
Ilustración n° 29. Edith Kramer.....	119
En: Rubin, J.A. (1998). <i>Art therapy: an introduction</i> , (p.8). Philadelphia: Brunner/Mazel.	
Ilustración n° 30. Mary Hutoon.....	120
En: Rubin, J.A. (1998). <i>Art therapy: an introduction</i> , (p.6). Philadelphia: Brunner/Mazel.	
Ilustración n° 31. Don Jones.....	121
En: Rubin, J.A. (1998). <i>Art therapy: an introduction</i> , (p.10). Philadelphia: Brunner/Mazel.	
Ilustración n° 32. Elionor Ulman.....	122
En: Rubin, J.A. (1998). <i>Art therapy: an introduction</i> , (p.9). Philadelphia: Brunner/Mazel.	
Ilustración n° 33. Hanna Yaxa wiatkowska.....	122
[Referencia electrónica]. Consultada el 12 de diciembre de 2008 desde http://www.gwu.edu/~artx/history/founders.cfm .	
Ilustración n° 34. Adrian Hill.....	124

- En: Rubin, J.A. (1998). *Art therapy: an introduction*, (p.7). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Ilustración nº 35. Edward Adamson con pacientes en su estudio 125
 En: Rubin, J.A. (1998). *Art therapy: an introduction*, (p.104). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Ilustración nº 36. Congreso Mundial de psiquiatría (1950) 127
 [Referencia electrónica]. Consultada el 21 de diciembre de 2008 desde <http://www.wpanet.org/archives/bulletin>.
- Ilustración nº 37. Obra de Lucio antes de la Lobotomía (1948/49)..... 129
 Escultura en yeso, 23 x 40 x 34 cm. En: Da Silveira, N. (2006). *O mundo das imagens*, (p.25) Sao Paulo: Ática.
- Ilustración nº 38. Obra de Lucio después de la Lobotomía (1981) 129
 Escultura en barro, 18 x 23 x 20 cm. En: Da Silveira, N. (2006). *O mundo das imagens*, (p.27) Sao Paulo: Ática.
- Ilustración nº 39. Mary Barnes 132
 [Referencia electrónica]. Consultada el 25 de diciembre de 2008 desde <http://mary-barnes.net/Obituaries1.htm>.
- Ilustración nº 40. Pistoletto.(1967). *La Venus de los Trapos*. Arte Póvera..... 134
 Instalación de Arte Póvera, 130 × 40 x 45 cm (Venus), 150 × 280 ×100 cm (instalación). Washington: Museo Hirshhorn.
- Ilustración nº 41. Shiota (2008). *Waiting*. Installation..... 134
 Installation. New York: Gallery Goff + Rosenthal.
- Ilustración nº 42. Woodmann. (1975 – 1976). *Space 2*. Body Art..... 135
- Ilustración nº 43. Christo and Jeanne-Claude. (1980-1983). *Surrounded Islands*. Land Art. 135
 Miami, Florida.
- Ilustración nº 44. Técnica *Play Therapy* 180
 [Referencia electrónica]. Consultada el 28 de diciembre de 2007 desde <http://www.playtherapy.org.uk>.
- Ilustración nº 45. Donald Winnicott 183

- [Referencia electrónica]. Consultada el 4 de enero de 2005 desde <http://unsa-psicologia.blogspot.com>.
- Ilustración n° 46. Realización de mandala tibetano193
 Construcción de un mandala realizado por monjes tibetanos. [Referencia electrónica]. Consultada el 1 de enero de 2009 <http://www.asia.si.edu/exhibitions/online/mandala/mandala1.htm>
- Ilustración n° 47. Trabajos realizados con el método MARI Card Test194
 [Referencia electrónica]. Consultada el 22 de mayo de 2007 desde <http://www.mandalaassociates.com>.
- Ilustración n° 48. Trabajos Sandplay o Juego de Arena.....196
 [Referencia electrónica]. Consultada el 30 de diciembre de 2008 desde <http://www.sandplay.org>.
- Ilustración n° 49. Taller de arteterapia humanista.....204
 Consultada el 3 de febrero de 2006 desde <http://www.arteterapiahumanista.com/formacion2.htm>
- Ilustración n° 50. Sesiones de arteterapia con el método *Person-centered expressive arts therapy*207
 En el Instituto Person Centered Expressive Arts Therapy Insitute (PCETI), fundado en 1980 en EEUU por Natalie Rogers. [Referencia electrónica]. Consultada el 3 de febrero de 2006 desde <http://www.nrogers.com>.
- Ilustración n° 51. Formato de *Open Studio Project*.....209
 Consultada el 19 de mayo de 2008 desde www.openstudioproject.org.
- Ilustración n° 52. Proceso de conceptualización de un óvalo realizado con la técnica *Reality Shaping*.....213
 En: Rubin, J.A. (Ed.) (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*, (pp.204-206). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Ilustración n° 53. Trabajo sensomotor con un niño invidente con témperas228
 En: Rubin, J.A. (1998). *Art therapy: an introduction*, (p.144). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Ilustración n° 54. Dibujos realizados por una persona con una lesión en el hemisferio izquierdo.....229
 Gardner, H. (1987a). *Arte, mente y cerebro*, (p.353).Buenos Aires: Piadós.

Ilustración n° 55. Dibujos realizados por una persona con una lesión en el hemisferio derecho.....	229
Gardner, H. (1987a). <i>Arte, mente y cerebro</i> ,(p.354).Buenos Aires: Piados	
Ilustración n° 56. Trabajos con materiales extrapictóricos: especias, semillas, piedras, arena, etc.....	233
Ilustración n° 57. Sesión de arteterapia familiar.....	263
Ilustración n° 58. Arteterapia con pacientes hospitalizados.....	274
Ilustración n° 59. Ejemplo de la técnica <i>Squiggle Game</i>	288

Anexos

Anexo nº1: Carta de presentación para el procedimiento de juicio e expertos.

Anexo nº2: Carta de presentación dirigida a los arteterapeutas de la encuesta.

Anexo nº3: Instrucciones para cumplimentar el cuestionario.

Anexo nº4: La intervención profesional del Arteterapia en España.

Anexo nº 1. Carta de presentación para el Procedimiento de Juicio de Expertos

Murcia,.....de.....de.....

Estimado/a Sr/Sra :

Como usted sabe, la situación del arteterapia en el contexto español se encuentra en fase de construcción y desarrollo. Con la finalidad de reflejar la situación real existente, se está realizando una investigación desde el Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica de la Universidad de Murcia, para la cual creemos necesario solicitar su valiosa colaboración como Juez Externo. Su brillante trayectoria profesional como pionero en la materia y sus esfuerzos por conseguir que el arteterapia adquiriera el prestigio pertinente, son las razones que nos obligan a considerar su inestimable aportación.

La labor que le solicitamos se centra en la validación del cuestionario que se adjunta. Con el fin de simplificar al máximo la tarea requerida, incluimos unas instrucciones anexas al cuestionario.

A pesar de sus ocupaciones y al tiempo siempre escaso, le rogamos acepte este compromiso. Por nuestra parte, nos comprometemos a transmitirle los resultados de la investigación.

En espera de su respuesta y dándole las gracias por anticipado, le saluda atentamente,

El cuestionario puede remitirlo a:
M^a Dolores López Martínez
Tlfno.: 687 87 00 46
E-Mail: fendi70@yahoo.es

Fdo. M^a Dolores López Martínez

Anexo nº 2. Carta de presentación dirigida a los arteterapeutas de la encuesta

Murcia,.....de.....de.....

Estimados/as compañeros/as:

Nos dirigimos a ustedes para solicitarles su valiosa colaboración en el proyecto de investigación que le exponemos a continuación. Como ustedes saben, la situación del arteterapia se encuentra en fase de construcción y desarrollo. Con la finalidad de reflejar dicha situación, se está realizando una investigación desde el Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica de la Universidad de Murcia, a la que pertenezco como docente investigador. Para llevar a cabo este trabajo, hemos realizado un cuestionario con el fin de recoger información sobre la práctica profesional del arteterapia en el contexto español.

La labor que le solicitamos se centra en responder y devolver el cuestionario que se le adjunta al E-mail indicado en la parte inferior del texto. Con el fin de simplificar al máximo la tarea requerida, incluimos unas instrucciones anexas al cuestionario. Si le surge alguna duda al respecto puede ponerse en contacto con nosotros.

A pesar de sus ocupaciones y al tiempo siempre escaso, les rogamos acepten este compromiso, ya que entre todos hemos de conseguir que el arteterapia alcance el prestigio que le corresponde y se consolide como profesión en nuestro país.

Por nuestra parte, nos comprometemos a transmitirle los resultados de la investigación.

En espera de su respuesta y dándole las gracias por anticipado, les saluda atentamente,

El cuestionario puede remitirlo a:
M^a Dolores López Martínez
Tlfno.: 687 87 00 46
E-Mail: fendi70@yahoo.es

Fdo. M^a Dolores López Martínez

Anexo nº 3. Instrucciones para cumplimentar el cuestionario**LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL ARTETERAPIA EN ESPAÑA**

El presente cuestionario, dirigido a personas que ejercen el Arteterapia en España, recoge aspectos sobre la formación, el contexto y la intervención del Arteterapeuta.

Para garantizar la confidencialidad de los participantes, todos los datos individuales serán tratados de forma anónima y colectiva.

INSTRUCCIONES para rellenar el Cuestionario:**El cuestionario consta de los siguientes apartados:**

- Datos Preliminares
- Bloque I: El Contexto de su Práctica Arteterapéutica
- Bloque II: La Metodología de su Intervención
- Bloque III: Su Formación como Arteterapeuta
- Otros Datos

Las preguntas del cuestionario tienen diferentes formatos y se contestan según detallamos a continuación:

* Escribiendo los datos solicitados.

* Marcando con una X la casilla que corresponda a cada caso.

* Seleccionando la valoración que se considere de una escala de cinco puntuaciones. Antes de contestar cada grupo de cuestiones, conviene observar como están graduadas las cinco opciones.

MUCHAS GRACIAS por su inestimable colaboración

Anexo nº 4. Cuestionario: La intervención profesional del Arteterapia en España

Datos Preliminares

Comunidad Autónoma	Ciudad	Sexo										
		? H ? M										
Lugar de trabajo como arteterapeuta												
? Institución Pública ? Institución Privada ? No institucional ? Otras (especificar):												
Formación académica en Arteterapia (especificar nombre y lugar de la formación)												
Otra Formación académica (especificar):												
Número de años que lleva ejerciendo el arteterapia												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">Menos de 5</td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;">5 – 10</td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;">10 - 15</td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;">15 - 20</td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;">Más de 20</td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>			Menos de 5		5 – 10		10 - 15		15 - 20		Más de 20	
Menos de 5		5 – 10		10 - 15		15 - 20		Más de 20				
Forma parte de una asociación de arteterapia .(En caso afirmativo, especificar)												
? Si ? No												

BLOQUE I: Contexto de su Práctica Arteterapéutica

- Indique la frecuencia de los siguientes aspectos sobre el contexto de su práctica Arteterapéutica.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

01 Trabaja con población:					
Infantil	1	2	3	4	5
Adolescente	1	2	3	4	5
Adulta	1	2	3	4	5
Tercera Edad	1	2	3	4	5

02 Realiza intervenciones en el ámbito:					
Médico-Clínico	1	2	3	4	5
Psicoterapéutico	1	2	3	4	5
Rehabilitación	1	2	3	4	5
Servicios Sociales	1	2	3	4	5
Educativo	1	2	3	4	5
Otros. (Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

03 Su labor se aplica en:					
Salud Mental	1	2	3	4	5
Discapacidades	1	2	3	4	5
Oncología	1	2	3	4	5
Cuidados paliativos	1	2	3	4	5
Trastornos alimentarios	1	2	3	4	5
Geriatría	1	2	3	4	5
Violencia de género	1	2	3	4	5
Integración social	1	2	3	4	5
Integración escolar	1	2	3	4	5
Inmigración	1	2	3	4	5
Centros Penitenciarios	1	2	3	4	5
Otros. (Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

BLOQUE II: La Metodología de su Intervención

- Piense de forma global en su práctica como Arteterapeuta e indique la frecuencia de las siguientes decisiones.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

04 Su trabajo como arteterapeuta es demandado por:					
Las instituciones	1	2	3	4	5
Los participantes	1	2	3	4	5
Petición suya	1	2	3	4	5

05 Realiza su trabajo:					
Integrado en un equipo interdisciplinar	1	2	3	4	5
De forma independiente	1	2	3	4	5
Como auxiliar de otros profesionales	1	2	3	4	5

06 Considera su intervención como:					
Una psicoterapia	1	2	3	4	5
Una terapia ocupacional	1	2	3	4	5
Un taller creativo	1	2	3	4	5
Otros. (Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

07 La orientación metodológica con la que trabaja es:					
Psicoanalítica	1	2	3	4	5
Humanista	1	2	3	4	5
Cognitiva	1	2	3	4	5
Conductual	1	2	3	4	5
Psicopedagógica	1	2	3	4	5
Ecléctica	1	2	3	4	5
Otras. (Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

08 En las sesiones organiza a los participantes de forma:					
Individual	1	2	3	4	5
Por parejas	1	2	3	4	5
En grupo familiar	1	2	3	4	5
Grupal	1	2	3	4	5

- Si no ha trabajado con grupos pase directamente a la pregunta nº 11.

09 El número de participantes en las sesiones grupales suelen ser de:					
Tres personas	1	2	3	4	5
Entre 5 y 10 personas	1	2	3	4	5
Más de 10 personas	1	2	3	4	5
Otras.(Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

10	Los grupos de usuarios con los que trabaja suelen ser homogéneos en:								
	Edad	1	2	3	4	5			
	Género	1	2	3	4	5			
	Nivel cognoscitivo	1	2	3	4	5			
	Nivel socio-cultural	1	2	3	4	5			
	Tipo de enfermedad	1	2	3	4	5			
	Estado de salud	1	2	3	4	5			
	Otras.(Especificar):								
		1	2	3	4	5			
		1	2	3	4	5			

11	Su intervención arteterapéutica es:								
	Directiva	1	2	3	4	5			
	Semidirectiva	1	2	3	4	5			
	No directiva	1	2	3	4	5			
	Otros. (Especificar):	1	2	3	4	5			
		1	2	3	4	5			
		1	2	3	4	5			

12	La temática que más suele aparecer en el desarrollo de las sesiones es:								
	El autoconcepto	1	2	3	4	5			
	La relación intrapersonal	1	2	3	4	5			
	Las relaciones interpersonales	1	2	3	4	5			
	La representación y exploración de sueños	1	2	3	4	5			
	La autobiografía	1	2	3	4	5			
	Las inquietudes y deseos	1	2	3	4	5			
	Otros. (Especificar):								
		1	2	3	4	5			
		1	2	3	4	5			

13	Durante las sesiones trabaja:								
	Sólo	1	2	3	4	5			
	Con otro arteterapeuta	1	2	3	4	5			
	Con otro profesional	1	2	3	4	5			
	Con observadores	1	2	3	4	5			

14	Sus sesiones mantienen la siguiente estructura:								
	Warming-up / Trabajo plástico / Diálogo en torno a la obra / Cierre	1	2	3	4	5			
	Trabajo plástico / Diálogo en torno a la obra / Cierre	1	2	3	4	5			
	Sin estructura determinada	1	2	3	4	5			
	Otras.(Especificar):								
		1	2	3	4	5			

15	La fase a la que suele dedicar más tiempo es:								
	Warming-up	1	2	3	4	5			
	Trabajo plástico	1	2	3	4	5			
	Diálogo en torno a la obra	1	2	3	4	5			
	Cierre	1	2	3	4	5			
	Otras.(Especificar):								
		1	2	3	4	5			
		1	2	3	4	5			

16 La periodicidad de las sesiones es de:					
Más de una vez a la semana	1	2	3	4	5
Una vez a la semana	1	2	3	4	5
Una vez cada quince días	1	2	3	4	5
Otras.(Especificar):					
	1	2	3	4	5

17 La evaluación de los usuarios la suele realizar:					
Al inicio del tratamiento	1	2	3	4	5
A mitad del tratamiento	1	2	3	4	5
A final del tratamiento	1	2	3	4	5
Al final de cada sesión	1	2	3	4	5
Otras.(Especificar):					
	1	2	3	4	5

18 Para evaluar al usuario utiliza:					
La observación directa	1	2	3	4	5
Cuestionarios	1	2	3	4	5
Entrevistas con el usuario	1	2	3	4	5
Otras.(Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

19 De los usuarios suele evaluar:					
Su actitud general ante el tratamiento	1	2	3	4	5
Lo que sucede en cada sesión	1	2	3	4	5
La relación entre el arteterapeuta y el usuario	1	2	3	4	5
La relación entre el usuario y la resolución de las obras	1	2	3	4	5
La evolución del usuario	1	2	3	4	5
Otras.(Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

20 De su trabajo suele evaluar:					
La preparación del setting	1	2	3	4	5
Metodología utilizada	1	2	3	4	5
Su actuación como arteterapeuta	1	2	3	4	5
Otras.(Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

21 En sus intervenciones, introduce propuestas complementarias como:					
Música	1	2	3	4	5
Expresión corporal	1	2	3	4	5
Escritura creativa	1	2	3	4	5
Expresión dramática	1	2	3	4	5
Técnicas de relajación	1	2	3	4	5
Visualización de imágenes	1	2	3	4	5
Otras.(Especificar):					
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

22	Utiliza otras actividades como apoyo en el desarrollo del tratamiento:					
	Visitas a museos	1	2	3	4	5
	Visitas a exposiciones	1	2	3	4	5
	Invitación de artistas	1	2	3	4	5
	Otras.(Especificar):					
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
23	Utiliza la técnica plástico/audiovisual de...					
	Dibujo	1	2	3	4	5
	Pintura	1	2	3	4	5
	Escultura	1	2	3	4	5
	Collage	1	2	3	4	5
	Assemblage	1	2	3	4	5
	Fotografía	1	2	3	4	5
	Vídeo	1	2	3	4	5
	Instalación	1	2	3	4	5
	Land-art	1	2	3	4	5
	Happening	1	2	3	4	5
	Body-art	1	2	3	4	5
	Performance	1	2	3	4	5
	Cómic	1	2	3	4	5
	Estampación	1	2	3	4	5
	Hibridaciones	1	2	3	4	5
	Otras.(Especificar):					
		1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5

24 ¿Sigues algún criterio terapéutico en la selección de las técnicas que utiliza? (En caso afirmativo, indique su respuesta).

Si No

25 ¿Tiene clasificados los materiales plástico-audiovisuales en función del tratamiento aplicado? (En caso afirmativo, indique su respuesta).

Si No

BLOQUE III: Su Formación como Arteterapeuta

- Indique en qué grado considera que está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones

1	2	3	4	5
TOTALMENTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO

26	Su tiempo de formación académica en arteterapia ha sido suficiente	1	2	3	4	5
27	Tiene conocimientos sobre las líneas metodológicas del Arteterapia	1	2	3	4	5
28	Utiliza la supervisión de otro arteterapeuta para mejorar su formación	1	2	3	4	5
29	Realiza terapia personal como parte esencial de su formación	1	2	3	4	5
30	Está suscrito/a a alguna(s) revista(s) de arteterapia	1	2	3	4	5
31	Lee con asiduidad alguna revista de arteterapia	1	2	3	4	5

32 ¿Le gustaría seguir formándose en alguna faceta del arteterapia? (En caso afirmativo, indique en cuáles).

Si No

Otros datos

- Indique la frecuencia de las siguientes decisiones.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

33	Realiza su trabajo arteterapéutico:					
	Como voluntario	1	2	3	4	5
	De forma remunerada	1	2	3	4	5
	Otros.(Especificar):					
		1	2	3	4	5

34	Desde su formación a su trabajo como arteterapeuta han transcurrido:					
	Tres meses	1	2	3	4	5
	Seis meses	1	2	3	4	5
	Un año	1	2	3	4	5
	Más de un año	1	2	3	4	5

35	Su labor como arteterapeuta está vinculada a:					
	El área de la investigación	1	2	3	4	5
	La aplicación del arteterapia	1	2	3	4	5
	La formación de arteterapeutas	1	2	3	4	5

36 Por último, ¿Está implicado/a en proyectos para la regularización oficial de la profesión del arteterapeuta en España? (En caso afirmativo, indique su respuesta).

Sí No

