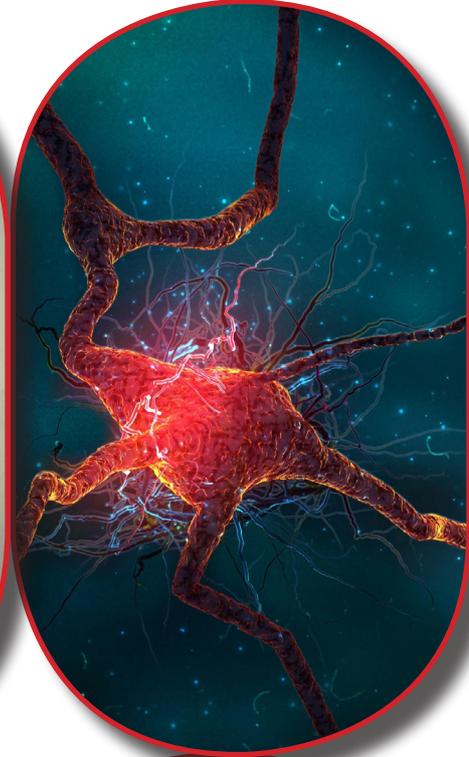
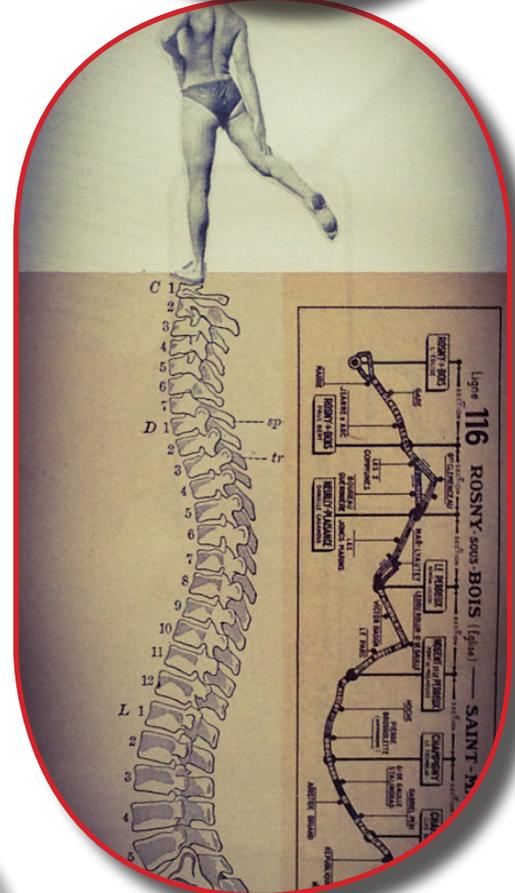


**“HACIA EL PARADIGMA
BIOPSIICOSOCIAL:
EL ARTE COMO
HERRAMIENTA EN
ENTORNOS DE SALUD”**



**Presentado por:
Elisa Peris Roca
Dirigido por:
Teresa Cháfer Bixquert**

**TRABAJO FINAL
DE MASTER
2012-2013**



MPA
MÁSTER OFICIAL
EN PRODUCCIÓN
ARTÍSTICA



**UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA**



FACULTAT DE BELLES ARTS DE SANT CARLES

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA
FACULTAD DE BELLAS ARTES

PROYECTO FINAL DE MÁSTER EN PRODUCCIÓN ARTÍSTICA

*“Hacia el paradigma biopsicosocial: el Arte como
herramienta en entornos de Salud”*

Presentado por: Elisa Peris Roca.
Dirigido por: Teresa Cháfer Bixquert.
Tipología 1
Trabajo de Investigación Teórico

Valencia, Junio de 2013.



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



FACULTAT DE BELLES ARTS DE SANT CARLES

RESUMEN: En este trabajo de investigación nos proponemos realizar una aproximación teórica analizando cuáles son las herramientas que desde el Arte se nos ofrecen para trabajar en entornos de Salud. En la primera parte, se traza un recorrido teórico por las aportaciones más relevantes que desde la neurociencia hasta el arteterapia posibilitan trabajar con la partes del cerebro sano, frente al enfoque del paradigma médico occidental que se ocupa del trabajo con la parte del cerebro enfermo. De cómo las emociones y el hemisferio derecho cerebral intervienen en la generación de respuestas racionales ante estímulos externos. De cómo el arteterapia puede posibilitar un entorno terapéutico para contribuir al restablecimiento de la Salud, o en su defecto la mejora de los aspectos emocionales y/o relacionales que tienen que ver con el rol de enfermo. En definitiva, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se trata de alcanzar un estado de bienestar físico, psíquico y social como concepto de Salud, a través del uso del Arte como estrategia terapéutica. En la segunda parte del trabajo se describen los dos grandes paradigmas en investigación, y se analizan para intentar hallar una estrategia metodológica que pueda ser aplicada en las intervenciones que se realizan de Arte en contextos de Salud, para acotar procedimientos arteterapéuticos y obtener resultados medibles, comparables y verificables.

PALABRAS CLAVE: Arte en contextos de Salud, Arte y Salud, arteterapia, neurociencia, neuroestética, paradigma biopsicosocial, metodología de investigación cualitativa en ciencias de la salud, metodología de investigación cuantitativa en ciencias sociales, paradigma positivista, paradigma hermenéutico, teoría crítica.

ABSTRACT: In this research we propose to perform a theoretical analysis of what are the tools from the art we offer to work in health environments. In the first part, a theoretical trace by most relevant contributions from neuroscience to enable art therapy work with the healthy parts of the brain, compared with Western medical paradigm approach that deals with working with the sick brain. From how emotions and right hemisphere brain involved in generating rational responses to external stimuli. Of how art therapy may enable a therapeutic environment to help restore Health, or otherwise improving the emotional and / or relational that have to do with the sick role. In short, following the recommendations of the World Health Organization, you reach a state of complete physical, mental and social health as a concept through the use of art as a therapeutic strategy. In the second part of the paper describes the two major paradigms in research, and analyzed to try to find a strategy that can be applied in interventions that are made in contexts Health Art for art narrow therapeutic procedures and measurable results, comparable and verifiable

KEY WORDS: Health contexts Art, Arts and Health, art therapy, neuroscience, neuroaesthetics, biopsychosocial paradigm, qualitative research methodology in health sciences, quantitative research methodology in social sciences, positivist paradigm, hermeneutics, critical theory.

“Y nosotros soñamos con una hora divina que lo diera todo. No con la hora plena, sino con la hora completa. La hora en que todos los instantes del tiempo fueran utilizados por la materia, la hora en que todos los instantes realizados en la materia fueran utilizados por la vida, la hora en que todos los instantes vivos fueran sentidos, amados y pensados. Por consiguiente, la hora en que la relatividad de la conciencia fuera borrada, puesto que la conciencia estaría a la medida exacta del tiempo completo”.

La intuición del instante. Bachelard.

AGRADECIMIENTOS: Este trabajo de investigación, realizado al concluir las asignaturas del Máster en Producción Artística, ha resultado ser para mí un periodo de profunda transformación personal. Hablando como lo hacen, en el lenguaje de los arteterapeutas: el máster, podría decir, ha sido un espacio para la creación, para la transformación y el crecimiento. Así pues, un espacio simbólico y poético, vivido en primera persona, mucho más allá del espacio físico que representan las paredes y pasillos blancos de la facultad. También, por supuesto, ha sido un tiempo de acontecimientos, de instantes, un tiempo creador que me ha sido posible habitarlo y llenarlo de experiencias y procesos. Tengo que agradecer todo esto acontecido, y por propiciar el encuentro entre Arte y Ciencia que ha tenido lugar, a Teresa Cháfer, y también por acompañarme al cruzar el espejo, y por los paseos al caminar por el bosque. A mis compañeros de máster, por ser mis ojos en la oscuridad en los momentos en que la duda se empodera de la razón. ... Y, a todos los que no dudaron en el proceso.

TABLA DE CONTENIDOS

MARCO ESTRUCTURAL:

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Título del Proyecto.....	9
1.2 Presentación.....	9
1.3 Origen y tema de investigación	11
1.4 La salud, la enfermedad, la sociedad y el individuo.....	12
1.5 Hipótesis.....	16
1.6 Metodología	17
Investigación documental	
Investigación de campo	
1.7 Objetivos	18
General	
Específicos	

MARCO TEÓRICO:

1. CONTEXTO ARTÍSTICO

1.1 La función del Arte: lo inefable, lo intangible, lo inalcanzable.....	20
---	----

2. DESDE EL ARTETERAPIA

2.1 A modo de excusa: centrar el campo de investigación.....	24
2.2 ¿Cuándo, dónde y sobre qué?.....	24
2.2.1 “El tiempo de Kronos, Aión o el tiempo de Kairós”.....	25
2.2.2. El espacio, la otra dimensión simbólica.....	28
2.2.3. La dimensión corporal.....	30
2.3 Pero, ¿Qué es entonces el arteterapia?	32
2.4 Las imágenes, el procesamiento simbólico psicoanalítico.....	34
2.5 Epistemología.....	36

3. CONTEXTO CIENTÍFICO

3.1 Introducción: centrar la situación neurocientífica	38
3.2 “El error de Descartes”	41
3.3 Imagen, Sentimiento, Emoción ... ¿cómo intervienen?.....	43
3.4 Nuevo Paradigma: la psicoimmunoneuroendocrinología.....	45
3.5 La percepción visual.....	46
3.6 Las neuronas de la belleza.....	49
3.7 Neuronas de la comunicación no-verbal relacional.....	52
3.7.1 La Importancia del Hemisferio Derecho. La Teoría del Apego.....	53
3.7.2 Las Neuronas Espejo: “El Efecto Camaleón”.....	56
3.8 Mindfulness: la atención plena.....	58
3.9 Neuroplasticidad	60
3.9.1 Memoria.....	62
3.9.2 Aprendizaje	62
3.10 “Límites y Limitaciones”.....	63

¿Y SI FUERA POSIBLE MEDIR RESULTADOS?

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ¿Cómo aproximarnos al conocimiento de las enfermedades desde el Arte?67

1.2 ¿De qué nos sirve el arteterapia?68

2. ENTRE EL ARTE Y LA MEDICINA.....73

3. EL ARTE Y LOS HOSPITALES74

3.1 El arte en el Hospital Contemporáneo76

3.2 Mediadores ambientales

3.2.1 Vistas a través de una ventana77

3.2.2 El Poder evocador de las imágenes79

4. SITUACIÓN ACTUAL: ¿QUÉ SE APORTA EN LOS HOSPIALES ADEMÁS DE TRATAMIENTO MÉDICO?81

4.1 ¿Qué se está haciendo en nuestros hospitales?82

4.1.1 Proyecto CurArte I+D.....84

4.1.2 Hospital de Dénia: Proyecto CuidArt87

4.1.3 Servicio de Neurología Hospital de Murcia: Fundación Alzheimer.....88

4.1.4 Otras intervenciones hospitalarias.....89

CAPÍTULO 2

1. ¿CÓMO SE ANALIZAN RESULTADOS EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA? ..91

1.1 Controversia metodología cuantitativa vs cualitativa93

1.2 Análisis Cualitativos96

1.2.1 Tipologías de estudios cualitativos.....98

1.2.2 ¿Cuándo es apropiado investigar con medios artísticos?.99

1.3 Análisis Cuantitativos100

2. LA IMPORTANCIA DE LAS INVESTIGACIONES103

2.1 Musicoterapia104

2.2 Artes Plásticas y Visuales108

2.3 Danza/movimiento terapia109

2.4 Literatura, Redacción Creativa y Narración110

2.5 Teatro111

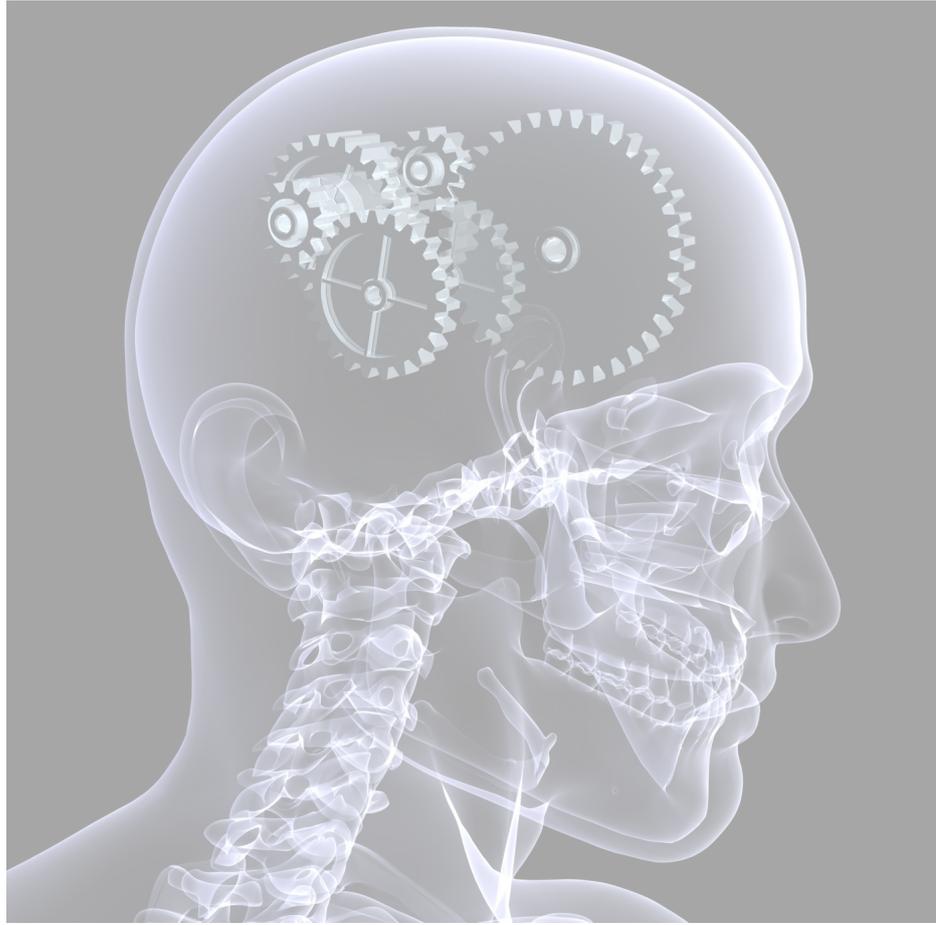
2.6 Promoción de la Salud y Prevención de Lesiones112

CONCLUSIONES116

GLOSARIO DE TÉRMINOS125

FUENTES REFERENCIALES133

ANEXOS141



MARCO
ESTRUCTURAL

1.INTRODUCCIÓN

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO

“Hacia el paradigma biopsicosocial: el arte como herramienta en entornos de salud”.

1.2 PRESENTACIÓN

“Al principio la madriguera se extendía en línea recta como un tunel y después torció bruscamente hacia abajo, tan bruscamente que Alicia ni siquiera tuvo tiempo de pensar en detenerse y se encontró cayendo por lo que parecía un pozo muy profundo”.

Alicia en el país de las maravillas. Lewis Carrol.

El proyecto que presentamos se encuadra dentro de la tipología 1, como trabajo final del Máster en Producción Artística de la Facultat de Belles Arts de la Universitat Politècnica de València. Es un trabajo de investigación teórico, donde nos proponemos reflexionar en torno a conceptos a medio camino entre el Arte y la Ciencia. Encontrar respuestas a las preguntas que nos planteamos, será objeto de una futura investigación doctoral, o tal vez serán otros los que tomen nuestro trabajo como punto de partida para recorrer sus propios caminos de exploración.

La motivación para desarrollar este proyecto, nace de mi experiencia profesional y al mismo tiempo de mi propio recorrido vital. Mi formación universitaria como licenciada en Medicina General y Cirugía, y la especialización como médico de Cuidados Intensivos, me vinculan fuertemente con el paradigma científico.

Sin embargo, tras unos años de dedicación como médico adjunto en hospitales, dedicándome tanto a la asistencia clínica como colaborando en proyectos de investigación; el camino *tomó un giro inesperado*, y surge

la necesidad de formarme y trabajar en algo relacionado con la creación artística. He crecido en el seno de una familia de artesanos orfebres, y lo más próximo fue la formación como Técnico Superior en Joyería Artística y Diseño.

Me interesa el proceso creativo, el trabajo de creación de piezas únicas que contengan parte de mi propia subjetividad. De nuevo, dejándome fluir, acontece la posibilidad de poder realizar este máster de investigación oficial.

En principio, me interesa conocer diferentes tipos de lenguajes artísticos, y nuevas formas de construir significados, así como reflexionar sobre mi propio proceso creativo. A través de las diferentes asignaturas del máster, conozco y profundizo en lo que los lenguajes artísticos son capaces de ofrecer al individuo y a la sociedad contemporánea. No obstante, tras asistir al I Congreso de Arte y Salud que tuvo lugar en Dénia, se reabre la puerta del saber científico, y se me plantean cuestiones a resolver. Me interesa el Arte, pero ahora como herramienta en los contextos de salud. Y así comienza una nueva andadura: de nuevo un “between”, un “estar-entre” el Arte y la Salud.

De este modo, a lo largo del presente trabajo de investigación, intentaremos relacionar los contenidos de los últimos avances médicos en el conocimiento del funcionamiento del cerebro y, el papel que pueden desempeñar las terapias y usos que desde el arte se están introduciendo en contextos de salud, y su repercusión sobre la preservación de la salud y en los estadios de la enfermedad.

1.3 ORIGEN Y TEMA DE INVESTIGACIÓN

“La interrupción, la incoherencia, la sorpresa son las condiciones habituales de nuestra vida. Se han convertido incluso en necesidades reales para muchas personas, cuyas mentes sólo se alimentan de cambios súbitos y de estímulos permanentemente renovados. Ya no toleramos que nada dure. Ya no sabemos cómo hacer para lograr que el aburrimiento de fruto. Entonces, todo el tema se reduce a esta pregunta: ¿la mente humana puede dominar lo que la mente humana ha creado?”.

Paul Valéry.

Históricamente, la medicina moderna occidental ha recorrido un camino de grandes y exitosos logros, gracias a la utilización en sus investigaciones del método científico. El Oxford English Dictionary, dice que el método científico es: "Un método o procedimiento que ha caracterizado a la ciencia natural desde el siglo XVII, que consiste en la observación sistemática, medición y experimentación, y la formulación, análisis y modificación de las hipótesis" ¹. La definición del método científico se atribuye a Sir Francis Bacon, considerado como el padre del empirismo. Actualmente, es un método de trabajo para la investigación científica médica que es medible cuantitativamente, reproducible y por tanto comprobable.

Para la medicina occidental, la enfermedad a grandes rasgos y de manera clásica, es un producto del erróneo funcionamiento de los órganos del cuerpo. En general, ha existido siempre una dicotomía mente-cuerpo, que para la medicina científica solamente se imbricaban cuando la enfermedad tenía como sustrato nosológico al cerebro, y por tanto, nos hallábamos ante las conocidas como enfermedades mentales; es decir, la psiquiatría entendía que la parte del cuerpo que enfermaba era el órgano conocido como cerebro, una parte más del cuerpo biológico.

1 DICTIONARY, Oxford English. Oxford: Oxford University Press. 1989.

En otras culturas, sin embargo, se ha considerado a la mente como un agente importante en la generación de enfermedades, e intuitivamente se le ha adjudicado, por tanto, un papel primordial en el restablecimiento de la salud de los individuos.

No es hasta, prácticamente finales del siglo XX, cuando la medicina científica comienza, a través de los descubrimientos sobre el funcionamiento del cerebro, de la mente y de las emociones, a aceptar el papel primordial de la mente no sólo en la vivencia del rol de enfermedad-salud, sino también, en la mejor o peor evolución de las enfermedades del cuerpo, e incluso, como agente etiopatogénico necesario en algunos casos.

Es en este encuadre donde el Arte puede aportar herramientas que influyen directamente en el funcionamiento de la mente y en las emociones.

1.4 LA SALUD Y LA ENFERMEDAD, LA SOCIEDAD Y LOS INDIVIDUOS

En las antiguas culturas, en Egipto, en Mesopotamia, en India, y en general en las culturas primitivas, se tenía un concepto mágico sobre la salud y la enfermedad. El origen del mal funcionamiento del cuerpo o mente, se vinculaba a los dioses o a los demonios, y aunque se tenían ciertos conocimientos sobre la circulación de la sangre y el sistema digestivo, por ejemplo, la curación pasaba por purgar el castigo mediante oraciones y tributos a los dioses.

En la cultura de Occidente, prácticamente desde los griegos, con Hipócrates, considerado fundador de la medicina, se reconoce el papel de las actitudes humanas como causa de las enfermedades, aunque éstas a su vez, podían ser influidas por factores externos considerados divinos como

el frío, el viento y/o el sol. Por ejemplo, según cita Sontag ² en la *Iliada* y en la *Odisea*, la enfermedad aparece como castigo sobrenatural.

Con el Cristianismo, se acentúa la correspondencia entre castigo/enfermedad pero entendiéndolo como un castigo justo y apropiado, es el sufrimiento redentor.

Es en la Modernidad cuando se inicia el gran progreso del conocimiento médico, basándose en el método racional cartesiano, dándole preponderancia hegemónica a la razón, y al progreso acumulativo y los avances técnicos. Como es sabido, los grandes paradigmas de la Modernidad se construyeron sobre una fe ciega en la razón y en el conocimiento y el progreso científico. Según Hurtado y Toro³, los dos métodos predominantemente usados en investigación en la Modernidad son: el hipotético-deductivo y el histórico-dialéctico; en ellos, el criterio fundamental es cuantitativo, medible. Así, los resultados, y por tanto, la apreciación que debe hacerse de la realidad, no sólo debe ser verificada sino además demostrable.

En contraposición, en la Posmodernidad contemporánea los métodos de trabajo son: hermenéuticos, fenomenológicos, etnográficos, de historias de vida, y el de investigación-acción. Vemos, como las propuestas se orientan hacia criterios evaluativos de cualidad o cualitativos, para intentar abarcar de una manera más amplia todos los matices que conforman al individuo posmoderno y su realidad. Existe una renuncia expresa a lo objetivo, puesto que el individuo se construye subjetivamente a partir de su interacción con la realidad y a su vez la realidad se modifica continuamente por los discursos individuales y sociales⁴.

2 SONTAG, S. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. 1996. p 46

3 HURTADO, I.; TORO, J. *Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambio*. p 42

4 Las propuestas que surgen en la posmodernidad, se orientan hacia un criterio cualitativo, donde toma cuerpo un espectro mayor de posibilidades para entrar en contacto y comprender lo real en su constante proceso de formación. *Hombre y Realidad*,

En este contexto teórico posmoderno toman relevancia las aportaciones que desde el Arte posibilitan el bienestar de los individuos. En este lugar, frente a la enfermedad y el tratamiento clásico científico de los problemas del individuo, surge una aproximación, digamos más de visión de conjunto, donde tiene cabida el Arteterapia y el Arte Contemporáneo como herramientas de trabajo que nos alejan de la razón y nos aproximan al mundo de lo emocional, subjetivo, inconsciente. Trataremos de ponderar el valor del trabajo en el campo de lo subjetivo, y por tanto no medible cuantitativamente, frente a lo objetivo y demostrable.

Desde la posmodernidad, situándonos desde la perspectiva sociológica, Bauman nos hace una interesante reflexión sobre el significado del Arte:

El arte contemporáneo ya no se ocupa de la representación, habiendo sido liberada de la autoridad de la realidad, la imagen artística reclama y disfruta en el continuado afán por crear significado, de la misma categoría que el resto del mundo humano. En lugar de reflejar la vida, le añade significados. En dicho mundo, todos los significados son sugerencias, invitaciones permanentes al análisis y a la discusión, a la interpretación y a la re-interpretación; ningún significado se crea definitivamente, y ninguno es definitivo una vez creado⁵.

Es quizá esta característica del Arte Contemporáneo para usar el simulacro, el que puede permitirle ser una herramienta de trabajo para la

no son estructuras distintas, sino una sola. El individuo es realidad, existe en ella. La realidad es, a su vez, una concepción humana, surge del hombre, existe para él. La imposibilidad de la separación, evidencia la subjetividad implícita en el vínculo generado. ¿Cómo pretender ser absolutamente objetivos?

Véase en: JIMÉNEZ ORTIZ, R. De la modernidad a la posmodernidad: el tránsito necesario.

5 BAUMAN, Zygmunt. *La posmodernidad y sus descontentos*. p 134.

preservación y restablecimiento de la salud de los individuos. Siguiendo con posturas postestructuralistas:

La noción de “deconstrucción” de Derrida, pone de manifiesto 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 versátil⁶.

Desde estas mismas perspectivas postestructuralistas,

Lyotard nos habla del “fin de las metanarraciones”, de la ausencia de una perspectiva única correcta y la imposibilidad de saber absoluto.(...) De otro lado, las identidades y subjetividades, según Butler, se conciben como fluidas, inestables y múltiples y tienen un carácter performativo. (...) En adición, los discursos sociales no son sistemas cerrados y atemporales, sino en continua transformación. Y desde la teórica poscolonial, se resalta la construcción del sujeto a través de coordinadas sociales, como la etnia y la cultura⁷.

Y por su parte, arteterapeutas como Alter-Muri, contemplan que:

6 LÓPEZ MARTÍNEZ, M^ºD. *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. Tesis doctoral. p 245.

7 SUESS, A. *Arte, terapia y transformación social en la intersección entre postestructuralismo y teoría crítica*. p 29.

Todas las corrientes psicológicas son específicas de una cultura y un tiempo histórico concreto. Esto significa que las personas implicadas en un proceso (arte)terapéutico 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 terapéuticos. El Arte Contemporáneo intenta mostrar con sus productos visuales la trayectoria del ser humano⁸.

En adición, como contribución del Arte a la Salud: “algunos autores resaltan la aportación que puede ofrecer una contemplación de obras posmodernas a la práctica arteterapéutica, al abrir a los pacientes nuevas posibilidades narrativas, técnicas, modos de expresión y subjetividades afines a vivencias propias de las sociedades actuales”⁹.

1.5 HIPÓTESIS

Nuestra premisa de trabajo es realizar una revisión de la literatura científica médica y de la arteterapéutica, para tratar de centrar la mirada en la existencia de datos objetivos que puedan ser medibles y que se puedan utilizar para definir estrategias de trabajo que desde el Arte contribuyan de algún modo al restablecimiento de la Salud, y/o a la mejora de la calidad de dicha asistencia, tanto en pacientes como con las familias y el personal sanitario.

8 Op. Cit. LÓPEZ MARTÍNEZ. p 246.

9 Op. Cit. SUESS. p 31.

Somos conscientes de que en este proceso de búsqueda de respuestas, vamos a sumergirnos en un trabajo interdisciplinar donde convergen multitud de enfoques y análisis: lo clínico, lo artístico, lo social, lo psicológico, lo físico, lo emocional, ... En definitiva, todo aquello que concierne a los individuos.

1.6 METODOLOGÍA

INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL:

A través de la consulta de bibliografía especializada científica y arte terapéutica, libros y artículos de revistas especializadas, consulta de tesis doctorales, búsquedas en bases de datos y repositorios como, Medline, Pubmed, Rebuin, Dialnet, Redalyc, Scielo,..., en portales de webs institucionales como Society for the Arts in Healthcare americana, Arts Health Network de Canadá o Arts Council inglesa.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO:

Hemos ido conociendo las últimas aportaciones del arte en los contextos de salud, a través de la asistencia a reuniones y congresos que han tenido lugar en Dénia (Alicante), I Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud, Congreso Internacional de Intervención Psicosocial, Arte Social y Arteterapia en Archena (Murcia), y II Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA en Madrid, entre los años 2012 y 2013. Así como hemos realizado entrevistas a Antonio Valdivia, responsable del servicio de Medicina Preventiva del Hospital de la Marina Alta para conocer directamente los proyectos, y que hemos añadido como anexos al final de este trabajo de investigación.

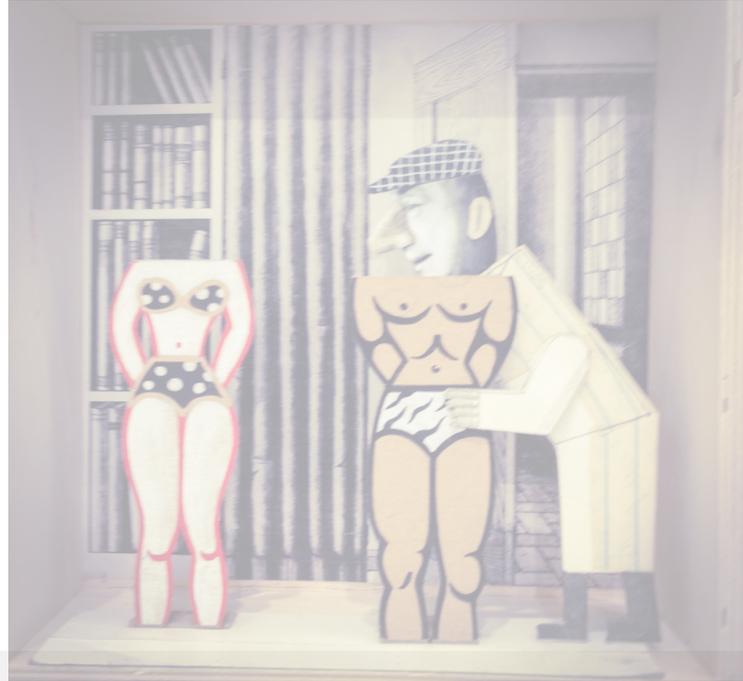
1.7 OBJETIVOS

GENERAL: Analizar en el contexto contemporáneo, desde una aproximación social, filosófica y científica, los estados de salud y enfermedad, y su relación con el Arte.

ESPECÍFICOS:

1. Evaluar el rol de enfermo en una sociedad atravesada por perspectivas posmodernas postestructuralistas.
2. Revisar los descubrimientos científicos en relación con el funcionamiento de la mente. Neurociencia. Hallazgos médicos de cómo las emociones y la conducta modifican respuestas ante la enfermedad.
3. Revisar el papel del ambiente hospitalario como mediador en el restablecimiento de la salud.
4. Revisar el papel del arteterapia como herramienta en los procesos terapéuticos y su capacidad de trabajo tanto a nivel de individuo como de acción social-relacional.
5. Analizar cuál es la importancia que se le está dando al Arte en contextos de Salud en nuestro entorno.
6. Revisar cuáles son los métodos de análisis de resultados que se utilizan.
7. Propuesta de trabajo de investigación doctoral.
8. Propuesta de acción teórico-práctica a propósito de un caso real.

Fotografía de piezas pertenecientes a la exposición en la Sala Josep Renau de la Facultat de BBAA, de Isidre Ferrer y Pep Carrió, Junio, 2013.



MARCO
TTEÓRICO

1. CONTEXTO ARTÍSTICO

1.1 LA FUNCIÓN DEL ARTE: LO INEFABLE, LO INTAGIBLE, LO INALCANZABLE

Qué funciones pudo tener el Arte en sus orígenes no está claro. Algunos investigadores apuntan a una función mágica: “el dominio de las bestias reales es posible a través del dominio previo de sus representaciones simbólicas; otros investigadores apuntan a una función de enciclopedia para comunicar a sus congéneres las características de la forma del animal; otros opinan, que las pinturas rupestres pudieron servir para la identificación de clanes”¹.

Nunca sabremos con certeza si todos o algunos de estos supuestos fueron ciertos. Lo que sí parece asumido, es que: “en la prehistoria, en los rituales mágicos el arte (pinturas corporales, pinturas sobre piedras o en la arena) era utilizado por los chamanes, con fines terapéuticos, jugando, un papel importante en el proceso de sanación”².

Por otro lado, sabemos que:

*el lenguaje verbal tuvo que existir hace aproximadamente unos 60.000 años, sin embargo, las primeras representaciones artísticas datan de unos 36.000 años y se le atribuyen al Homo Sapiens. Así, pues se desprende que esta capacidad de pensar estructuralmente, empleando conceptos racionales y estructuras de significación estética, es innata en los humanos, y que ambas capacidades fueron necesarias y útiles para la adaptación al medio*³.

1 GAU, Sabina. El proceso de creación artística: diálogo con lo inefable. p 127.

2 KLEIN, Jean Pierre, BASSOLS, Mireia y BONET, Eva, (coordinadores). Arteterapia. La creación como proceso de transformación. p 30.

3 Op. cit. GAU, Sabina. p 128-129.

En nuestra cultura, podemos decir que:

*el Arte ha materializado la expresión de la búsqueda espiritual del hombre y pretendido la captación y plasmación de aquellos fenómenos que se le escapan. En relación directa con estos conceptos, está la capacidad del Arte para comunicar realidades que no se comunican bien con el razonamiento por medio del lenguaje verbal, y que se relacionan directamente con la vida afectiva y emocional, la metafísica y el éxtasis religioso*⁴.

Esa cualidad, como ya hemos apuntado anteriormente, es específicamente humana, y además de codificar todos los contenidos mentales y comunicarlos, podemos profundizar en ellos y ampliar sus límites. Los seres humanos, creamos contenidos codificados, y entre ellos están las artes: “que se corresponden con conceptos racionales, pero también con nuestra mente sensorial y emotiva, sensaciones que abarcan desde las más conscientes y discernibles, hasta aquellas más viscerales y no racionalizables, pero muy ligadas a las emociones. De este modo, en lo que nos ocupa, asumimos que “el arte es una forma de conocimiento a través de la emoción”⁵.

Por otra parte, se puede entender el arte como una actividad inútil, “si lo entendemos como una ausencia de funcionalidad técnica para la explotación material de nuestro entorno. Pero, es precisamente esa inutilidad, la que nos aporta libertad y nos abre un campo de batalla donde construir un sinfín de contenidos cuya experiencia, más o menos íntima, hace de la producción artística un proceso de exploración personal”⁶.

4 Ibídem. p 9.

5 LÓPEZ FERNÁNDEZ, Marián y MARTÍNEZ DÍEZ, Noemí. Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística. p13.

6 Op. Cit. GAU, Sabina. p 131.

También, Bauman nos dice:

La obra del artista posmoderno es un esfuerzo heróico por dar voz a lo inefable, una forma tangible a lo invisible; pero es, asimismo (indirectamente, a través de la negativa a reafirmar cánones socialmente legitimados y sus expresiones) una demostración de que es posible más de una voz o de una forma y, por lo tanto, una invitación permanente a unirse en el proceso interminable de interpretación que es también el proceso de creación de significados⁷

Es decir, se nos vuelve a confrontar sobre la función que el arte contemporáneo puede ejercer en los individuos de la sociedad actual.

No olvidamos las funciones sociales del arte. En palabras de K. Lotter:

existe un arte por encargo que es creado atendiendo a su función social y se modifica con la evolución de la sociedad y la posición que en ella ocupa el artista. En la Antigüedad el arte sirve a la educación y a la valoración de virtudes sin descartar el divertimento. En el Medioevo Cristiano persigue la catequesis. A partir del SXVIII se centra en los deseos de una clientela burguesa, y adquiere el carácter de mercancía, aunque surge también el arte de compromiso, de protesta social, moralista o educativo. En el XIX sirve a intereses nacionalistas y también se adecua a los intereses de distintas clases sociales⁸.



7 Op. Cit. BAUMAN, Zygmunt. p 133

8 Citado en el libro de GAU S., p 135.

Y también, finalmente, “dentro de un sistema social determinado, en una sociedad de mercado, el valor de cambio de la obra de arte predomina sobre el valor de su uso; así, la obra se convierte en mercancía”⁹.

De otro lado, existen en el momento actual otros contextos donde vive el arte fuera de las instituciones, pero en el presente trabajo nos centraremos en la función del arte como herramienta de exploración personal, mediante la conexión entre emoción y conocimiento. Del mismo modo veremos como las imágenes pueden influir en nuestras emociones y por tanto en el pensamiento racional. Y esta relación con las emociones es la que va a servir para construir nuestra hipótesis de estudio: analizar la capacidad terapéutica del arte y relacionarla con los últimos avances científicos.

9 DE LA VEGA, M. Producción estética y cambio social: la función del arte. Revista de arte y estética contemporánea, p 118.

2. DESDE EL ARTETERAPIA

2.1 A MODO DE EXCUSA: CENTRAR EL CAMPO DE INVESTIGACIÓN

En contextos de salud, el arteterapia tiene una función integradora social y de construcción de identidad, pero colocamos los límites de nuestro trabajo de investigación, en relación con la enfermedad fundamentalmente como estrategia curativa. Somos conscientes de que el Arte por sí sólo no puede ofrecer la sanación de los pacientes, aunque sí apoyamos la idea de que puede servir como herramienta en determinados contextos y en asociación a otras intervenciones como los fármacos o la cirugía.

El presente trabajo de investigación no se ocupa del análisis exhaustivo de cuales son las capacidades de acción del arteterapia sobre el individuo. No nos ocupa, directamente, la capacidad de intervención y acción social del arteterapia, ni su capacidad para intervenir en la educación. Por ello, no pretendemos analizar y definir exhaustivamente todos y cada uno de los aspectos epistemo-metodológicos, ni técnicas artísticas, ni definir el *setting*, ni otros parámetros específicos arteterapéuticos; aunque, sí pensamos necesario hacer algunas alusiones a determinados aspectos del arteterapia, que nos sirven para analizar la capacidad terapéutica ya que se incide de manera directa en los procesos de enfermedad.

2.2 ¿CUÁNDO, DÓNDE Y SOBRE QUÉ?

Nos parece aquí oportuno reflexionar sobre el tiempo, el espacio y el cuerpo, y cómo se trabaja con ellos desde el arteterapia. En la actualidad, a modo de ejemplo, parecen explorarse nuevas estrategias terapéuticas en la recuperación de déficits funcionales motores o en los déficits cognitivos de las demencias, que apoyadas desde el paradigma científico, utilizan

entornos de realidad aumentada o software específicos, y son bajo nuestra perspectiva aproximaciones un tanto deshumanizadas. Entendemos que desde el arte como terapia y con la educación artística en entornos de salud, se aporta un tratamiento personal, mucho más humano y social, y por tanto más enriquecedor a nivel global. Veamos de qué modo, es esto posibilitado.

2.2.1 “EL TIEMPO DE KRONOS, AIÓN O EL TIEMPO DE KAIRÓS”

“Entonces veremos que la vida no se puede comprender en una contemplación pasiva; comprenderla es más que vivirla, es verdaderamente propulsarla. No corre por una pendiente, en el eje de un tiempo objetivo que la recibiría como un canal. Es una forma impuesta a la fila de instantes del tiempo, pero siempre encuentra su realidad primordial en un instante”.

La intuición del instante. Bachelard,

Como dice Bauman,

la Modernidad empieza cuando el espacio y el tiempo se separan entre sí, y pueden ser teorizados como categorías de estrategia y acción mutuamente independientes (...) En la Modernidad el tiempo tiene historia, gracias a su capacidad de contención que se amplía constantemente: la prolongación de los tramos de espacio que las unidades de tiempo permiten pasar, cruzar, cubrir o conquistar. (...) El tiempo adquiere historia cuando la velocidad de movimiento a través del espacio (a diferencia del espacio eminentemente inflexible, que no puede ser ampliado ni reducido) se convierte en una cuestión de ingenio, imaginación y recursos humanos. El espacio es el aspecto sólido, pesado y estólido; un obstáculo para las embestidas del tiempo, que es el elemento activo, fluido, dinamizador y combativo.¹⁰

10 BAUMAN, Zygmunt,. Modernidad Líquida., p 14

El análisis del tiempo como elemento vertebrador y constituyente de la realidad humana, no sólo lo utiliza Bauman en sus reflexiones en su libro *Modernidad Líquida*. Ha sido objeto de numerosas reflexiones filosóficas, Bachelard, Kant, Heidegger, y ya desde los orígenes de la Cultura Occidental, en la Grecia Antigua fue elemento indispensable y generador de uno de los mayores legados que la época presente ha recibido de la época griega. Efectivamente, el llamado "milagro griego", esto es, el tránsito del pensamiento mítico al pensamiento lógico.

El término chrónos se empleaba en la época de Homero para designar un cierto intervalo de tiempo, un tiempo determinado, y en este sentido estaba próximo a otros términos que designaban unidades de tiempo más o menos precisas: émar, el día; sémeron, el hoy, el día de hoy, la jornada; hóra, la hora, esto es, cierto momento del día, pero también cierto momento del año, cierta estación. El tiempo inexorable, ineludible. (...) El significado más arcaico de aión es el de vida, aliento o fuerza vital, y por extensión el de duración o perduración de la vida; la Eternidad, concebida como totalidad simultánea de todos los tiempos. (...) El kairós no es una unidad de tiempo abstracta, independiente de lo que en él acontece, sino que el acontecer como tal es lo que puede llegar a configurarse como kairós en un momento y lugar determinados. Por eso, no cabe siquiera separar tiempo y espacio, puesto que la ocasión se refiere a un momento y a un lugar: es a la mezcla o conjunción de ambos a lo que damos el nombre de situación, ocasión o coyuntura propicias.¹¹

11 CAMPILLO, A.. Aión, chrónos y kairós. La concepción del tiempo en la Grecia antigua.

El kairós es, pues, el tiempo del acontecimiento. Un kairós es un momento, un intervalo de tiempo relativamente breve, pero no es el instante o presente actual: no es el presente objetivo o físico, ni tampoco el presente subjetivo o psíquico. Es el momento adecuado, la ocasión propicia, la oportunidad. Quizá nos encontramos en los estados de enfermedad, con ese tiempo fluido, combativo de Bauman, y a la vez entre chronos y kairós. Donde coexisten infinitos factores variables que determinan la vivencia de cada individuo en el papel de enfermo. Al enfermar cambiamos nuestro devenir diario, nos cambian los derechos y obligaciones respecto a lo exterior y lo social; y a la vez cambia nuestro emocional, nuestra percepción sobre nuestra vida y sobre el mundo.

La Salud, según la definición que la Organización Mundial de la Salud hace del término, “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹². La definición no ha sido enmendada desde 1948. De acuerdo con esta definición, la Salud no sólo se recupera con el restablecimiento funcional de la parte del cuerpo que estaba enferma; como vemos, intervienen otras dos esferas como son lo mental y lo social. Así también a nuestro entender, cuando el restablecimiento completo del cuerpo no es posible, el Arte nos ofrece su proceso de acción para trabajar al menos en el restablecimiento emocional y mental, y mejorar indirectamente la evolución del proceso patológico.

12 La cita bibliográfica correcta para la definición es: Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Desde el arteterapia, se trabaja el proceso de creación siendo éste mucho más importante que los resultados, “se trabajan las emociones que el sujeto hace aflorar, en un tiempo creador y estético donde se funden emociones, experiencias, necesidad de saber de uno y necesidad de saber del mundo”¹³. Casi podemos inferir que se nos está hablando del tiempo creador, del acontecimiento de los griegos clásicos, del instante de Bachelard, pero también de un tiempo fluido y de acción, como el de Bauman. Es un tiempo vertical, no lineal, un tiempo de creación. “El arteterapia ocurre en un tiempo y un espacio fuera del espacio y del tiempo, pero paradójicamente ligado a ambos, ligado a la vida”¹⁴. Y también, “El proceso de arte terapia es como un viaje que transita y traspasa el tiempo, por ser un momento de creación. Un viaje a través del tiempo y del espacio”¹⁵.

2.2.2. EL ESPACIO, LA OTRA DIMENSIÓN SIMBÓLICA

“Damos aquí por sentado que la aceptación de la realidad jamás es completada, que ningún ser humano está libre de la tensión que ocasiona el relacionar la realidad interior con la exterior y que el alivio de tal tensión lo aporta una zona intermedia de experiencias que no es disputada”.

Winnicott.

Para que se dé el proceso terapéutico, nos dicen los arteterapeutas, “es necesario generar un espacio de creación, no se trata simplemente de un espacio físico, es un espacio que sea capaz de sostener la subjetividad y la

13 LÓPEZ FERNÁNDEZ-CAO, Marián y MARTÍNEZ DÍEZ, Noemí. Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística, p 16.

14 Ibídem. p 16.

15 COLL, F. Un viaje por arteterapia.

complejidad relacional”¹⁶. “En un espacio suspendido, un espacio lleno de posibilidades, y por ello potencial, donde todo está por ocurrir”¹⁷.

Del Río, nos cuenta:

*La creación artística, tomada como acción, pone en marcha un proceso, interviene el espacio terapéutico e irrumpe en la realidad reevaluándola. Se configura una nueva forma de subjetividad no ligada a construcciones previas. Se configura un espacio que puede ser cualificado como vital y habitarse; que puede ser convertido en lugar para la transgresión o el recuerdo, para el asolamiento o la reconstrucción, para la sospecha o la certeza, para la evidencia o la falacia, para la ficción... Un lugar en el que la acción creativa instaura un nuevo campo referencial, capaz de argumentar una forma distinta de inscribirse en el mundo, procurando un espacio para respirar, combatir, para sostener el aliento y el desaliento.*¹⁸

Además, nos habla del espacio para referirse a él como “lugar de intersección, de confluencia, de encuentros. No es un lugar con los referentes preconfigurados, sino del advenimiento circunstancial de un territorio donde no operan las reglas habituales de la orientación, la precisión o la certeza”¹⁹.

Es decir, en definitiva que el espacio real se cualifica y se habilita como espacio simbólico, donde tiene lugar el acto creativo y terapéutico.

16 DEL RÍO, M^a. Reflexiones sobre la praxis en arteterapia,. p 22.

17 Op Cit. LÓPEZ FERNÁNDEZ-CAO, Marián y MARTINEZ DÍEZ, Noemí. p 16.

18 Op Cit. DEL RÍO, M^a. p 22, 23.

19 Ibídem. p 23.

2.2.3. LA DIMENSIÓN CORPORAL

“En arte terapia el viaje se hace desde dentro, desde lo más interno, desde la necesidad de vivirse de otro modo. El proceso arte terapéutico es un tiempo donde se entrelaza la emoción, la razón y lo íntimo”²⁰. En este sentido, hablando del proceso arte terapéutico, entiende el viaje de Arte Terapia como: “ese recorrido que hay entre el pensamiento y el lenguaje, la emoción y la consciencia, el deseo y la tensión de desear, entre el placer y el displacer, entre el yo y el otro, entre la escritura y el hecho de escribir, entre la obra creada y el proceso de creación y todo ello sostenido por la presencia del arte terapeuta desde su necesidad de construir en la sesión”²¹.

“Cuerpo y psiquismo constituyen una totalidad inseparable del ser, que a menudo parecen dissociarse. La dificultad reside en hacerse cargo, dentro del trabajo terapéutico, del cuerpo en sí, desprovisto y a la vez investido de toda suerte de cargas afectivas”²².

*El aprendizaje y el desarrollo humano son procesos personales y emocionales, cargados de historia y expectativas en gran parte inconscientes. Las emociones son nuestra forma de comunicación primaria, son más importantes que las palabras. El arte, como toda expresión no verbal, favorece la exploración, la expresión y comunicación de aspectos que no somos conscientes. Las emociones tienen su raíz en la conexión entre cuerpo-mente, a través de los sistemas rítmico, límbico o supralímbico. Éstas controlan todo lo que pasa dentro del cuerpo: respiración, temperatura, flujos de sangre, oxígeno, linfa, hormonas químicas,... Hay una conexión total y continua entre cuerpo y mente, es una unidad*²³.

20 Op cit. COLL, F. p 43.

21 Ibidem. p 43

22 Op Cit. DEL RIO, M^a. p 24.

23 DUNCAN, N. Trabajar con las emociones en arteterapia. p 40.

El trabajo con las artes ayuda al desarrollo personal y emocional, se puede comunicar mucho más, sobre todo inconscientemente, ya que las imágenes transmiten más que las palabras.

La obra artística resulta ser así una especie de condensación retórica, el resultado de una síntesis mágica por lo cual, diferentes ámbitos de conocimiento (memoria, cognición, ambiente, emoción) se injertan en el flujo de la experiencia, se dan cita en el cuerpo y configuran un todo dotado de sentido. Los procesos artísticos se inscriben en el cuerpo como parte de él. (...) Cada palabra, cada forma creada, el cuerpo la ha acogido, la ha sentido y la ha convertido en forma para ser revelada [a la conciencia] (...) A través del cuerpo, la experiencia (artística) da cabida a una serie de implicaciones que no son consecuencias sino potencialidades y nos permiten trasladar al pensamiento lógico allá a donde la propia lógica nunca lo hubiera colocado.²⁴

Como iremos viendo en el presente trabajo, esta capacidad de movilizar e intervenir en las emociones es dónde reside parte del potencial terapéutico de las intervenciones arteterapéuticas, ya que activar emociones produce cambios fisiológicos y funcionales, y finalmente estructurales, en nuestro cerebro.

24 Op Cit. DEL RÍO, M^a. P 25.

2.3 PERO, ¿QUÉ ES ENTONCES EL ARTETERAPIA?

Difícilmente vamos a poder responder aquí a esta pregunta. Existen numerosos enfoques teórico-metodológicos y por tanto numerosas aproximaciones al proceso arte terapéutico.

Aunando definiciones, la más adecuada para López Martínez, sería:

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 social²⁵.

Como hemos ido viendo intervienen múltiples actores en la relación arte-terapéutica: el tiempo, el espacio, el cuerpo-mente del paciente, el terapeuta o facilitador, el proceso creativo. Ahora nos interesa reseñar, cómo algunas definiciones nos aproximan al arte terapia como un acompañamiento guiado donde la persona acompañada “habla” a través de las formas artísticas, se dice la verdad jugando con lo simbólico. “Es un acompañamiento y una ayuda a la persona en dificultades, para que el trabajo realizado a través de sus creaciones plásticas, generen un proceso de transformación de sí misma”²⁶.

25 Op Cit: LÓPEZ MARTÍNEZ, M^aD. p 29. Citando a la definición de la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas, (ATE), España.

26 KLEIN, J.P.. El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación, p 21.

“Es un proceso sutil, no invasivo, discreto y sobrio desde una presencia activa, ajustada e intuitiva, estando al lado de la persona, acompañándole en el proceso de creación, interviniendo a veces más otras menos, sin prisas, escogiendo las palabras, respetando sus resistencias, estando atento a lo que manifiesta, sentimientos, miedos, insatisfacciones,...”²⁷. En estas líneas, se desprende que en la relación arte terapéutica debe existir una capacidad de empatización, que como veremos más adelante tiene que ver con descubrimientos neurocientíficos. “Acompañar es también un trabajo sobre uno mismo, que conlleva una escucha y una disponibilidad hacia el otro y una escucha hacia uno mismo”²⁸.

Existen en arteterapia diversos enfoques teórico-conceptuales, en líneas generales:

*el trabajo en arteterapia se puede orientar hacia dos polaridades. Por un lado, las tendencias más próximas a la clínica psicoterapéutica que consideran la actividad plástica como secundaria y que atribuyen el efecto terapéutico derivado exclusivamente de los intercambios verbales alrededor de la obra, perdiéndose por tanto el trabajo del inconsciente más allá de lo no-verbal. Frente a esta postura, la otra tendencia privilegia la organización del trabajo y el marco que favorece la estructuración consciente de la representación, más cercano al arte como terapia. Esta tendencia, se centra en las posibilidades del proceso como tal, en su capacidad de sublimación, de organización metafórica (...)*²⁹

27 Ibídem. p 23.

28 Ibídem, p 24.

29 Op Cit. LÓPEZ FERNÁNDEZ-CAO, Marián y MARTÍNEZ DÍEZ, Noemí. p 39.

Queremos apuntar aquí, que desde nuestra perspectiva, inferimos no solamente que el arteterapia es terapéutica al trabajar el inconsciente y el emocional (nivel cognitivo), sino que como veremos, existen en el momento actual suficientes conocimientos neurocientíficos y en investigación arteterapéutica, que permiten actuar probablemente en niveles concretos de rehabilitación neurológica cuando existen déficits motores o sensoriales, por ejemplo.

2.4 LAS IMÁGENES: EL PROCESAMIENTO SIMBÓLICO PSICOANALÍTICO

A reseñar en este punto, que desde sus orígenes como no podía ser de otra manera, el arteterapia se vincula con las teorías psicoanalíticas de Freud. Esto es así, por que como hemos visto lo que se persigue en la psicoterapia de arte, es vehiculizar emociones almacenadas en la mente originadas por algún tipo trastorno previo del pensamiento que no se puede hacer consciente o no está registrado en la conciencia. “La obra plástica constituye un escenario privilegiado para permitir al sujeto vivir lo que S. Freud llamó el principio de realidad y el principio del placer”³⁰.

Desde un punto de vista arteterapéutico,

lo más importante del proceso 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 los elementos recogidos de su imaginario y de su entorno. Tiene la oportunidad de poder ordenar pensamientos desarticulados en un ámbito

30 *Ibidem*, p 39-40.

*nuevo integrándolos en un espacio significativo a su representación. Frecuentemente, las asociaciones de imágenes se producen por semejanza o analogía, dando lugar a la metáfora*³¹.

Es aquí, “donde existe la mayor desavenencia con el psicoanálisis; en éste, el analista interpreta los contenidos simbólicos, mientras que en arte terapia se deja que sea el cliente el que descubra el significado de su obra”³².

Por otro lado, desde la ciencia, “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”³³.

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. La re-experimentación 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”³⁴. Omenat, 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

31 COLL ESPINOSA, en ese sentido nos dice también que: “Creamos desde lo íntimo para dar forma a eso tan inconcluso que es lo íntimo, y hacemos la obra, precisamente desde la necesidad y seguridad de la inconclusión. En arte terapia, una obra remite a otra, así como una palabra a otra, o una emoción o una historia. (...) Pero lo más importante, creo, es la subjetividad que aporta el proceso, ya que a partir del encuadre, la tarea viene impregnada por la emoción y la falta en ser del arte terapeuta, siendo esto lo que precisamente nos da la posibilidad de la identificación, y por tanto de la simbolización, por encontrar modos de semejanza-diferencia en nuestra creación”. Op Cit. p 42-43.

32 Op Cit: LÓPEZ MARTÍNEZ, M^aD. p 173.

33 GOLEMAN, D.. Inteligencia emocional.

34 Op Cit: LÓPEZ MARTÍNEZ, M^aD. p 178.

hecho se convierte en una particularidad específica de la terapia artística”³⁵.

Como se apunta más tarde, en la relación transferencial se ponen en marcha una serie de circuitos cerebrales que se ha observado que también intervienen por ejemplo, durante la meditación.

2.5 EPISTEMOLOGÍA

Anteriormente, nos hemos referido a las orientaciones teórico-metodológicas del arteterapia polarizándonos hacia dos extremos: lo psicoterapéutico y la terapia creativa; sin embargo, entre ambos existen numerosas propuestas.

De entre la gran variedad de corrientes psicoterapéuticas teórico- metodológicas reconocidas actualmente, 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-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).³⁶

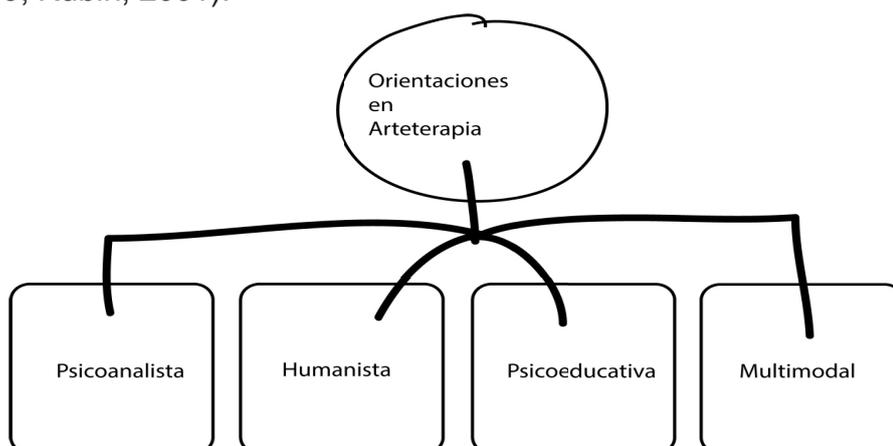


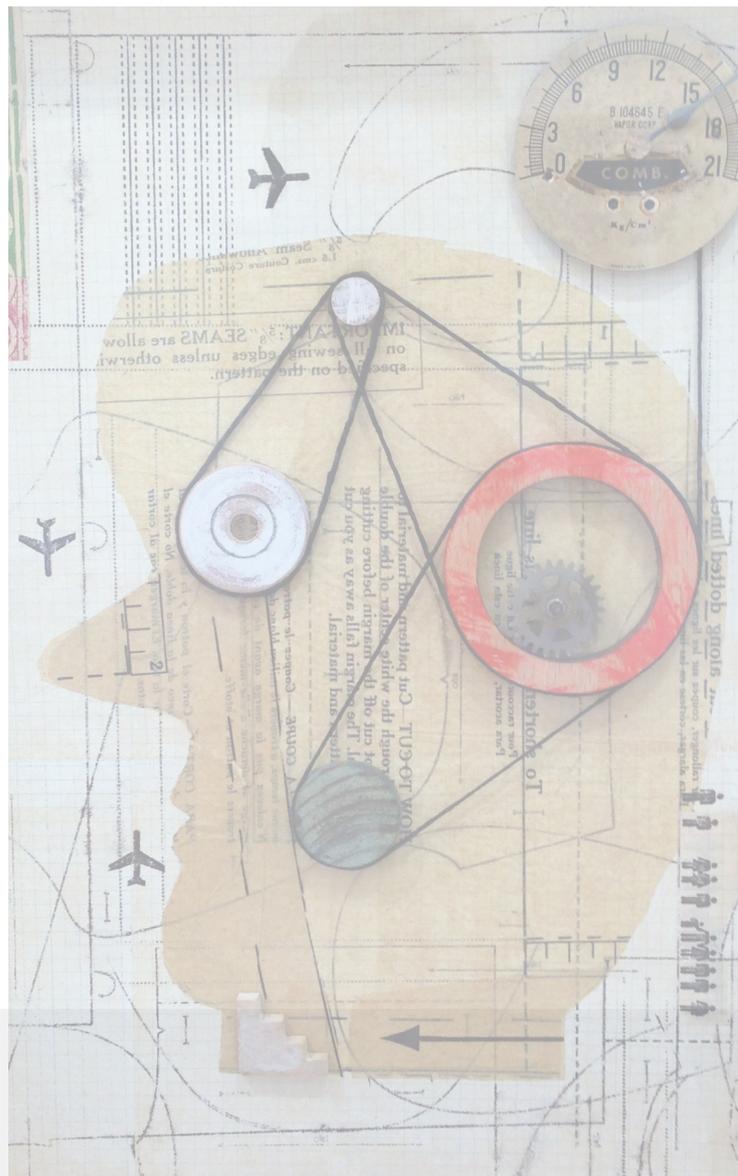
figura. 1. Orientaciones Metodológicas. Fuente: López Martínez.

35 Ibídem. Citado en LÓPEZ MARTÍNEZ, M^aD. p 178.

36 Ibídem, p 166.

No es objeto de este trabajo de investigación analizar, pormenorizadamente cada una de las aproximaciones, detallaremos y analizaremos la que nos parece más relacionada con nuestro estudio; que es la psicoeducativa, que se orienta al desarrollo cognitivo. “La perspectiva cognitiva se fundamenta prioritariamente en los procesos mentales como la percepción, el recuerdo, el razonamiento, la toma de decisiones, resolución de problemas y su repercusión sobre el individuo. Así como también desarrollar destrezas y habilidades motoras”³⁷.

Desde este enfoque cognitivo y bajo un enfoque neurocientífico, “se han ido desarrollando numerosos estudios que 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”³⁸. Como veremos más adelante, es precisamente esta acotación, donde se focaliza nuestro centro de atención para el desarrollo de éste trabajo de investigación.



Fotografía de piezas pertenecientes a la exposición en la Sala Josep Renau de la Facultad de BBAA, de Isidro Ferrer y Pep Carrió. Junio, 2013.

37 Ibídem. p 223

38 Ibídem. p 226

3. CONTEXTO CIENTÍFICO

“Tal vez la energía espiritual y extrasensorial nos conduzca en un futuro a la verdad inmediata, sin necesidad de recurrir a teorías ni laboratorios. Pero los atajos son siempre peligrosos; no podemos engañarnos pensando que nuestro conocimiento ha llegado mucho más allá de donde realmente se encuentra. Para bien o para mal, en la época en que vivimos la ciencia continúa siendo el espejo más fiel de la realidad y sólo por nuestra cuenta y riesgo podemos ignorarla”.

Mihaly Csikszentmihaly.

Bajo este epígrafe, hemos tratado de agrupar las aportaciones desde la Ciencia, que a nuestro entender son interesantes en cuanto a que aportan datos sobre cómo se relacionan los individuos con el mundo que los rodea, con la enfermedad, y cuál es la relación del individuo con el Arte.

3.1 INTRODUCCIÓN: CENTRAR LA SITUACIÓN NEUROCIÉNTÍFICA

Como nos dijo Freud, “el egoísmo narcisista de la humanidad ha tenido que soportar en el transcurso de los tiempos tres grandes humillaciones”³⁹, en virtud de la investigación científica:

“La primera, cuando se percató de que nuestra Tierra no es el centro del universo, sino una minúscula e insignificante parte de un sistema cósmico apenas imaginable en su grandeza. Esta humillación se liga para nosotros al nombre de Copérnico, si bien la ciencia alejandrina ya había proclamado algo semejante. La segunda, después cuando la investigación biológica destruyó los presuntos privilegios del hombre en la creación, desterrándolo a su procedencia del reino animal y a lo inextinguible de su naturaleza animal. Esta

³⁹ HUSTON, J.: “Freud, the Secret Passion”. 1962. EEUU. 139 min. Universal Pictures.

transmutación de valores se ha llevado a cabo en nuestros días bajo la influencia de Darwin, Wallace y sus predecesores, no sin la más vehemente resistencia de los contemporáneos. La tercera y más sentida humillación la ha de sufrir, empero, el ansia de grandeza del hombre en virtud de la actual investigación psicológica, que va a demostrar al yo que ni siquiera es señor en su propia casa, sino que se halla supeditado a las mezquinas noticias de aquello que sucede inconscientemente en su vida anímica.⁴⁰

Ahora, en el S. XXI, “estamos listos para la mayor revolución de todas: la comprensión del cerebro humano” y señala que, “estos hallazgos no tendrán impacto sólo en los científicos, sino también entre los humanistas y quizás nos ayuden a trazar un puente entre los que se ha llamado las dos culturas; por un lado las ciencias, y por otro las artes, la filosofía y las humanidades”⁴¹.

Sin duda, “la rama de la investigación científica con mayor crecimiento desde finales del siglo pasado es la Neurociencia, que no sólo ha multiplicado nuestro saber sobre la estructura y función del sistema nervioso, sino que al hacerlo ha modificado todas las disciplinas del conocimiento humano”⁴². En los últimos años la Ciencia ha hecho grandes descubrimientos en relación con la función del cerebro. La Neurociencia se caracteriza por su interdisciplinariedad, abarcando áreas de Neurociencia Básica, Aplicada

40 S. Freud, «Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse» («Lecciones de introducción al psicoanálisis»), lección 18 (1917), en: Studien Ausgabe, vol. 1, edic. de A. Mitscherlich y otros, Francfort del Meno, 2.ª ed., 1970, PP. 283 y s. Cfr 5. Freud, «Erne Schwierigkeit der Psychoanalyse» («Una dificultad del psicoanálisis») (1917), Gesamtelre

Werke, vol. XII, Londres, 1947. p 6-12. CITADO por SPERLING, V. Anales del seminario de Metafísica. p 399.

41 RAMACHANDRAN, Vilayanur. Los laberintos del cerebro, p 19.

42 VVAA. Volumen especial sobre neurociencias. Neurología, Suplementos, p 1.

y Clínica, áreas de Neurobiología Celular, Neuroquímica y Neurobiología Molecular, Neurogenética, Neuroanatomía, Neurobiología del Desarrollo y el Envejecimiento, Neurofisiología, Neuroendocrinología, Neurobiología Comparada, Neurofarmacología, Psicobiología, Neurociencia Cognitiva, Neurobiología de la Enfermedad, Neuropsiquiatría, Neurociencia Computacional y Técnicas Experimentales en Neurobiología, pero también la neurociencia se aplica a campos de las humanidades y se desarrollan estudios en Neuromarketing, Neuropolítica, Neuroética, Neurofilosofía, Neurociencias Sociales, Neuroantropología, Neurociencias del Derecho,...

A nosotros nos interesa el conocimiento entorno al funcionamiento del cerebro en unos apartados más concretos, como son en relación con los procesos creativos, la neuroestética, los descubrimientos en psiconeuroinmunología, la percepción, la respuesta al estrés, o la emoción y el placer.

Por ejemplo, anteriormente apuntábamos, la importancia del Arte en la supervivencia y adaptación al medio; desde una lectura científica la explicación vendría a ser,

“es evidente que nuestra respuesta emocional a las imágenes visuales, es vital para nuestra supervivencia, a través de la integración de la información visual percibida y su conexión con el sistema límbico y la amígdala. Nos dotan de una capacidad para dotar de significado emocional a aquello que miramos y por tanto nos ponen en alerta, si se trata de un estímulo amenazante, por ejemplo”. (...) Y sigue: pero entonces, ¿cómo reacciona el cerebro ante la belleza?, si el arte supone una respuesta emocional estética a imágenes visuales, entonces con seguridad los núcleos cerebrales emocionales estarán implicados en las reacciones que se produzcan⁴³.

43 Op Cit, RAMACHANDRAN, V. p 24-25

Las respuestas a éstas y otras preguntas, tal vez nos den la clave para entender la capacidad terapéutica de la observación de imágenes en espacios de salud, como veremos más adelante. Iremos analizando, aportando datos, desde una visión científica que nos sirvan para intentar dar respuesta a preguntas en relación con lo que hemos denominado globalmente capacidad terapéutica del arte.

Quizá el interés personal que subyace en el presente trabajo es la esperanza de establecer un puente entre la ciencia y las humanidades, o como dice Damasio: “La intención no es reducir la ética o la estética a circuitos cerebrales, sino explorar los hilos que conectan la neurobiología con la cultura”⁴⁴; y en nuestro caso, con la capacidad de curación trabajando las emociones.

3.2 “EL ERROR DE DESCARTES”

“Desde una época muy temprana de mi vida se me había advertido que las decisiones acertadas procedían de una cabeza fría, que las emociones y la razón no se mezclaban, como el aceite y el agua”.

Damasio.

En la actualidad, el estudio de las emociones por los neurocientíficos y su relación con la razón, es un tema central y determinante y cuyos descubrimientos se aplican no solamente en el ámbito médico, sino en casi cualquier campo en el que intervenga el individuo (como por ejemplo la neurociencia aplicada a la economía, al derecho o a la filosofía.) Sin embargo, como se nos indica en el prólogo del libro *El error de Descartes*, del cual tomamos el nombre para éste epígrafe a modo de homenaje, ésta no era la situación en el año 1994 cuando Damasio retoma el estudio de la

44 DAMASIO, Antonio R. *El error de Descartes.*, p 6.

relación del cerebro con las emociones y sus consecuencias en la toma de decisiones y el comportamiento.

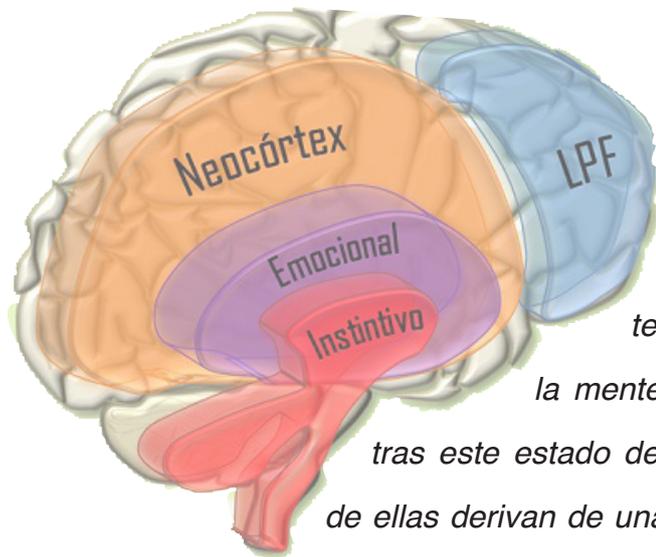
A través de sus investigaciones con pacientes neurológicos con defectos severos en la toma de decisiones, estableció su hipótesis de trabajo (*hipótesis del marcador somático*): las emociones entraban en la espiral de la razón y podían ayudar en el proceso de razonamiento en lugar de perturbarlo. Es decir, “que la razón hace lo mismo que la emoción pero de una manera consciente”⁴⁵.

La hipótesis postulaba que las emociones marcaban, mediante señales que aparecen por debajo del radar de nuestra conciencia, ciertos aspectos de una situación o determinadas consecuencias de posibles acciones. Entra en juego lo que conocemos como intuición. Las emociones aportan información cognitiva al razonamiento mediante sentimientos.

La gran aportación de este neurocientífico fue abrir las puertas al conocimiento del funcionamiento de la mente. Desde entonces muchos otros investigadores se han adentrado en este terreno y realizado otros muchos descubrimientos importantes en relación con la percepción, las emociones, neuronas espejo, neuronas de la belleza, la conducta...

Con anterioridad, la medicina occidental, llegó a la gloria a través de la expansión de la medicina interna y las especialidades quirúrgicas, cuya finalidad era el diagnóstico y tratamiento de los órganos y sistemas enfermos de todo el cuerpo. El cerebro se incluyó en el esfuerzo, puesto que es uno de tales sistemas de órganos. Pero su producto más precioso, la mente, tenía poco interés para la medicina corriente, y de hecho no ha sido el objetivo principal de la especialidad que surgió del estudio de las enfermedades cerebrales: la neurología. (...)

45 Ibídem. p 3.



En la actualidad pocas facultades de medicina ofrecen a sus estudiantes alguna enseñanza formal sobre la mente normal (...) Existen varias razones tras este estado de cosas, y propongo que la mayoría de ellas derivan de una visión cartesiana de la humanidad.

Durante los tres últimos siglos, la finalidad de los estudios biológicos y de la medicina ha sido la comprensión de la fisiología y de la patología del cuerpo propiamente dicho. La mente quedaba fuera, abandonada en gran parte como objeto de preocupación de la religión y de la filosofía⁴⁶.

3.3 IMAGEN, SENTIMIENTO, EMOCIÓN, ... ¿CÓMO INTERVIENEN?

Siguiendo con Damasio, “la medicina occidental se ha ido dando cuenta lentamente de que la manera en que la gente se siente acerca de su condición médica es un factor principal en el resultado del tratamiento”⁴⁷.

Aquí debemos apuntar, que entendemos por “rol de enfermo” según las concepciones de Parsons, en torno a la práctica médica:

Un tipo de rol definido por una serie de derechos y deberes que nuestra sociedad occidental adjudica a los enfermos. Así, estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable (y por tanto, desear mejorar) y a buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación. El deseo de disfrutar de los primeros y de evitar los segun-

46 Ibídem, p 291.

47 Ibídem, p 292.

*dos darían lugar a un complicado y dinámico juego de interacciones entre los distintos elementos sociales implicados en el enfermar. Este modelo aportaba claves muy valiosas para entender el papel social de la enfermedad*⁴⁸.

Derivado de este rol asumido anómalamente, en ocasiones los enfermos participan de la generación de los procesos de morbilidad, ya que como sabemos las alteraciones psicológicas leves o fuertes pueden causar enfermedades. La sabiduría popular siempre supo que era así, pero ahora los investigadores centran su atención en este punto e intentan conocer de qué manera, en qué circunstancias y en qué grado pueden intervenir como entidades nosológicas. No solamente eso, sino que: “sabemos que las alteraciones que nos afectan a la cognición y a la conducta como los trastornos del ánimo, adicciones, el estrés postraumático, pueden ser confrontadas en terapias que utilizan los descubrimientos relacionados con la percepción y la formación de la imagen, la fisiología de la emoción, teoría del apego y efectos placebo”⁴⁹.

La neurociencia, por su parte, nos aporta datos objetivos que demuestran que las imágenes que vemos y las que imaginamos activan la corteza cerebral de una manera similar. Es decir, en otras palabras que son capaces de desencadenar por tanto emociones y sentimientos que modifican nuestra conducta. En adición, lo que dibujamos o realizamos mediante la creación artística nos permite experimentar y ensayar un cambio en nuestra experiencia personal viviéndolo como posible y real por nuestra mente.

Se sabe por ejemplo, que “la estancia hospitalaria se reduce tras la simple exposición a imágenes de la naturaleza desde la ventana de un hospital”⁵⁰.

48 GALÁN A., BLANCO A., PÉREZ M^aA. Análisis del concepto de conducta de enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar.

49 MALCHIODI, Cathy. Handbook of art therapy, p 3.

50 Ibídem, p 3.

“La visión de rostros tristes o felices, o la imaginación de acontecimientos felices, afecta a nuestras emociones y se producen cambios neurológicos, cardiovasculares y hormonales de manera secundaria”⁵¹, como veremos después. Dicho de otro modo, las imágenes inducen cambios psicológicos que a su vez, generan emociones y éstas, desencadenan cambios fisiológicos. Así, la manera en que asumimos el rol de enfermo puede ser modificado desde una intervención con arte, y /o arteterapéutica.

3.4 LA PSICOINMUNONEUROENDOCRINOLOGÍA.

Hay una parte de la comunidad médica que desde finales del siglo pasado, pone en cuestión el modelo tradicional y a través de la psicoimmunoneuroendocrinología propone un nuevo paradigma. Hipócrates, ya hablaba de la asociación entre cáncer y personalidades melancólicas, y sin embargo, no es hasta finales de S.XX cuando se propone un *modelo biopsicosocial* por Engel en el año 1977⁵². De acuerdo con este nuevo paradigma, “no existe una real división entre mente y cuerpo debido a las interconexiones científicamente establecidas entre el cerebro, sistema nervioso, y los sistemas endocrino e inmune según Maier, Watkins y Fleshner, 1994”⁵³.

Según Kiecolt-Glaser, McGuire y Robles: “nuestra forma de pensar, creencias y sentimientos no son nada más que la actividad bioquímica en las células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro de los sistemas endocrino e inmune determinando la salud actual del individuo. La evidencia científica, hoy día demuestra que al modificar nuestros pensamientos estamos modificando nuestra biología”⁵⁴.

51 Ibídem, p 6.

52 MOSCOSO, M. De la mente a la célula: impacto del estrés en psicoimmunoneuroendocrinología, . p143.

53 Ibídem, p 144.

54 Ibídem, p 144.

Para la psiconeuroinmunoendocrinología, “existe una homeostasis entre los cuatro sistemas que interactúan entre sí, y cualquier alteración en uno de ellos se traduce en un desequilibrio en el resto de sistemas. Un buen número de factores pueden mediar en dichas interacciones como pueden ser los factores hereditarios, las emociones, factores ambientales, ...”⁵⁵.

Tal vez, en relación con esta nueva propuesta se encuentre la explicación a algunas de las capacidades terapéuticas del arte. Podríamos asumir, que en la medida en que se interviene sobre las emociones y sobre los procesos cognitivos, el arte influiría sobre este sistema de equilibrio bioquímico produciendo cambios dirigidos a recuperar la homeostasis.

Existen estudios científicos que comprueban la relación Conducta-Inmunidad, por ejemplo hay estudios sobre la mejoría de las cifras de células T-CD4 y un aumento en la proliferación linfocitaria ante mitógenos en pacientes que seropositivos que han recibido apoyo con una intervención psicológica. Estudios que analizan la vinculación entre estrés, depresión, alteraciones de la inmunidad y cáncer⁵⁶. En otros casos, por ejemplo se evalúan parámetros de la inmunidad natural como marcadores de la depresión⁵⁷.

3.5 LA PERCEPCIÓN VISUAL: COMO FRONTERA ENTRE LO INTERNO Y LO EXTERNO

Nuestra interacción con el medio que nos rodea es posible a través de la visión, en una manera cuasi hegemónica, ya que éste es el órgano del

55 Ibídem, p 144-145.

56 SIRERA, R., et al. Inmunología, estrés, depresión y cáncer.

57 SCHLATTER, Javier [et al]. Parámetros de inmunidad natural como marcadores biológicos de la depresión.

sentido predominante. También nos relacionamos con el mundo a través de los otros órganos: gusto, olfato, oído y tactilidad; aunque de una manera diríamos menos preponderante. Es por ello que, el conocimiento de cuáles son las estructuras cerebrales que participan en el procesamiento de la información visual, y cómo lo hacen, han sido objeto de numerosos estudios neurofisiológicos. Cómo funciona el cerebro humano, a partir de los descubrimientos sobre la percepción visual, es ahora más factible.

Sabemos que existe un área visual primaria localizada en el polo occipital cerebral, delimitada por la cisura calcarina. Alrededor de ella se encuentran las áreas visuales secundarias. Además de ellas, ahora se conocen dos áreas corticales más, implicadas en la percepción visual: la ruta ventral o temporal y la ruta dorsal o parietal. La temporal interviene de forma específica en el reconocimiento de objetos y caras (respondería a la pregunta ¿qué?), mientras que la parietal responde al análisis de objetos en nuestro campo visual (respondería a la pregunta ¿dónde?). (...) No sólo eso, sino que por ejemplo, se sabe que existe una mayor activación temporal cuando en asociación al color se suman estímulos con alguna connotación conductual relevante. Es decir, que el análisis del color interviene de manera importante en aspectos atencionales y motivacionales del entorno del individuo.(...) Existe también una asimetría cortical, en cuanto al procesamiento de la información visual con predominancia del hemisferio derecho⁵⁸.

Por otro lado, estudios neurofisiológicos recientes demuestran que además de éstas rutas corticales visuales predominantes, existen otras rutas

58 GIMÉNEZ-AMAYA, J.M. Anatomía funcional de la corteza cerebral implicada en los procesos visuales.

visuales que estarían implicadas en lo que se conoce como “*visión ciega*”; es decir, aunque somos capaces de ver y reaccionar a estímulos emocionales (miedo, tristeza o alegría) nuestra corteza no lo integra, no se hace consciente. Es lo que se conoce como “*visión inconsciente*”. Los núcleos subcorticales y la amígdala intervienen en estos procesos de percepción visual inconsciente. Se sabe, por tanto que nuestro cuerpo es capaz de generar una respuesta emocional a estímulos sin que se llegue a registrar de manera consciente por nuestro córtex cerebral. Es decir, percibimos y respondemos muchísimo más de lo que llegamos a procesar, de ahí la importancia de las intuiciones en la toma de decisiones racionales; además de que en personas con daños cerebrales en la corteza visual pueden ser entrenados para mejorar sus habilidades a partir de su visión inconsciente. “Podemos decir que existen dos niveles de integración de la información y generación de respuestas: unas vías conscientes que forman parte del neocórtex, y unas vías inconscientes que forman parte del paleocórtex”.⁵⁹

Desde el arteterapia, se nos plantea la posibilidad de intervenir a diferentes niveles del funcionamiento de la mente e incluso algunos autores como Lusebrink han desarrollado modelos de trabajo conforme a cada uno de los estadios o fases que de manera incremental intervienen en el procesamiento de la información a nivel cerebral, como luego veremos⁶⁰.

59 GELDER Extracto de la entrevista de Punset. Ver Anexo.

60 LUSEBRINK, Vija B. Art therapy and the brain. an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. p125

3.6 LAS NEURONAS DE LA BELLEZA

“El arte no representa el mundo visual, sino que hace las cosas visibles”.

Paul Klee.

Semir Zeki es uno de los científicos pioneros en el estudio del funcionamiento del cerebro, y del desarrollo de la neuroestética. La neuroestética es la parte de la neurociencia que se ocupa de la investigación del funcionamiento cerebral y su relación con la disciplina filosófica de la estética. Como sabemos, la estética se ocupa del entendimiento de la naturaleza de la belleza y cómo el ser humano interpreta los estímulos sensoriales que recibe del mundo circundante. El Arte es la actividad en la que el ser humano expresa esa belleza, o ideas y emociones a través de recursos plásticos, sonoros, lingüísticos o mixtos. Nunca se ha podido explicar muy bien qué es la belleza, y por tanto qué es el Arte.

Como hemos visto anteriormente, en primer lugar es necesario entender el procesamiento de la información visual y su importancia en la exploración del mundo. Aquí reseñamos algunos hallazgos de la investigación neurocientífica en relación con la percepción de la belleza: “El arte está en el cerebro”⁶¹. Y por otro lado, “para entender cómo funciona la belleza es fundamental el conocimiento de cómo se procesa la información que llega al cerebro, y entender cómo funcionan los centros de integración de distintos tipos de información. La belleza de un objeto puede que no sea universal, pero la base neural para apreciar la belleza probablemente lo sea”⁶².

61 Op Cit. VVAA. Neurología, 2009. p 48

62 Ibídem, p 49.

Gracias a la resonancia magnética cerebral funcional, Zeki descubrió en el año 2003, que el cerebro humano posee unas áreas específicas que son activadas en todos los individuos, en el córtex órbito-frontal, para clasificar las imágenes percibidas visualmente como bellas o como feas.

*Curiosamente, son la misma área cerebral la que se activa más o menos para clasificar las imágenes; se activan de manera similar si las imágenes son clasificadas como bellas o feas pero, con menor intensidad si son imágenes clasificadas como neutras. De la investigación se puede inferir que los cánones de belleza y fealdad están mucho más próximas en nuestra percepción objetiva (cerebral), que en nuestra percepción subjetiva (cultural)*⁶³.

Por su parte, en el 2007 Rizzolatti y sus colaboradores, se cuestionan si la experiencia estética es enteramente subjetiva. Tras realizar sus investigaciones establecieron, mediante técnicas de neuroimagen funcionales,

*que la observación de las imágenes producía una activación de la amígdala derecha cuando éstas eran juzgadas como bellas. Es decir, existen dos zonas cerebrales implicadas en la belleza: la zona del córtex prefrontal y de la ínsula que intervienen en la percepción objetiva de la belleza (o según zeki, de la fealdad); y la otra zona, la de la amígdala encargada de las emociones y de la percepción subjetiva*⁶⁴.

Lo que parece constante en diversos estudios, “es que la sensación de belleza puede estar mediada por dos procesos diferentes, uno es la belleza objetiva: donde se activan determinadas áreas cerebrales que reaccionan

63 KAWABATA, H., ZEKI, S. Neural correlates of beauty..

64 Citado en: SÁNCHEZ, Celia Andreu. Neuroestética: cómo el cerebro humano construye la belleza.

cuando las figuras se ajustan a los cánones de belleza clásicos como la proporción áurea y los fractales; y por otro lado la belleza subjetiva, donde se activan otras áreas”⁶⁵.

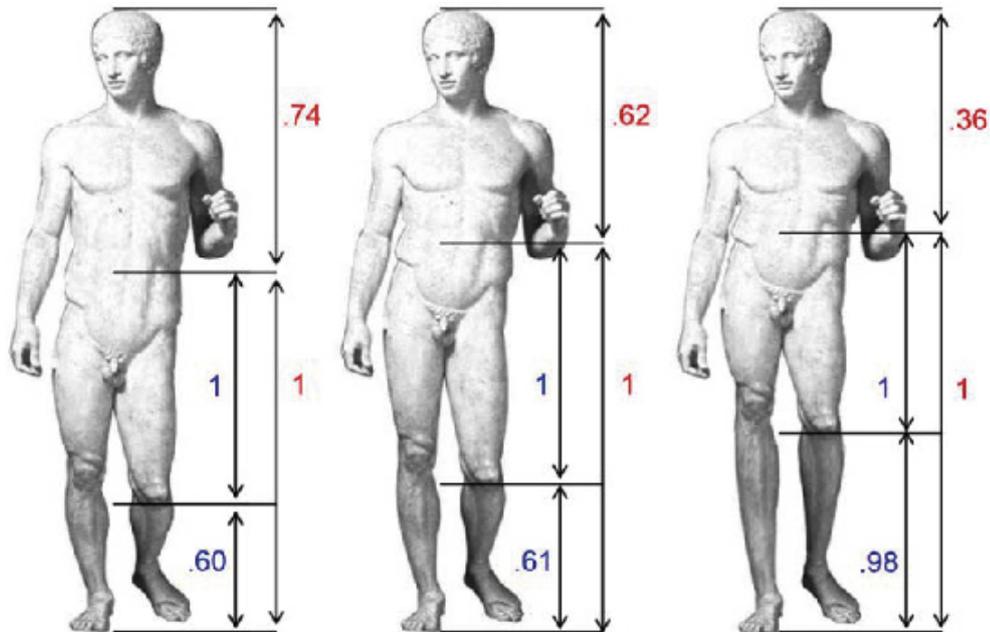


Figura 2. Imagen original de Doryphoros de Polykleitos. Proporciones del cánón y modificaciones. Fuente: Rizzolatti.

Por su parte, otros investigadores, en relación con el cerebro artístico, se cuestionan si existen los universales artísticos; y nos proponen la existencia de 10 leyes universales del arte: hipérbole, agrupación, contraste, aislamiento, resolución del problema de la percepción, simetría, aversión a las coincidencias, repetición (ritmo y orden), equilibrio y metáfora. Y nos explican qué áreas del cerebro relacionadas con la percepción y las emociones, son activadas cuando observamos imágenes que contienen éstos elementos⁶⁶.

65 RIZZOLATTI, G., DI DIO, C., MACALUSO, E.. The Golden Beauty: Brain Response to Classical and Renaissance Sculptures.

66 Op Cit., RAMACHANDRAN. p 49-63.

3.7 NEURONAS DE LA COMUNICACIÓN NO-VERBAL RELACIONAL.

En esta parte del trabajo de investigación, haremos una especial incursión en el terreno de los últimos conocimientos neurocientíficos en el campo de la neurobiología interpersonal y de la neurociencia social. Como iremos viendo, estos hallazgos científicos tienen especial interés respecto a aportar luz en cómo podría el arteterapia y el arte, ser útiles como herramientas al servicio de la promoción de la salud.

La neurobiología interpersonal y la neurociencia social, se encargan del estudio de las interacciones humanas, y la comunicación no-verbal, así como de la integración de éstos en procesos mentales no conscientes.

Según Pally: “la dimensión no-verbal implícita de la interacción contribuye a regular los procesos biológicos de quienes interactúan, incluyendo los niveles de neurotransmisores y hormonas, y el funcionamiento del sistema nervioso autónomo”⁶⁷. La vasta mayoría de la actividad cerebral transcurre al margen de la consciencia, y es por ende, no-verbal e implícita. Por otro lado, se sabe que el desarrollo del sistema nervioso está indisolublemente ligado con el contacto del organismo con su entorno biosocial.

Veremos cómo adquieren relevancia éstos conocimientos en la relación terapéutica entre terapeuta-paciente, y por tanto por analogía entre arteterapeuta y paciente ó usuario.

El cerebro tiene, desde esta perspectiva, la capacidad de percibir y procesar estímulos no verbales, de forma no consciente. Las conductas no verbales son fenómenos que tienden a activar procesos inconscientes de percepción. El sustrato neuronal de los procesos no-verbales implícitos, sobre todo vinculados con los intercambios

67 Citado en: SASSENFELD, A. Neurobiología de los procesos relacionales no-verbales. p 351.

afectivos entre seres humanos, parece estar en gran medida lateralizado al hemisferio derecho. El hemisferio derecho es dominante en el procesamiento implícito de la información, y más allá, en procesos intersubjetivos como la empatía, la identificación con otras personas, la expresión afectiva y la comunicación emocional. Además, los estudios demuestran que el hemisferio derecho está más profundamente conectado con el sistema nervioso autónomo, responsable de muchos de los componentes somáticos de las emociones, que el hemisferio izquierdo⁶⁸.

3.7.1 LA IMPORTANCIA DEL HEMISFERIO DERECHO. LA TEORÍA DEL APEGO

El aprendizaje y el desarrollo temprano de los bebés, depende fundamentalmente de la interacción con su cuidador. De ésta manera, el procesamiento implícito diádico de las comunicaciones no-verbales tempranas es producto de las operaciones del hemisferio derecho del infante en interacción con el hemisferio derecho de su cuidador, se establece una especie de conversación entre sistemas límbicos, que son las estructuras cerebrales relacionadas con las emociones (teoría del apego).

Se produce a través del reconocimiento del rostro y de las expresiones faciales afectivas del cuidador. Lo mismo, se sabe que sucede en adultos. Del mismo modo que en el reconocimiento de rostros y expresiones faciales, sucede el reconocimiento de cuerpos enteros.

Según recoge Gelder:

investigaciones recientes ponen al descubierto un área cerebral (cuerpo extra-estriado) que responde de manera selectiva a la percepción de cuerpos enteros y en mucho menor grado a la de

68 *Ibídem.* A su vez, cita a Schore, neurocientífico relacionado con estudios integra-
dores.

*rostros; y propone la existencia de dos circuitos involucrados en el procesamiento del lenguaje corporal expresivo: un circuito rápido y no consciente de predominio subcortical, (...) y más antiguo, y otro evolutivamente más posterior en la corteza, (...) y además ambos circuitos tienen conexiones con estructuras implicadas en ligar la conciencia del propio estado corporal con la toma de decisiones*⁶⁹.

De este modo, “podemos percibir las intenciones de los otros en relación con los movimientos biológicos del rostro y de los miembros”⁷⁰.

Tal como resume Schore, tanto el cerebro derecho del infante como del adulto:

*está especializado en los aspectos no-verbales de la comunicación, en las experiencias emocionales subjetivas, en el procesamiento de emociones y rostros, en las secuencias recíprocas de las miradas de quienes interactúan, en la percepción auditiva y en la percepción de la prosodia, la entonación, la melodía del habla, la atención y la información táctil. (...) Se ven implicadas numerosas áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento de las emociones del hemisferio derecho, pero también áreas visuales y liberación de hormonas como la dopamina y la oxitocina. (...) El centro por excelencia y que es esencial en el reconocimiento, procesamiento y discriminación de las emociones es la amígdala. Ésta además participa en el almacenamiento de los recuerdos emocionales*⁷¹.

Puede decirse, que el hemisferio derecho parece contener una especie de vocabulario de las señales no-verbales afectivas que se intercambian

69 Ibídem, citada por Sassenfeld. p 357.

70 Ibídem, p 353.

71 Ibídem, p 359-360.

entre seres humanos, y por tanto, es dominante en cuanto a la percepción no consciente de información corporal implícita proveniente tanto del propio cuerpo como de las expresiones corporales de otras personas.

Así,

en una psicoterapia exitosa, las conexiones neuronales sinápticas del cerebro del paciente y tal vez, debiera agregarse del terapeuta, cambian, facilitando en particular cambios en la complejidad del hemisferio derecho. Se han empezado a acumular estudios que demuestran que la psicoterapia literalmente puede alterar la neuroquímica y la fisiología del cerebro. Esto es posible gracias a la plasticidad de los sistemas neuronales frente a nuevas experiencias⁷².

“La plasticidad neuronal, el cambio inducido por la experiencia, podría ser la forma fundamental en que la psicoterapia altera el cerebro (...) En psicoterapia, el foco de atención en diversos dominios de la vida mental, somática e interpersonal puede crear patrones de activación neuronal en el cerebro que posibilita el establecimiento de nuevas conexiones sinápticas⁷³”.

Existe un estado de receptividad del hemisferio derecho que es de gran importancia en la práctica terapéutica, ya que tal estado está vinculado con la recepción y expresión de señales comunicativas somáticas en la dimensión relacional implícita. El hemisferio derecho del psicoterapeuta le permite, por así decir, conocer a su paciente desde dentro hacia afuera.

Nos cuenta Schore,

que así como el cerebro izquierdo comunica sus estados a otros hemisferios cerebrales izquierdos a través de conductas lingüísticas conscientes, de la misma manera el cerebro derecho comunica en

72 Ibídem, p 360.

73 Op Cit. p 60 Sieguel. Citado por Sassenfeld.

términos no-verbales sus estados inconscientes a otros cerebros derechos que están sintonizados como para recibir estas comunicaciones. Por tanto, la psicoterapia no es la cura “por la palabra”, sino la cura por “la comunicación”⁷⁴.

3.7.2 LAS NEURONAS ESPEJO: “EL EFECTO CAMALEÓN”

Las neuronas espejo, descubiertas por casualidad por Giacomo Rizzolatti, son un conjunto de neuronas multimodales que tienen la capacidad de ser activadas de modo directo por medio de diferentes modalidades sensoriales. Son un tipo especial de neuronas visuomotoras descubiertas en investigaciones con monos. Se descubrió que, la observación de movimientos organizados y significativos activa no sólo áreas cerebrales visuales, sino también estructuras involucradas en la planificación y ejecución motora de esas mismas acciones. Para ello, se requiere la observación de una interacción entre un objeto y un individuo que realiza gestos, separadamente no se produce la activación de dichas neuronas.

Ramachandran por su parte, en 1997 demostró que:

el bloqueo de las onda mu en el EEG humano puede proporcionar un índice de la actividad de las neuronas espejo. Este bloqueo se produce cuando un individuo normal mueve voluntariamente la mano o simplemente observa a alguien moviendo la mano. Curiosamente, en niños autistas éste bloqueo se produce cuando mueven voluntariamente la mano pero no cuando observan la mano del otro⁷⁵.

En humanos, la importancia de estas investigaciones radica en la relación que las neuronas espejo podrían tener en la comunicación no-verbal afectiva. “La hipótesis se establece en el supuesto que las mismas estructuras

74 Op Cit, SASSENFELD, A. p 360

75 Op cit. Ramachandran, p 108.

involucradas en el procesamiento y control de las acciones ejecutadas no sólo se activan cuando se detectan tales acciones ejecutadas por otros, sino que algo similar ocurre con la observación de sensaciones y emociones a través de una simulación implícita, inconsciente y automática que produce un estado somático compartido⁷⁶. Como dice Raachandran, “una especie de simulación del tipo Realidad Virtual de los actos e intenciones de los otros”⁷⁷.

En el ámbito de la psicoterapia, algunos investigadores como Wolf, piensan que:

el sistema de neuronas espejo está programado con la capacidad de leer las expresiones emocionales de los demás, posibilitando al psicoterapeuta tanto empatizar en alguna medida con experiencias vitales y afectivas ajenas, como aprehender estados emocionales en presencia de dificultades e inhibiciones en torno al despliegue de las expresiones corporales implícitas correspondientes. Se activaría en el psicoterapeuta una relación empática resonante.(...) Las neuronas espejo constituyen un conjunto relevante de habilidades comunicativas no lingüísticas, que es activo antes de la comunicación no verbal. (...) Cuando una persona observa la expresión facial de otra, en el nivel implícito el cerebro del observador calza los elementos motores de la expresión de la pareja (...) Esta actividad motora es implícitamente ligada en la persona que observa con cambios autonómicos, sensaciones somáticas y sentimientos emocionales asociados a la expresión facial. De esta manera, cuando una persona ve la expresión emocional de otro, la persona recrea

76 Op Cit. Sassenfeld, p 360. Cita a Gallese.

77 Op cit. Ramachandran, p 47.

*como estado interno propio los procesos corporales del otro y la experiencia emocional de lo que el otro “siente”.*⁷⁸

Es lo que se conoce como “efecto camaleón”.

3.8 MINDFULNESS: LA ATENCIÓN PLENA

La atención plena es una técnica aprendida donde se practica la disuasión del pensamiento repetitivo o una técnica de re-orientación cognitiva. La meditación, al igual que la relajación, parece establecido que es capaz de inducir cambios fisiológicos en el sistema nervioso autónomo, producir cambios metabólicos, reducir el cortisol en sangre, así como también es capaz de producir cambios a nivel del sistema nervioso central.

*Con técnicas de investigación funcional como la resonancia magnética funcional, la electroencefalografía, la tomografía con emisión de positrones y la electromiografía, se sabe que durante la práctica de la meditación, al contrario que en la relajación hay un incremento del flujo sanguíneo cerebral, y de las ondas alfa de vigilia, así como un descenso en la tasa metabólica a nivel tisular en extremidades. Lazar, ha demostrado que la meditación, en meditadores habituales, hace que aumente en grosor el córtex cerebral. Se producen modificaciones cerebrales duraderas*⁷⁹.

Por otra parte, existen en marcha estudios actuales sobre como la meditación puede influir sobre la longitud de los telómeros. Se sabe que los

78 Sassenfeld A. Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias clínicas. p 193

79 SIMÓN, Vicente. Mindfulness y psicología: presente y futuro. p 168

telómeros son los extremos de los cromosomas y contienen cadenas de ADN muy repetitivas, que no tienen función codificadora, pero que sirven para proteger la estabilidad del cromosoma. Con el paso de los años o con experiencias estresantes, los telómeros se van acortando y degradando, lo que forma parte del envejecimiento. Actualmente Elisabeth Blackburn, premio Nobel de medicina 2009 por el descubrimiento de la telomerasa, (un enzima que contribuye a formar el ADN de los telómeros alargándolos, con lo que se previene el envejecimiento) se encuentra estudiando los efectos de la meditación sobre los telómeros cromosómicos⁸⁰. En este sentido, los estudios deberán ser ampliados para confirmar la hipótesis de trabajo, pero cuanto menos los hallazgos son altamente sugerentes.

Para concluir, “en la relación terapéutica deben producirse unos pasos previos para que tenga lugar la resonancia (que es el acoplamiento de dos entidades autónomas en un todo funcional) donde terapeuta y paciente quedan conectados formando un todo, aunque permanecen diferenciados. La meditación es una resonancia intrapersonal, mientras que en la relación terapéutica es inter-persona”⁸¹. Siegel define la sintonía como,

el proceso en el que focalizamos nuestra atención en otros y llevamos su esencia a nuestro propio mundo interno, y en ella podemos distinguir tres fases: la primera, la fase perceptiva, en donde nuestras neuronas espejo perciben las señales del otro y pone en marcha una serie de patrones de descarga que afectan a estructuras subcorticales y se traducen en cambios corporales relacionados con las señales procedentes de la otra persona.

80 EPEL, E., ET AL.. Can Meditation Slow Rate of Cellular Aging? Cognitive Stress, Mindfulness, and Telomeres.

81 Op Cit, Simón, p 167

Una segunda fase, la de interocepción, en la que estos estados corporales y subcorticales ascienden por el sistema nervioso y son representados primero en la ínsula posterior y luego en la anterior, creándose primero un mapa primario de la situación y luego un mapa secundario. En la tercera fase, esos mapas llegan a la corteza cingulada anterior y a la prefrontal media, y es cuando atribuimos esos estados percibidos a la otra persona⁸².

3.9 NEUROPLASTICIDAD

“En los cerebros adultos las vías nerviosas son algo fijo, terminado, inmutable. Todo puede morir, nada puede regenerarse... Corresponde a la ciencia del futuro cambiar, si es posible, ese cruel decreto”

Santiago Ramón y Cajal.

“Del fatalismo del *nada puede hacerse* se transita hoy aceleradamente hacia la búsqueda y ensayo constante de nuevas formas de estimular los cambios plásticos que permitan la restauración de funciones alteradas por traumas, accidentes vasculares o enfermedades neurodegenerativas⁸³.”

La neuroplasticidad “es la propiedad del sistema nervioso de modificar su funcionamiento y reorganizarse en compensación ante cambios ambientales o lesiones⁸⁴. La recuperación tras la lesión que tiene lugar después de semanas, meses o años se relaciona con determinados fenómenos como: el crecimiento dendrítico, la formación de nuevas sinápsis, reorganización funcional en el área lesionada o la participación de áreas vecinas u

82 Ibídem, p 166.

83 BERGADO-ROSADO, J.A., ALMAGUER-MELIAN, W. Mecanismos celulares de la neuroplasticidad. p 1074

84 DOUSSOULIN-SANHUEZA, A. Como se fundamenta la neurorehabilitación desde el punto de vista de la neuroplasticidad. p 216.

homólogas del hemisferio contralateral⁸⁵. Los mecanismos neuroplásticos de compensación consisten en la llamada sinaptogénesis reactiva, es decir un crecimiento de axones a partir de neuronas no afectadas o también de ramas colaterales de neuronas dañadas. Lo interesante es que este proceso de recuperación y formación de nuevas conexiones se inician tras la lesión y se pueden apreciar en los modelos de investigación desde los primeros momentos siendo muy intensos en la segunda y tercera semana⁸⁶.

La modificación de las capacidades funcionales de las sinápsis existentes contribuyen a la compensación funcional tras una lesión. Estos cambios en la conectividad sináptica también se consideran hoy día, fundamentales en los procesos de aprendizaje y la memoria. La importancia de las sinápsis en los procesos de almacenamiento de información se ha postulado desde la época de Cajal, y más recientemente en los trabajos de Hebb y Mathies. Estos modelos “conectivistas” de la memoria predicen cambios en la eficacia de la transmisión sináptica, en los circuitos neuronales implicados en la adquisición de nuevos contenidos de memoria⁸⁷.

El aprendizaje y la memoria son procesos correlacionados capaces de sufrir modificaciones en función de estímulos ambientales. “En ambos procesos, las pruebas experimentales y la propia historia personal nos dicen que los efectos de estímulos de muy corta duración pueden persistir largo tiempo. Percepciones que duraron segundos o décimas de segundo en un momento de nuestra vida se recuerdan muchos años más tarde”⁸⁸.

85 Op Cit, Bergado-Rosado, p 1075-107.

86 Ibídem, p 1076.

87 Ibídem, 1076-1077.

88 NIETO SAMPEDRO, M.. Plasticidad neural. p 78.

3.9.1 MEMORIA

“La memoria sería la capacidad del individuo de retener y utilizar informaciones de diferentes maneras y en diferentes periodos”⁸⁹. Existen dos tipos de memoria:

- Memoria declarativa o explícita: es aquella capaz de retener números, hechos, acontecimientos y otras situaciones conscientes. Se puede adquirir rápidamente pero también se olvida con la misma velocidad.

- Memoria no declarativa, subjetiva, de procedimientos o implícita: como la sensación de miedo, o el aprendizaje de habilidades motoras, hábitos y comportamientos. Se recupera de manera inconsciente, difícilmente falla y sufre modulación por variables emocionales⁹⁰.

3.9.2 APRENDIZAJE

“El aprendizaje es el proceso mediante el cual los seres humanos y los animales adquirimos conocimientos sobre el medio ambiente que nos rodea”⁹¹. También tiene dos formas principales:

- Aprendizaje explícito o no asociativo: que se relaciona con los procesos cognitivos. Aquí la respuesta a un estímulo se produce en función del tiempo y se observa a través del comportamiento. Y se produce por dos mecanismos neurofisiológicos: habituación y sensibilización.

- Aprendizaje implícito o asociativo: que tiene que ver con los procesos motores o el aprendizaje verbal⁹².

Y así, por tanto, existen procesos neuroplásticos que intervienen en el aprendizaje y en la memoria y son susceptibles de ser modificados, pues como hemos visto existe evidencia de que los cambios funcionales neu-

89 MACHADO, S. et al. Aprendizaje y memoria implícita: mecanismos y neuroplasticidad. p 543

90 Ibídem, p 545

91 ibídem, p 543

92 Ibídem, p 545

ronales a nivel molecular producen cambios morfológicos. Tras lesiones cerebrales se detectan cambios en las áreas de representación cortical de las funciones⁹³. En el envejecimiento se descubren cambios en las capacidades neuroplásticas que pueden estar relacionadas con las afectaciones de memoria que caracterizan al anciano. En las demencias, una de las hipótesis emitidas respecto al deterioro cognitivo es que existe una pérdida de la plasticidad. En la epilepsia, por el contrario, existen procesos de plasticidad excesivos.

Existen multitud de factores que pueden intervenir e influir en estos procesos neuroplásticos, aparte de los factores metabólicos y neuroendocrinos, se está estudiando los factores ambientales y estilos de vida, en modelos animales. Por ejemplo, la plasticidad se puede inducir con la experiencia y la estimulación sensorial, visual, táctil o somatosensorial; y a la inversa, decrementarse por la privación. El ejercicio físico, provoca cambios mejorando la neuroplasticidad por estimulación sensorial y por cambios hormonales⁹⁴.

Estos datos nos parecen muy interesantes, ya que como hemos ido viendo desde el arte terapia se pueden trabajar la estimulación somatosensorial, táctil y visual a través de los recursos plásticos y diferentes materiales; así, como también el trabajo del aprendizaje y sobre la memoria.

3.10 “LÍMITES Y LIMITACIONES”

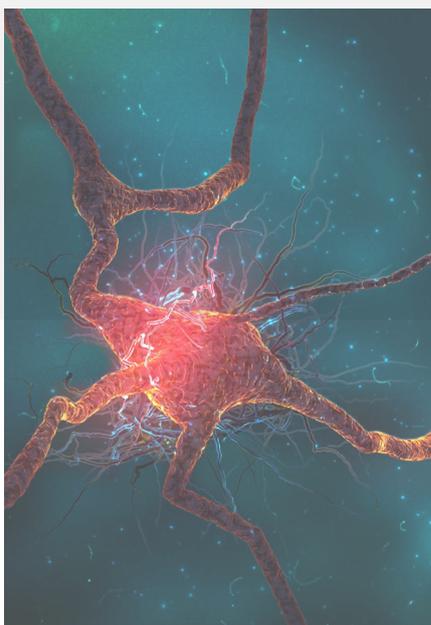
Desde un punto de vista práctico, dado el número de avances técnicos y tecnológicos, y los descubrimientos que se están realizando en torno al funcionamiento de la mente, parece lógico pensar desde un enfoque profano, que deberían existir ya cierto número de respuestas definitivas.

93 Op Cit, Bergado-Rosado. p 1.081.

94 Ibídem, p 1.087.

Científicamente, como dice Damasio, *tal vez la única razón es la complejidad de los problemas para los que precisamos respuestas. La estructura y función de las neuronas: sinápsis, genes, hormonas, redes. Por ejemplo, para aproximarnos a la magnitud del problema, sabemos que existen varios miles de millones de neuronas en los circuitos de un cerebro humano, que las sinápsis entre las neuronas son más de diez billones, y que la longitud de los axones de las neuronas suman del orden de varios cientos de miles de kilómetros*⁹⁵.

Además, se añade complejidad si a los límites científicos se suma que, cada individuo interacciona y funciona en colectivos de seres parecidos; para entender la mente y el comportamiento humanos, por tanto, es necesario tener en cuenta además, los contextos sociales y culturales. Sin embargo, es de esperar que a medida que avanza el conocimiento neurocientífico y los trabajos de investigación en arte terapia, exista un mayor campo de aplicación del arte en contextos de salud.





Fotografía de piezas pertenecientes a la exposición en la Sala Josep Renau de la Facultat de BBAA, de Isidro Ferrer y Pep Carrió, Junio, 2013.

**¿Y SI FUERA POSIBLE
MEDIR RESULTADOS?**

CAPÍTULO 1:

1.INTRODUCCIÓN

En la primera parte de nuestro trabajo de investigación hemos visto como existen ya suficientes conocimientos en el ámbito neurocientífico y en el ámbito arteterapéutico como para inferir que puede resultar útil el uso del arte para mejorar la salud de los individuos.

1.1 ¿CÓMO APROXIMARNOS AL CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DESDE EL ARTE?

Podemos empezar a encontrar algunas respuestas que desde el Arte nos pueden acercar al conocimiento de las enfermedades, ya que:

Si el artista es capaz de crear arte, es decir de transformar la información que tiene de todo lo que le rodea en otra manifestación como pintura, música, escultura...; entonces, las enfermedades neurológicas en los artistas constituyen una fuente de conocimiento, y ofrecen una oportunidad única para estudiar las relaciones cerebro-creatividad, en especial a través de cambios estilísticos que pueden aparecer después de una lesión cerebral¹.

“La aparición de una capacidad artística nueva, que no tenía antes el paciente, es muy poco frecuente pero se han descrito casos después de una hemorragia subaracnoidea, enfermedades como la epilepsia, demencias fronto-temporales, ictus o el Parkinson”².

1 Op Cit. VVAA neurologia, suplementos. p 49.

2 Ibídem, p 50.

También, si se estudian cómo las enfermedades neurológicas pueden afectar a la expresión artística. Por ejemplo, “el estudio de cómo afectan las enfermedades neurodegenerativas a la creación del arte, puede ayudar a conocer las vías anatómicas que se encargan de la creatividad. (...) En la demencia frontotemporal se realizan composiciones más desordenadas, en el Alzheimer son más parecidas a los controles pero con menos colorido, menos detalles y con mayor tendencia a la distorsión facial”³.

Por otro lado, se ha observado que determinados tratamientos médicos pueden provocar cambios en la creatividad y en la apreciación del arte. Así por ejemplo, “en la estimulación profunda para el tratamiento del Parkinson, se reducen éstas capacidades y la hipótesis planteada es que la activación del hemisferio izquierdo conlleva una inhibición del derecho; o también vemos que, si se administran agonistas dopaminérgicos en estos pacientes, se influye en la creatividad potenciándola al actuar ésta hormona sobre el sistema límbico”⁴.

1.2 ¿DE QUÉ NOS SIRVE EL ARTETERAPIA EN CONTEXTOS DE SALUD-ENFERMEDAD?

El arteterapia no solamente es capaz de trabajar las emociones, como ya vimos, sino también a otros niveles cognitivos, y así las aportaciones que desde los estudios neurocientíficos se están realizando, pueden tener su correlación en arte terapia con la aproximación teórico-metodológica psicoeducativa. Así, vemos que arteterapeutas como Lusebrink, Malchiodi, Nucho, entre otros autores, trabajan desde el arteterapia pero teniendo como campo de acción las estructuras cerebrales y su funcionamiento, desde cómo intervienen la percepción visual, lo táctil, lo somatomotriz, lo puramente sensorial hasta la integración con las emociones, lo simbólico, y

3 Ibídem, p 50.

4 Ibídem, p 50.

la construcción de recuerdos.

Lusebrink, arteterapeuta, nos propone una metodología de trabajo progresiva, donde se puede intervenir en la estimulación sensorial visual, somatosensorial, en los mecanismos de procesamiento del sistema motor, en las áreas cerebrales involucradas en los procesos emocionales, en las áreas de los procesos de la memoria y los recuerdos. Para ello, propone diferentes niveles de complejidad en los trabajos arteterapéuticos que a su vez implican procesos cerebrales distintos. Su modelo es el ETC⁵ (Expressive Therapies Continuum):

- Nivel básico: estimulación kinestésica y somatosensorial
- Nivel medio: trabajo a nivel de percepción visual y la afectividad;
- Nivel alto: trabajo a nivel simbólico y cognitivo.
- Existe un cuarto nivel, que él llama nivel de creatividad que se trabajaría al tiempo que se trabajan los otros.

En el nivel básico, el punto de partida es que en toda experiencia artística se incluyen acción motora y sensibilidad táctil, visual y somatosensorial. Estas cualidades se aprovechan en la rehabilitación de pacientes con ictus, Alzheimer y esquizofrénicos. Según Menzen y Carlson la estimulación háptica sirve de puente salvando las áreas cerebrales dañadas ayudando a reconstruir recuerdos, a través de las vías somato-motoras que usan los ganglios basales, ya que éstos se conectan con el hipocampo. El uso de diferentes tipos de materiales hápticos como arena, líquidos o seda, ayuda a estimular el sistema somatomotor⁶.

En el nivel medio, se trabaja la percepción visual y sus vías

5 LUSEBRINK, Vija B. Art therapy and the brain. an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy. p 129-130

6 Ibídem, p 129

cerebrales. El reconocimiento de objetos y sus cualidades son registradas a través de la vía ventral de la percepción visual, localizada en el temporal. Mientras que dónde se localiza espacialmente el objeto y su relación con otros objetos del espacio, se produce en la vía dorsal localizada en el córtex parietal. Como sabemos determinadas enfermedades neurológicas producen alteración en la capacidad para la construcción de formas, siendo según Menzen, un reflejo en la incapacidad de percibir y dibujar gestalts completas se trabajan los procesos de construcción espaciales con bloques de madera o estructuras tridimensionales de foam, así como las relaciones espaciales y enfatizando la estética y el aspecto placentero de la realización de estas experiencias⁷.

Esto se utiliza por que en las lesiones del hemisferio derecho se tienen dificultades para organizar con coherencia espacial, mientras que en las lesiones del hemisferio izquierdo los dibujos son esquemáticos y repetitivos, según Gardner⁸.(...) En este nivel, también se trabaja con las emociones ya que éstas a su vez influyen en muchos aspectos de la cognición como la atención, la memoria, el procesamiento de la información. Por otro lado, la presencia de emociones como miedo, tristeza, alegría, modifican la construcción de imágenes, como cambios en el tipo de trazado de líneas, colores, formas, o las relaciones espaciales. Las emociones negativas estimulan la actividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo siendo percibidas como ansiedad y generando una respuesta estresante. Mientras que las sesiones de arteterapia con el uso de medios artísticos se pueden generar sentimientos positivos.

7 Ibídem, p 130

8 Op Cit. Citado por López-Martínez. p 228.

Se apunta también que se generan ondas similares a las generadas en la relajación, y se liberan hormonas como las endorfinas o la serotonina⁹.

En el nivel cognitivo y simbólico, se trabajan las estructuras del córtex frontal y parietal de ambos hemisferios, cuya función se relaciona con operaciones intelectuales complejas como la resolución de problemas, formación de conceptos, procesos analíticos y secuenciales, pensamiento lógico y la abstracción, así como la intuición y la formación de conceptos multidimensionales. Todo esto es importante para la construcción de la memoria. Desde el arteterapia, se utilizan por ejemplo los arquetipos de Jung, símbolos, Gestalt¹⁰.

No es objeto de este trabajo final de máster, pormenorizar todos y cada una de las propuestas de trabajo que desde el arteterapia se proponen y que se aplican al ámbito clínico, la propuesta de Lusebrink la hemos traído a colación como ejemplo de las estrechas relaciones que en la actualidad se han establecido entre el arte y el conocimiento médico.

Sabemos que desde el arteterapia se están realizando intervenciones en el ámbito clínico y trabajando con enfermos con trastornos mentales (trastornos de personalidad, demencias, psicosis y esquizofrenia, adicciones, trastornos alimentarios), niños, cuidados paliativos, tratamiento del dolor, VIH-Sida, oncología, enfermedades autoinmunes, asma, Alzheimer, ictus,...

9 Ibídem, p 230.

10 Op Cit. Lusebrink, p 131.

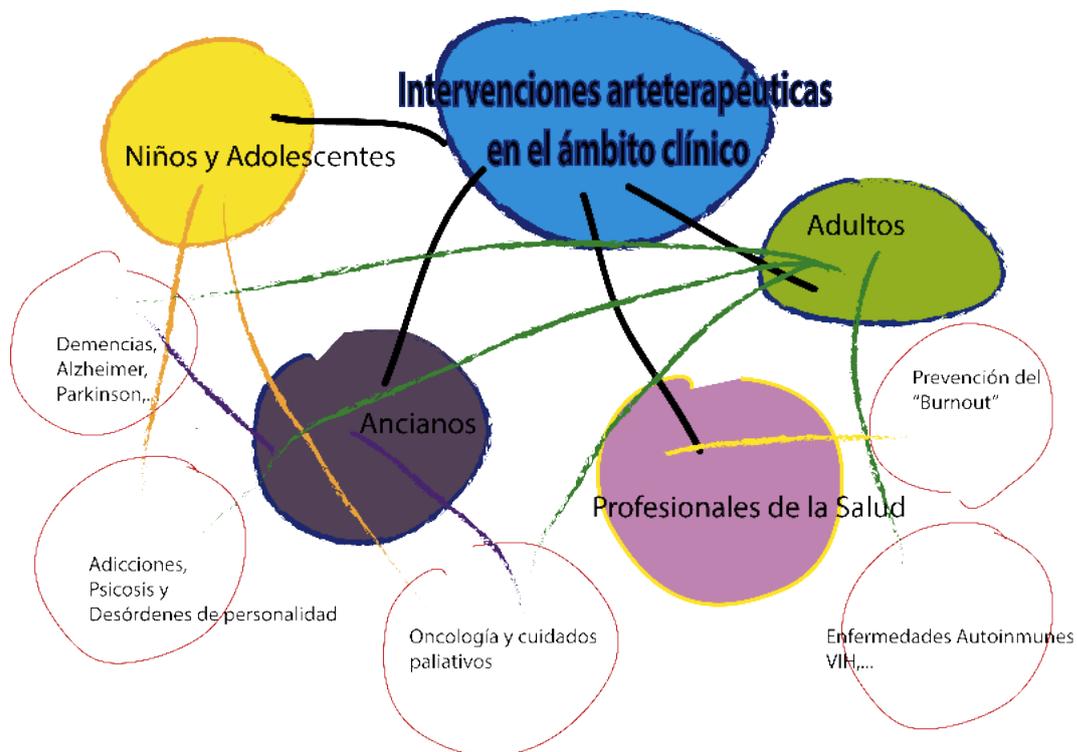


Figura. 3. Intervenciones arteterapéuticas en ámbitos clínicos. Fuente: López Martínez.

Sin embargo, dado que el arteterapia es una disciplina joven, queda un largo camino para establecer una metodología de trabajo que permita la realización de trabajos de investigación homologados, que permitan la comparación de resultados y la elaboración de terapias específicas.

2. ENTRE EL ARTE Y LA MEDICINA

Desde la Antigüedad ha existido una estrecha vinculación entre el Arte y la Medicina. Inicialmente por ejemplo, se tienen datos arqueológicos que recogen cómo se trataban enfermos en las incursiones bélicas, como “en el jarrón de finales de siglo VI a.c. que muestra a Estenelo vendándole un dedo a Diómedes en la guerra de Troya, de acuerdo al relato de Homero”¹¹.

La función del Arte es documentar y enseñar a través de las pinturas, y así vemos lecciones de medicina pintadas en las paredes de las catacumbas romanas del SIV d.c., (...) o en las pinturas de Rembrandt del siglo XVII que pinta la lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp, o ya en el siglo XX representaciones de la cirugía moderna con Otto Dix 1943. (...) En otras ocasiones, el Arte sólo ha querido representar simple y llanamente la enfermedad: Durero en 1522 se pintó a sí mismo en “autorretrato del hombre doliente”, Frida Khalo en “La columna rota” en 1944”¹².



Figura. 4. Lecciones de anatomía de Nicolaes Tulp. Rembrandt. Fuente: <http://fineartamerica.com>

11 STARICOFF, R.; DE KANTOR, I. El arte en el hospital. Editorial.

12 Ibídem

3. EL ARTE Y LOS HOSPITALES

Los hospitales, tal y como los conocemos, surgen en la Edad Media en Italia y Francia. (...) Desde el principio se tiene en cuenta la decoración de las paredes y el diseño de las salas. Se comienza así a aplicar el arte para brindar sosiego y belleza a quienes sufren y requieren ayuda en el hospital. (...) En 1440 se encomienda a dos pintores de Siena la decoración pictórica de la sala principal del Ospedale di Santa Maria della Scala, que a su vez había sido construida siguiendo el modelo del Hotel Dieu de Paris¹³.

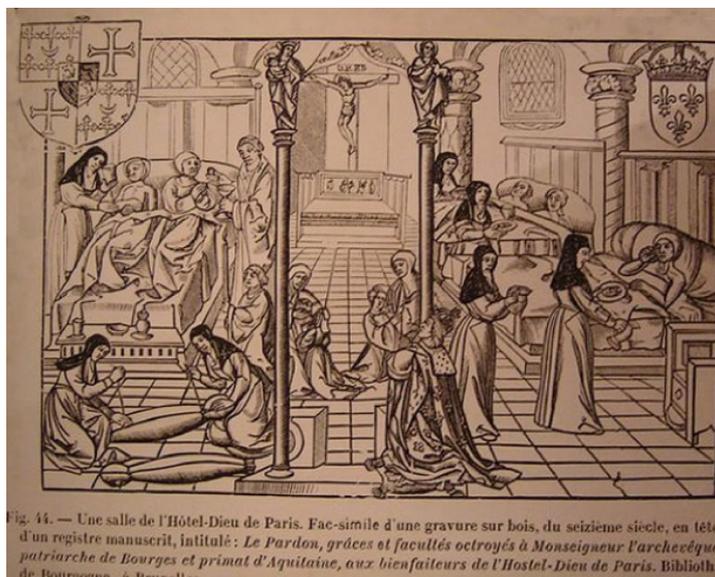


Fig. 44. — Une salle de l'Hôtel-Dieu de Paris. Fac-simile d'une gravure sur bois, du seizième siècle, en tête d'un registre manuscrit, intitulé: *Le Pardon, grâces et facultés octroyés à Monseigneur l'archevêque patriarche de Bourges et primat d'Aquitaine, aux bienfaiteurs de l'Hostel-Dieu de Paris*. Biblioth. de Bourgogne. à Bruxelles.

Figura. 5. Hotel Dieu. Paris. Grabado. Fuente: <http://frenchrenaissancecostume.com>

Sin embargo, “no es hasta mediados del SXX cuando se retoma el interés de la vinculación del arte y los hospitales, apareciendo propuestas en relación con el papel del color en el hospital, por ejemplo Fernand Léger y su proyecto de hospital policromo”¹⁴. En la década de los 50, en EEUU se

13 Ibídem.

14 Ibídem.

pusieron en marcha programas de adquisición de obras de arte desde los grandes centros hospitalarios, como la United Hospital Foundation of New York, la Mayo Clinic, y Cedars-Sinai Hospital en Los Angeles. “Actualmente, en EEUU destacan las iniciativas de la Foundation for Hospital Art que ha desarrollado numerosos proyectos en hospitales involucrando a artistas, pacientes y voluntarios en la tarea de transformación de los entornos hospitalarios; y el programa Arts in Medicine de la Universidad de Florida, que está dedicado a explorar las relaciones entre el arte de la creatividad y el arte de curar”¹⁵.

Por otro lado, la UNESCO tiene un programa de Arte en los Hospitales, y a su vez tiene acuerdos con la Organización Mundial de la Salud y con el consejo de la Comunidad Económica Europea, para trabajar en ese sentido.

En el año 2009 se realizó en Lima el Primer Foro Internacional Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo, organizado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Red Latinoamericana de Arte para la Transformación Social (RLATS). Como resultado de ese encuentro los países participantes suscribieron la *Declaración de Lima*¹⁶, donde entre otros se comprometían a: Impulsar la acción artística transformadora como estrategia de salud y desarrollo, Sistematizar los saberes y prácticas del arte para la transformación social y producir evidencia científica, difundir y extender las propuestas de arte y salud ya validadas, e incluir la dimensión artístico-cultural en el desarrollo de la atención primaria renovada, en las prácticas de promoción y en los proyectos de transformación de programas y servicios de salud.

15 ULLÁN, Ana M^a; MANZANERA, P. Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. p 125

16 Declaración de Lima. Recurso en línea: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/DeclaraciondeLima19agostoVF3Set.pdf>

3.1 EL ARTE EN EL HOSPITAL CONTEMPORÁNEO

En realidad, es en 1993 cuando por primera vez en el Reino Unido, se propone determinar mediante un proyecto de investigación científica, cual es el valor de introducir el arte en un ambiente hospitalario y cual es su papel en la recuperación de la salud. Fue la primera etapa de un proyecto integral, que evalúa cambios biológicos y fisiológicos experimentados por el paciente en presencia o ausencia de artes visuales y/o música en vivo¹⁷.

Fue Staricoff, quien en 2003 realizó este meta-análisis de 385 estudios científicos publicados en la literatura médica, a petición del Arts Council of England, y determinó en sus conclusiones que:

-Existía una fuerte evidencia de la influencia de las artes en el logro de enfoques eficaces para la gestión de los pacientes y para la formación y capacitación de profesionales de la salud.

-Identificó una contribución relativa de las diferentes formas de arte al objetivo final de crear un ambiente de salud terapéutico.

-Y puso de relieve la importancia crucial de las artes en: inducir cambios fisiológicos y psicológicos positivos en los resultados clínicos, reducción del consumo de fármacos, acortamiento en la estancia hospitalaria, incremento en la satisfacción en el trabajo, promocionaba una mejor relación médico-paciente, mejoraba la salud mental, desarrollaba en los profesionales de la salud la empatía hacia personas de diferente género y diversas culturas¹⁸.

Como nos mostró esta autora, existe desde finales del SXX un interés desde la medicina por determinar factores del arte, que contribuyen al establecimiento de la salud en los hospitales.

17 STARICOFF, R.L. Arts in health: a review of the medical literature. p 4-5

18 Ibídem, p 47.

3.2 MEDIADORES AMBIENTALES

3.2.1 VISTAS A TRAVÉS DE UNA VENTANA

Ulrich por su parte en 1984, observó “cómo los pacientes postquirúrgicos colecistectomizados que estaban ingresados en habitaciones con ventanas y vistas a la naturaleza o a elementos naturales, tenían una estancia más corta, menos comentarios negativos de enfermería y menor uso de analgésicos”.

Ulrich y sus colegas, posteriormente en 1993, condujeron un estudio que expuso a 166 pacientes en unidades de terapia intensiva a una de seis condiciones de estimulación visual:

dos imágenes de naturaleza con predominancia de agua y árboles, respectivamente; dos imágenes abstractas similares en complejidad a las condiciones de la naturaleza; y dos condiciones de control. Las personas expuestas a la vista de agua experimentaron menor ansiedad post-operatoria que los pacientes asignados a las otras cinco condiciones visuales. Asimismo, requirieron menores dosis de fuertes drogas para el dolor durante la fase en la sala de internación. Los hallazgos de esta investigación sugieren que colocar fotografías de ciertos ambientes naturales en entornos hospitalarios podría tener una influencia positiva en la recuperación posterior a una operación¹⁹.

19 ULRICH, R.S. View through a window may influence recovery from surgery. p 2.

Este autor ha continuado estudiando el papel del ambiente (físico) hospitalario sobre los pacientes y el personal sanitario. Considerando la hospitalización como “un periodo vivido como estresante y peligroso para pacientes, familias y personal sanitario, donde se pueden adquirir infecciones nosocomiales, o pueden existir errores médicos”, afirma que el siglo XXI, en función de los conocimientos científicos previos, “es una etapa para repensar el diseño de los hospitales, para reducir el estrés en el personal sanitario y en los enfermos y sus familias, para mejorar la calidad asistencial y de vida”²⁰. Realizó una revisión de más de 600 estudios para demostrar la influencia positiva del diseño del hospital en los resultados clínicos.

También se está investigando el efecto de diseñar hospitales con jardines interiores, y se ha evidenciado que sobre todo tiene efecto en los estados de ánimo, mejorando el humor. Whitehouse y colegas, encontraron que los pacientes y familiares que usan los jardines de hospitales informan de un cambio de humor positivo y una reducción en el estrés²¹. Asimismo, las implicaciones de estos hallazgos sugieren que los jardines y la naturaleza en los hospitales pueden aumentar la satisfacción del paciente y los familiares con la calidad de la atención médica en general²².

20 Citado en: Comisión sobre el estado actual del campo. (2009). Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009. Washington, DC: Asociación para el Arte en la Atención Médica, 2009. p 17.

21 Ibídem, p 18.

22 Ibídem.

3.2.2 EL PODER EVOCADOR DE LAS IMÁGENES

“Los psicólogos por mucho tiempo han reconocido que las imágenes son pre-verbales, están profundamente asociadas con nuestras emociones y el inconsciente (...) Los artistas también han reconocido que las imágenes pueden comunicar sentimientos de forma en que nuestras mentes pensantes no pueden comprender. Cada vez que decimos que una pintura, una fotografía, una pieza musical o el aroma de una flor nos emociona de una forma que no podemos expresar, reconocemos el poder de las imágenes”.

Butler.

Determinados autores, están investigando el poder de las imágenes al colocar videomonitores en las salas de emergencia, por ejemplo. Destacan los estudios de Nanda, Debajyoti y McCurry, que proporcionan evidencia de que “los estímulos visuales sufren indefectiblemente un proceso de evaluación estética en el cerebro humano, incluso cuando no se solicita; que las respuestas a los estímulos visuales pueden ser inmediatas y emocionales; y que como los anestésicos pueden ser una fuente de placer, una recompensa perceptiva fundamental que puede ayudar a mitigar el estrés en el entorno de la atención médica”²³.

Como vimos en la primera parte de nuestro trabajo de investigación, la visualización de una imagen genera cambios fisiológicos capaces de producir a su vez cambios estructurales en nuestro cerebro. En este sentido, la tecnología nos proporciona herramientas para la creación de imágenes virtuales y entornos de realidad aumentada, que según se recogen en diversos estudios, pueden tener un impacto positivo terapéutico.

23 Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009).Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009. p 17.

Por ejemplo, según la Asociación Americana para las Artes en los cuidados de la salud, los estudios que usan realidad virtual indican:

Una reducción significativa del estrés y el dolor en niños con cáncer que se someten a procedimientos médicos dolorosos (Wolitzky et al., 2005); una reducción significativa en la conducta del dolor en la atención de lesiones por quemaduras (Hoffman, Doctor, Patterson, Carrougner y Furness, 2000; Hoffman, Patterson, Carrougner y Sharar, 2001), y en procedimientos de accesos de vías para niños con cáncer (Gershon y col.,)²⁴

24 *Ibíd.*, p 17.

4. SITUACIÓN ACTUAL: ¿QUÉ SE APORTA EN LOS HOSPITALES ADEMÁS DEL TRATAMIENTO MÉDICO?

Desde que en el 2003 el Reino Unido se interesara por conocer el estado de la situación respecto al *arte en el hospital*, otros muchos países han seguido sus pasos, fomentando la investigación e implementado programas de trabajo. En 2003 también Canadá realizó una revisión de las investigaciones y publicó un documento²⁵, donde se ponía de manifiesto los beneficios del arte en hospitales. La intervención artística tenía lugar a tres niveles, en educación en pacientes hospitalizados, en mejorar las condiciones ambientales de los hospitales, y programas de talleres de arteterapia con pacientes ingresados.

Las artes están enriqueciendo el proceso de curación trayendo alivio a los pacientes, los visitantes y al personal de los servicios médicos a través del uso de pinturas e imágenes visualizadas televisadas y los programas de arte en las habitaciones de los pacientes, y exposiciones de arte que cuelgan en las salas públicas, la presentación de música en vivo, en las unidades de pacientes, la creación de jardines escultóricos y vegetales en espacios al aire libre, los poetas de apoyo o escritores para introducir a los pacientes y el personal en la escritura creativa²⁶

Otro ejemplo, en 2009 Estados Unidos, la Asociación para el Arte en la atención médica, publicó un informe sobre el estado de la situación del arte en la atención sanitaria y concluyó que:

25 COOLEY. N, ET AL. Arts and Culture in Medicine and Health: A Survey Research Paper.

26 Ibídem, p 10.

Existía un crecimiento en la prevalencia de los programas de arte en instalaciones médicas y un aumento en el apoyo organizativo a los programas y a los profesionales que forman parte de ellos. (...) La investigación sobre los beneficios económicos se encontraba en un estadio incipiente, aunque se intuía un ahorro de costes, ya que la participación en programas de arte disminuía las visitas al médico, y se utilizaba menos medicación. (...) Se apuntaba también que los investigadores habían encontrado evidencia de los beneficios del arte en la atención en los hospitales, casas de cuidados, hogares y otros lugares de la comunidad²⁷.

4.1 ¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO EN NUESTROS HOSPITALES?

De acuerdo con lo que aportamos en la primera parte de este trabajo de investigación, existen diversas corrientes psicoterapéuticas teórico- metodológicas, que han influido en la práctica arteterapéutica: Psicoanalítica, Humanística, Psicoeducativa, donde se podrían agrupar las orientaciones Conductuales, Cognitivo-conductuales y de Desarrollo Cognitivo, y por último Ecléctica o Multimodal. De la misma manera, en los contextos de Salud se trabaja con distintas aproximaciones desde el arte terapia y desde el uso del arte. No vamos a detallar todas y cada una de las intervenciones que se han comunicado en revistas y publicaciones especializadas, pero si apuntar que se introduce en los ambientes hospitalarios la educación en arte, y se está promoviendo la participación de los individuos hospitalizados en proyectos de investigación y talleres creativos con el fin de mejorar la calidad de vida, el estado de ánimo y a la vez conocimientos en arte contemporáneo, o bien se utiliza el arte como mediador ambiental para la humanización de los espacios de salud, o con finalidad psicoterapéutica.

27 Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009). Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009. p 17.

“Existen diversas aproximaciones en los proyectos contemporáneos de arte y salud. Una forma de sistematizarlas es situarlas en dos dimensiones: una dimensión iría desde los aspectos más sociales a los más individuales, y la otra desde los aspectos más centrados en salud a los más artísticos.”²⁸

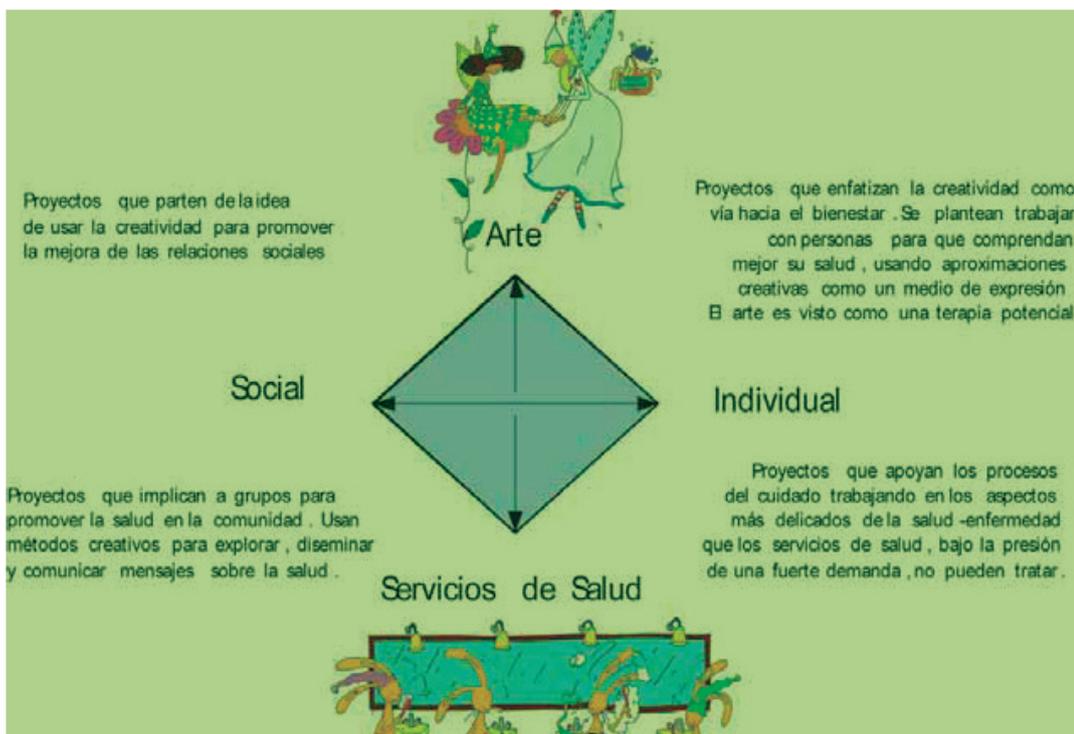


Figura. 6. Dimensiones de las relaciones entre arte y salud (Macnaughton, White & Stacy 2005). Fuente: Ullán y Manzanera.

28 Macnaughton, White & Stacy 136(2005), citados en: ULLÁN, Ana M^a; MANZANERA, P. Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. p 129.

Existirían, por tanto, cuatro campos o formas generales de colaboración/participación/interacción del arte en el ámbito de la salud:

polo social/artístico: se sitúan los proyectos que utilizan la creatividad para mejorar las relaciones sociales.

polo individual/artístico: se sitúan los proyectos centrados en los vínculos entre creatividad y bienestar. El arte visto como una terapia potencial.

polo social/servicios de salud: se consideran aquí los proyectos que implican a grupos para promover la salud en la comunidad, usando métodos creativos para explorar, diseminar y comunicar mensajes de salud.

polo individual/servicios de salud: se consideran encuadrados aquí los proyectos que apoyan los procesos del cuidado, trabajando en los aspectos más delicados de la salud-enfermedad que los servicios de salud no pueden tratar bajo la presión de una fuerte demanda²⁹.

Vamos a apuntar los proyectos que son más relevantes, y que hemos ido conociendo a través de la asistencia a los últimos congresos y reuniones, celebrados en Dénia, Murcia y Madrid entre el 2012-2013.

4.1.1 PROYECTO CurArte I+D

Como nos dicen Ullán y Manzanera, “la humanización de los espacios sanitarios ha de entenderse como parte de la cultura del cuidado del paciente, siendo el arte una estrategia con potenciales implicaciones en la mejora de estos entornos”³⁰.

29 Ibídem, p 129.

30 Ibídem, 129.

Desde el año 2003, la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Salamanca están desarrollando una serie de investigaciones en torno a las posibilidades de mejora de los niños y adolescentes hospitalizados a través del juego, la creatividad y el arte, enmarcadas en el proyecto CurArte. En este proyecto se trabaja desde un punto de vista psicosocial. Recientemente, se está también trabajando con pacientes con Alzheimer y otras demencias.

“La humanización del espacio físico donde se prestan los cuidados sanitarios, es un concepto amplio donde se incluyen aspectos organizativos, relacionales y terapéuticos, además de cuestiones ambientales y sociales“.(...) Si se mejoran estos espacios, “se contribuye a reducir el estrés tanto en pacientes como en trabajadores sanitarios. (...) Se trabajan en los proyectos eligiendo el tipo de taller en función de los objetivos prioritarios: artísticos, educativos, de salud o híbridos”³¹.

Según Ávila y Ascaso, “desde el proyecto curarte I+D, continuando con el esquema propuesto por Macnaughton, se han desarrollado varias acciones que ilustran las relaciones que el Arte y la Salud potencialmente pueden establecer”³²:

31 Ibídem, 129-130.

32 ÁVILA, N.; ACASO, M. Una profesión reconocida en contextos de salud: la educación artística. p 23.

PROYECTOS ARTÍSTICOS SOCIALES

- Programa "Artistas Invitados". Unidad de Psiquiatría de adolescentes Hospital Gregorio Marañón de Madrid
- Programa "Sala de exposiciones". Biblioteca de Paciente del Hospital 12 de Octubre de Madrid

ARTE, CREATIVIDAD Y BIENESTAR

- Programas de Talleres con niños y adolescentes hospitalizados
- Programas de Talleres con enfermos de Alzheimer y otras demencias



COMUNIDADES

- Proyecto "Biblioteca", Hospital 12 de octubre
- Proyecto "Mi jardín cerebral". Proyecto virtual
- Curso de Experto en "Talleres de Arte y Creatividad en contextos de Salud". Universidad Complutense de Madrid

INDIVIDUAL

APOYO A SERVICIOS DE SALUD

- Proyectos de "humanización" de espacios pediátricos
- Proyecto "Efectos del juego simbólico sobre el alivio del dolor en niños hospitalizados". Hospital Universitario de Salamanca

Figura 7. Esquema de trabajos del Proyecto Curarte I+D. Fuente: Ávila y Ascaso.

Este proyecto, busca a través de estas intervenciones, generar conocimientos para convertir en realidades justificadas y necesarias en los espacios sanitarios, dinámicas con programas de arte y talleres de creación. Diez son los talleres desarrollados, hasta la actualidad:

Proyecto House, es una propuesta transformadora del espacio hospitalario

Talleres de Arte con artistas emergentes, Arte contemporáneo y participación en biblioteca del hospital como dinámicas para introducir el arte contemporáneo en los hospitales

Creación de videojuegos, Camalletes de Cine, Tuning, talleres de estampación, talleres diversos de reciclaje, como trabajo de los aspectos creativos.

4.1.2 HOSPITAL DE DÉNIA: PROYECTO CUIDART

El Hospital de la Marina Alta, fundado en el año 2009 y gestionado por la DKV Seguros, es el único ejemplo, pionero y paradigmático, dentro del panorama actual español, de una intervención artística global dentro de un centro hospitalario y en un área de salud geográfica.

Su proyecto artístico, dirigido por Alicia Ventura, se tuvo en cuenta desde el principio con el diseño arquitectónico del hospital, y con la existencia de una sala expositiva dentro del mismo hospital, donde se presentan exposiciones de arte temporales. Además de estos elementos, que indudablemente contribuyen a la humanización y a la mediación simbólica ambiental del espacio, también se exhibe la colección de obras plásticas, escultóricas e instalaciones, y se intervienen con pinturas murales en determinadas salas de ingreso como pediatría, o en las urgencias pediátricas. Se invitan a artistas para realizar intervenciones de arte en vivo, y se realizan talleres de arte terapia y musicoterapia, con diferentes grupos de pacientes como los pacientes que acuden a hemodiálisis, pacientes del hospital de día médico oncológicos, y pacientes del área de hospitalización de psiquiatría, y personal sanitario³³.

Además, se lleva a cabo un análisis cuantitativo de resultados desde el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, con varios estudios en proceso para determinar los efectos de las intervenciones en cada una de las áreas implicadas. Así como mediciones en el impacto económico³⁴.

33 Extracto del artículo: VENTURA, A., et al.. Cuidart: proyecto de arte del departamento de salud de Dénia. *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 23: 165-180, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/36753/35584>

34 Extracto de la entrevista al Dr. Valdivia. Véase documento anexo.

4.1.3 SERVICIO DE NEUROLOGÍA HOSPITAL MURCIA: FUNDACIÓN ALZHEIMUR.

Desde el Servicio de Neurología y la Unidad de Demencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, con la directora médica Carmen Antúnez, en colaboración con el Ayuntamiento de la Ciudad y otras entidades oficiales, se promueve en el año 2006 la Fundación Alzheimer, cuyo objetivo es mejorar la calidad en la asistencia a los enfermos de Alzheimer. En el 2008, en colaboración con el Museo de Bellas Artes de Murcia, surge el proyecto de investigación. MuBAM.

El propósito de la Fundación Alzheimer es: “el de tratar de forma integral la enfermedad con tres actuaciones principales: investigación, formación y atención a los pacientes. Así mismo, se tiene un proyecto para la creación de un centro de día”³⁵. En la actualidad, bajo la coordinación de la doctora en Hª del Arte, Halldóra Arnardóttir se realizan talleres de Arte y Cultura.

Según se recoge en una entrevista de Forcén y Morgado,

En el proyecto se ha tenido en cuenta el diseño arquitectónico, los colores y la distribución de espacios, y la cercanía de los paisajes para evocar la memoria. Además, desde el principio el objetivo ha sido enlazar la ciencia con el arte, ofreciendo al arte como una herramienta de investigación científica en el Alzheimer. El enfoque de la investigación es ver cómo las sensaciones y las emociones forman parte del tratamiento del paciente y, a través de la emoción, tratar de generar un puente entre el pasado y el presente, mejorando así la calidad de vida del paciente y la autoestima(...) Dice la Dra. Arnardóttir, que el objetivo de los talleres no es la curación, lo que se pretende es frenar la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de

35 FORCÉN, P. S. Y MORGADO AGUIRRE, B. El uso de las terapias artísticas con pacientes de Alzheimer. La experiencia de la fundación AlzheimerUr. p 156.

*los pacientes*³⁶.

De otro lado, el proyecto MuBAM, es un proyecto de accesibilidad al Arte para personas con demencia, pionero en España, de los pocos de Europa y emparentado con el proyecto Alzheimer del MOMA. Es un proyecto de investigación, donde el arte se suma a la investigación científica y a la evolución cualitativa de la enfermedad. Se trata de talleres y visitas guiadas al Museo de Bellas Artes de Murcia y al Conjunto Monumental de San Juan de Dios. Se forma personal profesional sanitario y expertos en Hª del Arte, educación y didáctica, para realizar la investigación con la presentación de los itinerarios seleccionados y la recogida de datos mediante encuestas. El objetivo de la investigación es evaluar las posibilidades terapéuticas del arte en personas que sufren deterioro cognitivo, mejorando las capacidades cognitivas de los pacientes y las relaciones interpersonales con las familias³⁷.

4.1.4 OTRAS INTERVENCIONES HOSPITALARIAS

- *“Del Hospital al Museo”*, de Hospital de Día de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, y el Museo Reina Sofía. *“Camas de colores”* en el Servicio de Pediatría del mismo hospital. (Coordinados por la Dra. María Del Río).
- *Proyecto “Feste el teu autorretratar”*³⁸, de Es Baluard Museo de Arte Contemporáneo de Mallorca en la Unidad Pediátrica de Semicríticos de Hospital Universitario Son Dureta.

36 Ibídem, p 157.

37 Información extraída: <http://proyectoalzheimermubam.blogspot.com.es> [mayo 2013]

38 CIFRE, E. Es Baluard, la educación y su relación con el ámbito hospitalario. Primeras experiencias. p 229

- Proyecto “*Corte de manga. Francesc Ruiz*”³⁹, Centre D’art La Panera y el Hospital de Día Infantil y Juvenil del Hospital Santa María de Lleida.
- Proyecto “*Algo más que color. Terapia Habitación de Hospital*”⁴⁰, llevado a cabo por la Asociación sen marco y el Hospital Universitario Santiago de Compostela.
- *Herramientas creativas en el ámbito hospitalario*”, Centre Cultural La Panera en colaboración con el Hospital Arnau de Vilanova y el Hospital Santa Maria de LLeida.



Fotografía de piezas pertenecientes a la exposición en la Sala Josep Renau de la Facultat de BBAA, de Isidre Ferrer y Pep Carrió, Junio, 2013.

39 SANJUAN, R. Proyecto arte y hospital. Centre d’art La Panera.

40 ANTE, B. et al. Algo más que color. Terapia habitación de hospital.

CAPÍTULO 2

Es este apartado de nuestro trabajo de investigación se recogen cuales son los grandes paradigmas en investigación, en ciencias experimentales y en ciencias sociales; y se reflexiona sobre cuales son los métodos de análisis más adecuados para ser utilizados en la investigación sobre arte terapia y en los resultados de las intervenciones artísticas en contextos de salud.

1. ¿CÓMO SE ANALIZAN RESULTADOS EN INVESTIGACIÓN?

“El modelo positivista-empírico domina el paradigma de la investigación científica desde hace más de 300 años. (...) Paralelamente, el hermenéutico-interpretativo es el otro gran paradigma para la investigación en ciencias humanísticas y sociales donde lo que interesa es contextualizar, comprender y relativizar”.¹

Para Habermas, el positivismo tiene como interés poder predecir, en tanto que la hermenéutica únicamente se interesa en la comprensión del sentido: “El saber empírico-analítico, afirma Habermas puede adoptar la forma de explicaciones causales o prognosis condicionadas, que se refieren a acontecimientos observables; el saber hermenéutico (en cambio) tiene por lo general la forma de una interpretación de contextos de sentido transmitidos”².

1 WENGROVER, H. Ciencia y arte: investigación empleando medios artísticos. p 44.

2 HABERMAS, J., 1987. Teoría y Praxis: Estudios y Filosofía Social. Madrid: Tecnos. ISBN 8430914234.

Ante la crisis de la razón en la modernidad, la salida que propone el paradigma crítico está dada mediante una revolución a partir de un giro, de un cambio, que logre una transformación fundamental del concepto de razón. Este giro epistemológico se produce a través del lenguaje concebido para tal fin como una herramienta liberadora, emancipadora de los procesos alienantes de la ciencia y de la técnica. Ahora bien, si el lenguaje es transformador, con él cambiarán las relaciones sociales de dominación y de sometimiento implementadas por el positivismo. Para llevar a cabo este proyecto la razón cumple una función, que desde la propuesta de Hábermas es fundamentalmente una función dialógica por lo cual debe permitir la discusión pública. El proceso de discusión se entiende entonces como un reconocimiento común del poder de la razón y de la riqueza del intercambio de argumentos entre individuos, de las confrontaciones de ideas y de opiniones ilustradas³.

Se trata de realizar un acercamiento a la realidad con la intención de desvelarla y conocerla para intentar mejorarla en determinados sentidos, de acuerdo a los elementos presentes en un momento y contexto específico, sin olvidar la naturaleza compleja de las interacciones que allí se dan. Esto implica plantearse aproximaciones sucesivas que permitan, de acuerdo a un conjunto de cualidades, recrear, reconstruir y repensar la realidad, la cual, se percibe salpicada de las subjetividades de los seres humanos, continuamente sumergidos en las complejidades propias de su naturaleza, lo cual se extrapola al continuo humano en su tránsito por el sendero de la

3 NAVARRO DÍAZ, L. R. Aproximación a la comunicación social desde el paradigma crítico: una mirada a la comunicación afirmadora de la diferencia.

vida.(...)Esta orientación valora en gran medida las vivencias que el ser humano ha tenido como producto de la forma como percibe y vive esa realidad, tomando también en cuenta sus ideas, sentimientos y motivaciones⁴.

1.1 CONTROVERSIA METODOLOGÍA CUANTITATIVA VERSUS CUALITATIVA

El gran paradigma que ha imperado en la investigación en ciencias de la salud es el método científico. Para Pelegrina y Salvador, los objetivos de la Ciencia son diversos, destacando los siguientes:

Comprender la realidad: comprender, describir y explicar los hechos o los fenómenos que ocurren en nuestro mundo constituyen el objetivo básico de la Ciencia, el investigador centra sus esfuerzos en explicar la realidad, para comprenderla y poder predecir cuando sea necesario. La finalidad es ampliar el horizonte del conocimiento, profundizar en él y racionalizarlo. El método de la Ciencia actual es un método inductivo (de lo particular a lo general), pues pretende elaborar leyes universales y teorías planteadas a partir de la experimentación con objetos particulares.

Controlar las condiciones en que se manifiestan los fenómenos: todo científico sabe que el control de las variables que intervienen en su proceso es fundamental para llegar a conclusiones adecuadas. Sin embargo, el grado de control dependerá del objeto del estudio, siendo muy escaso cuando nos referimos al comportamiento de las personas, y muy estricto cuando se realiza experimentación en laboratorios.

⁴ RUEDAS, M.; RIOS M^a M; NIEVES, F. Epistemología de la investigación cualitativa desde una perspectiva compleja. p 627.

Anticipar o predecir hechos y fenómenos: para ello, se requiere tener un conocimiento profundo de los fenómenos, y de las causas que los generan. Este conocimiento se puede adquirir a través de la experimentación y el conocimiento científico.

Generar una teoría basada en principios metodológicos: el investigador ha de centrarse en los datos empíricos y someterlos al filtro de la razón, generando de este modo nuevas formas de entender la realidad. Es fundamental comunicarla, y someterla a la crítica de la comunidad científica.

Hacer extensivo el conocimiento científico: El conocimiento generado se debe extrapolar a otros ámbitos de aplicación diferentes del que dio origen a este conocimiento.

Potenciar las aplicaciones derivadas del conocimiento científico: éste debe ser un conocimiento aplicado.

Formar investigadores y grupos de investigación⁵

La metodología de trabajo que maneja criterios de estudio cuantitativos ha sido usada de manera hegemónica por las ciencias de la salud y las ciencias aplicadas y experimentales. Su carácter predictivo, y sus criterios de objetividad, fiabilidad y reproductividad, entre otros, han servido para la consecución de grandes logros en el conocimiento del mundo que nos rodea. Por el contrario, la metodología de trabajo con estudios cualitativos ha sido casi una forma de análisis denostada por el mundo científico hasta que, insidiosamente se ha ido introduciendo en la metodología de trabajo científico, partiendo de los estudios de las ciencias sociales. Sus detractores tradicionalmente, aluden a la dificultad en valorar el rigor metodológico,

5 PELEGRINA, M., SALVADOR, F. La investigación experimental en psicología. fundamentos científicos y técnicas. Málaga: Archidona, Aljibe, 1999. ISBN: 8487767990.

la falta de objetividad, la ausencia de la capacidad de generalización de resultados, entre otros, para anular la utilidad de los mismos.

En el contexto actual, dependiendo de los parámetros o del objeto de estudio al que se dirigen, se van a utilizar un tipo de herramientas de análisis cuantitativas o cualitativas aceptándose desde el ámbito de la investigación científica, que ambos paradigmas metodológicos son válidos para conocer y ampliar nuestro conocimiento de la realidad.

Así, según Izuel “podemos cuantificar los hechos no así los significados que sólo pueden atenderse desde una perspectiva cualitativa”⁶.

Sin embargo, por otro lado:

*gran parte de la investigación sobre el arte en la atención médica ha sido cualitativa, usando entrevistas, encuestas y observación. (...) Sin embargo, como la eficacia de cualquier tratamiento o procedimiento en un entorno de atención médica generalmente se comprueba por medio de métodos científicos e investigación cuantitativa. Los hallazgos de la investigación cuantitativa probablemente capturarían una mayor atención e quienes toman las decisiones en hospitales y otras instituciones de atención médica y ayudaría a los médicos a alcanzar una mayor credibilidad y apoyo*⁷.

Según se recoge por Ullán y Manzanera: “Existen dificultades importantes para la utilización de los sistemas estándares de evaluación de los programas o proyectos basados en arte en el ámbito de la salud, dificultad para establecer grupos control satisfactorios, obtener muestras de pacientes de tamaño representativo, o dificultad para establecer equipos de

6 IZUEL, M., VALLÉS, J.. Competencias profesionales e investigación en arteterapia. p 22.

7 Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009).Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009. p 14.

colaboradores que pudieran obtener las medidas y analizar e interpretar los datos obtenidos”⁸.

“En Inglaterra, uno de los países con mayor implantación de proyectos de arte en espacios de salud, se describen las siguientes dificultades: la complejidad y la sutilidad propias de la realidad del arte y la creación, el amplio espectro de propuestas, diversidad de agentes que participan, y la gran variedad de temas de salud que pueden ser tratados”⁹.

“Existen en la actualidad en España una falta de criterios comunes metodológicos que no debe impedir plantear estudios rigurosos y plantear directrices para desarrollar un trabajo profesional (...) Existe una necesidad de crear bases de datos para ordenar y sistematizar las acciones, y poder generar así un campo para la investigación y la evaluación”¹⁰.

1.2 ANÁLISIS CUALITATIVOS

La investigación cualitativa no sólo está reservada a los científicos de las ciencias sociales sino que actualmente los investigadores de las ciencias de la salud usan diferentes metodologías cualitativas, porque estos abordajes permiten investigar fenómenos que desde la perspectiva cuantitativa son difíciles de estudiar. Por ejemplo, según describe Wengrower, “la investigación cualitativa se relaciona con aspectos a los cuales la epidemiología estadística no llega. Esta modalidad explora entre otras cosas las actitudes, creencias, preferencias, tanto de los pacientes como de los profesionales”¹¹. Además de que “los estudios de calidad pueden contribuir a evaluar la calidad del cuidado de la salud y a complementar la

8 Op. Cit. ULLÁN, Ana M^a; MANZANERA, P. Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico. p 129.

9 Op Cit. Según Clift, citado en: ÁVILA, N.; ACASO, M. Una profesión reconocida en contextos de salud: la educación artística. p 25.

10 Ibídem. p 24

11 Op cit. citado en: WENGROVER, H. Ciencia y arte: investigación empleando medios artísticos. p 45

investigación cuantitativa”¹².

En el análisis de la realidad con un enfoque cualitativo se contextualiza el objeto de estudio, y se pueden estudiar casos específicos que no pueden ser analizados de otra manera. En el mundo posmoderno, conformado por múltiples realidades construidas, es necesario disponer de estas herramientas de estudio.

Green y Britten, puntualizan que:

*Los aportes del método cualitativos son: naturalismo, al llevar a cabo estudios en su hábitat natural informan de los aspectos contextuales; interpretación, los métodos cualitativos distinguen entre información objetiva y el significado subjetivo que ésta tiene para los pacientes y o los profesionales implicados; proceso, siendo éste un aspecto que también los métodos cuantitativos se proponen seguir, la continuidad de los efectos del tratamiento; y la interacción y el relativismo de factores y de información*¹³.

Estos autores, señalan que “la elección metodológica debe basarse en el carácter de la pregunta que motiva la investigación aplicada empleando medios artísticos. (...) Actualmente se recomienda el empleo de métodos mixtos. De este modo, permite lograr transmitir el carácter sutil y especial de las terapias a través de las artes, conocer la experiencia por la que pasan los pacientes”¹⁴, y así, permite observar en profundidad el proceso.

12 CASTILLO, E., VÁZQUEZ, M.. El rigor metodológico en investigación cualitativa. p 164.

13 Op cit. citado en: WENGROVER, H. Ciencia y Arte: investigación empleando medios artísticos. p 45

14 Ibídem, p 46.

1.2.1 TIPOLOGÍAS DE ESTUDIOS CUALITATIVOS.

En el trabajo de investigación que nos ocupa, analizamos cómo la metodología cualitativa se utiliza de forma generalizada en el ámbito del arteterapia, así como en el análisis de parámetros de calidad en sanidad, y en aquellos aspectos subjetivos que no son medibles de otra manera.

“Los estudios cualitativos centran su atención sobre los fenómenos, estudiando y registrando los datos de forma narrativa, dando importancia al sujeto y a las fuentes documentales, de forma que es posible obtener diversas interpretaciones de los datos y de la realidad”¹⁵.

Los principales métodos de estudio cualitativos utilizados en la investigación en arteterapia son:

Investigación-Acción: complementa acciones experimentales de investigación con otras de tipo social

Historias de vida o métodos biográficos: tienen carácter narrativo y permiten ordenar, relacionar y contrastar los datos alrededor de líneas argumentales que permiten lecturas coherentes de los hechos.

Ej: Arteterapia como Coadyuvante en la quimioterapia (Lage de la Rosa, 2010)

Casos estudio: se pretende comprender un caso en profundidad, sin pretender generalizaciones. Ej: Las paredes cuentan (Ullán y Manzanera, 2009); Hemiplejía, Afasia, Neuroplasticidad y Arteterapia, (Albillo, 2007); Arteterapia, Parálisis cerebral y Resiliencia (González-Mohino Barbero 2007).

Etnografías: la recogida de datos se realiza desde la observación participante. El investigador participa de la fuente de información.

15 Op cit. IZUEL, M.; VALLÉS, J. Competencias profesionales e investigación en arteterapia. p 23

Teoría fundamentada: la recogida de datos se hace mediante la interacción humana (entrevistas, observación participante, etc) y se obtienen formulaciones teóricas de la realidad, comparando y contrastando datos que permiten conceptualizar contenidos, sin fundamentar esos logros en la comprobación y constatación.

Método observacional: se recopila datos sin introducir variables, sólo se observa y se recogen datos que los participantes realizan de forma espontánea.

Fenomenología: pretende describir significados a partir de experiencias vitales.¹⁶

1.2.2 ¿CUÁNDO ES APROPIADO INVESTIGAR CON MEDIOS ARTÍSTICOS?

Wengrower nos indica que existen tres circunstancias genéricas, que son:

Cuando un tema ha sido poco estudiado o definido, ya que los medios artísticos ofrecen una indagación exploratoria, descriptiva a partir de la cual a posteriori se podría establecer preguntas delimitadas y examinadas cuantitativamente.(...)

Cuando la información que se busca forma parte de un contexto imbricado de modo tal que cualquier manipulación de variables provoca cambios cardinales en la experiencia y en la información que produce. (...)

Cuando el objeto de la investigación se relaciona con sentimientos, actitudes, relaciones,...¹⁷

16 Ibídem, p 23.

17 Op cit. citado en: WENGROVER, H. Ciencia y Arte: investigación empleando medios artísticos. p 47-48

Nos parece importante, tener en cuenta estas matizaciones acerca de cuando es oportuno utilizar métodos artísticos y análisis cualitativos, ya que en un entorno de enfermedad, explorar cualitativamente aspectos emocionales y ver su relación con la realidad es una manera de acercarse al paciente, de conocer su implicación en su proceso de morbilidad y mejorar su responsabilidad para con su propia evolución y su asunción de la realidad para poder iniciar un camino a la recuperación, o a la mejora de los estándares de su calidad vital. Por otro lado, nos ofrece la posibilidad de estudiar los aspectos emocionales que rodean al personal sanitario y que permiten mejorar su relación con los pacientes y con los acompañantes.

1.3 ANÁLISIS CUANTITATIVOS

La metodología de investigación cuantitativa se basa en el uso de técnicas estadísticas y análisis de datos, para conocer ciertos aspectos de interés sobre la población que se está estudiando. Las partes representan el todo, siempre y cuando las muestras se escojan de manera aleatoria. Estas técnicas tienen la virtud de plantear una serie de pasos que permiten estudiar de forma estandarizada, acotando los sesgos del investigador. Es por definición objetiva, y reproducible¹⁸.

En la investigación clínica se utilizan diversos tipos de estudios según lo que se quiere evaluar. No es objeto de este trabajo de investigación detallar las características específicas de cada tipo de estudio.

¹⁸ HUESO, A., CASCANT, M^a J. Metodología y técnicas cuantitativas de investigación.

Según los tipos de análisis en función de lo que se evalúa, tendríamos:

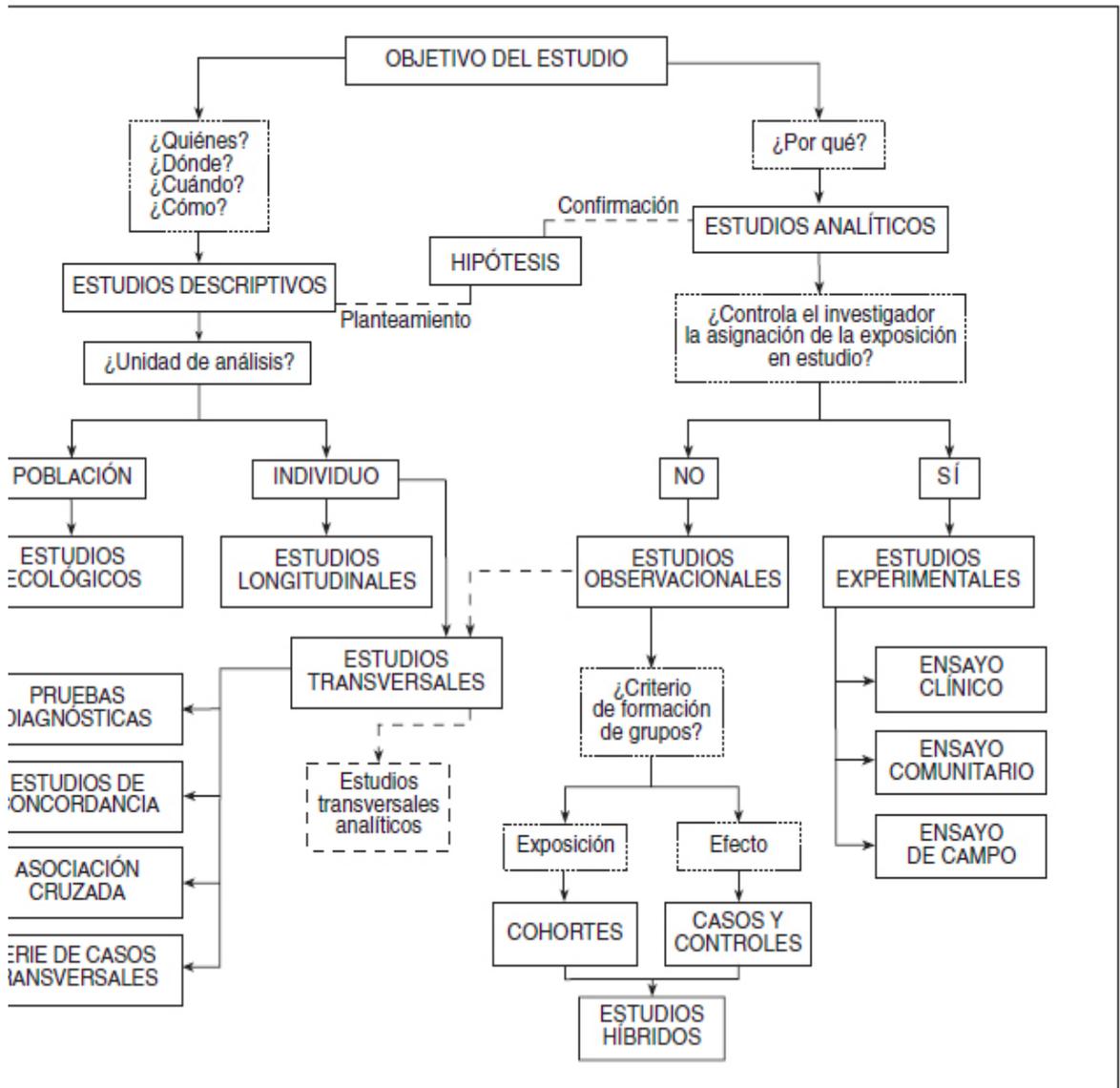


Figura. 8. Tipos de análisis cuantitativos. Fuente: Seoane T, et.al. www.cochrane.es

Se debe proceder al diseño de la investigación a realizar, definiendo las variables y la muestra de la población, para después definir cómo se va a recolectar la información. Bien desde fuentes indirectas o secundarias,

como fuentes documentales y estadísticas; o bien de manera directa mediante la encuesta o medición de variables cuantitativas, como magnitudes de variables objetivas (tensión arterial, FC, parámetros de la analítica sanguínea), o cuestionarios sobre datos subjetivos como actitudes, opiniones. Para la medición de actitudes, existen escalas que permiten medir el grado de conformidad del encuestado . Por ejemplo: la escala Thurstone y la de Guttman, con dos variables, la escala de Likert de cinco variables, y el diferencial semántico de Osgood, de siete variables¹⁹. Existen, otras escalas para medir el dolor o la ansiedad por ejemplo.

Tras la recolección de los datos, se debe pasar a la fase de interpretación de resultados mediante métodos estadísticos, que nos aportarán la información necesaria que corrobore o desestime la hipótesis inicial de trabajo. La elaboración de conclusiones y la comunicación y difusión de los resultados serían las últimas etapas del análisis cuantitativo del método de investigación.

La Fundación Nacional para el Arte y la Asociación para el Arte en atención médica, ambas contextualizadas en EEUU, ofrecen tres razones para la falta de investigación controlada sobre arte en la atención médica de EEUU:

Es costosa y requiere de conocimientos y metodologías de investigación; los estudios de investigación son altamente competitivos en busca de apoyo en instituciones que ya experimentan recortes de presupuesto y recursos ajustados; y, por último, los médicos y los miembros del personal administrativo no están de acuerdo con respecto al valor de realizar investigación sobre arte en atención médica con los mismos modelos utilizados en la investigación tradicional de atención médica²⁰.

19 Ibídem.

20 Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009).Informe sobre el

En España, existen apenas ejemplos de investigación rigurosa con análisis de datos y metodología cuantitativa, reseñamos dos ejemplos recientes:

- Ensayo aleatorizado sobre el efecto de un programa de promoción del juego en el dolor postoperatorio en los niños: con muñecos duele menos²¹.

- Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en una UCI pediátrica: donde se miden variables cuantitativas de datos fisiológicos (FC,FR, Sat O2), variables psicológicas (llanto, risa, sueño,..) y sociales (grado de interacción adulto-bebé). Se trata de un estudio con diseño longitudinal, prospectivo, experimental, controlado, teniendo como variable independiente la música²².

2. LA IMPORTANCIA DE LAS INVESTIGACIONES

La importancia de los estudios cualitativos en relación con la generación de conocimiento científico, se valora por algunos autores “por la contribución a la ampliación y desarrollo del corpus del conocimiento existente. Se apuesta por la realización de meta-análisis a nivel de estudios comparativos en diversos países, para el establecimiento de indicadores comunes y meta-análisis teórico”²³.

En el ámbito del arteterapia, la investigación es uno de los retos actuales. “El objetivo es mejorar los resultados de la intervención arteterapéutica y a la vez incrementar los conocimientos de la propia disciplina y contribuir al corpus de otras disciplinas”²⁴.

estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009. p 14.

21 ULLÁN, Ana M^a et al. Ensayo aleatorizado sobre el efecto de un programa de promoción del juego en el dolor postoperatorio en los niños: con muñecos duele menos

22 OLMOS BARROS, M^aJ. Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátricos.

23 SANDIN, P. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. p 239

24 Op cit. IZUEL, M.; VALLÉS, J. Competencias profesionales e investigación en arteterapia. p 21

Según García LLamas, la finalidad de la Ciencia consiste en alcanzar el mayor grado de generalización en el enunciado de leyes y teorías científicas, con el fin de poder explicar los fenómenos por medio de las causas que los generan, sometiendo en la medida de lo posible dichas condiciones experimentales a los diseños del investigador. El conocimiento científico se caracteriza por su objetividad, sistematicidad, metodicidad, verificabilidad y comunicabilidad²⁵.

A nivel práctico, parece existir evidencia de que los programas de arte en atención médica ofrecen una serie de beneficios que ayudan a mejorar la calidad de vida del personal sanitario, y de los pacientes, así cómo probablemente a reducir costes económicos.

Como ya hemos ido viendo, en países como UK, EEUU, Canadá, y Australia, llevan muchos años implementando programas de arte en relación con espacios de salud así como investigación. A continuación se detalla por grupos de trabajo, los beneficios que se apuntan en esta revisión de la literatura americana, son multitud:

2.1 MUSICOTERAPIA

Según la Asociación Americana de musicoterapeutas, trabajan en muchos entornos con clientes con trastornos psiquiátricos, con problemas de alcohol y drogas, trastornos neurológicos, y los que están perturbados emocionalmente, con discapacidades. También trabajan con las personas mayores y con pacientes en fase terminal. La terapia musical también se ha encontrado beneficiosa en un sentido preventivo, ayudando a reducir el el estrés, el estrés en partos..²⁶

25 GARCÍA LLAMAS. Métodos de investigación en educación. Aportaciones de la investigación cualitativa y evaluativa. 2004. Disponible en: 20040215_495038-1.rm

26 COOLEY. N, et al. Arts and Culture in Medicine and Health: A Survey Research Paper.

Una gran cantidad de literatura de investigación sobre los beneficios del arte en la atención médica con pacientes se relaciona con la música, que ha demostrado ser efectiva en:

Aumentar el nivel de confort post-operatorio (Polkki, Vehvilainen-Julkunen, & Pietila, 2001);

Reducir el uso de sedantes durante los procedimientos (Loewy, Hallan, Friedman, & Martínez, 2005; Walworth, 2005);

Reducir la ansiedad en niños a quienes se aplican yesos por lesiones ortopédicas (Brice & Barclay, 2007);

Mejorar la depresión, la ansiedad y las relaciones en pacientes psiquiátricos (Choi, Lee, & Lim, 2008);

Aumentar la frecuencia cardíaca y mejorar el puntaje de conducta en infantes prematuros en la unidad de terapia intensiva neonatal, obteniendo un sueño más profundo (Arnon y col., 2006);

Reducir la incidencia de la pausa respiratoria en infantes prematuros, donde la respiración cesa por 10 segundos o menos (Arnon y col., 2006; Shepley, 2006);

Mayor calidad y prolongación de la vida para las personas a quienes se diagnosticó cáncer terminal (Hilliard, 2003);

Menor ansiedad, depresión y trastornos en el humor en pacientes que se someten a trasplantes de células madre (Cassileth, Vickers, & Magill, 2003);

Aumento o reducción del crecimiento de células humanas neoplásicas y normales (Sharma, Kauffman, & Stephens, 1996);

Reducción del período de internación en tres días para infantes prematuros en una unidad de terapia intensiva en comparación con un grupo de control (Coleman, Pratt, Stoddard, Gerstmann, & Abelm, 1994);

Reducción de la frecuencia cardiaca, frecuencias respiratorias y demanda de oxígeno de miocardio para los pacientes que se recuperan de infarto de miocardio (White, 1999);

Reducción de los niveles de presión arterial en mujeres embarazadas que esperan ser atendidas en una clínica prenatal de alto riesgo (Staricoff & Loppert, 2003);

Reducción del dolor durante la inyección intramuscular (Fowler-Kerry & Lander, 1987), dolor durante aspiración de médula (Pfaff, Smith, & Gowan, 1989), dolor después de la cirugía (Steinke, 1991), dolor por la punción del talón en recién nacidos ((Bo & Callaghan, 2000), y el dolor asociado con enfermedades graves (Bailey, 1986; Nolan, 1992);

Reducción de la percepción del dolor en personas con artritis reumatoidea (Schorr, 1993); y

Reducción de náuseas y vómitos en adultos que se someten a trasplante de médula (Ezzone Baker, Rosselet, & Terepka, 1998), después de tratamientos o cirugía (Standley, 1992; Steinke, 1991), y después de la anestesia o quimioterapia (Keller, 1995).

Varios estudios han tratado el uso de la música para el manejo del estrés. Por ejemplo, Ryan-Wenger y Walsh (1994) informaron que niños en edad escolar con asma han identificado escuchar música como una de sus cuatro estrategias más efectivas y utilizadas con mayor frecuencia para el manejo de su enfermedad. La música también ha demostrado ser efectiva en: Despertarse menos debido al estrés (Pelletier, 2004); Reducir las conductas de estrés en bebés internados (Marley, 1984); Reducir el estrés entre los visitantes en la sala de espera de cirugía/terapia intensiva en un hospital (Rothieux, 1997); Producir relajación durante la cateterización cardíaca

(Micci, 1984); *Reducir la ansiedad antes de la cirugía* (Kain, Wang, Mayes, Krivutza, & Teague, 2001) y en pacientes ambulatorios que se someten a sigmoidoscopia flexible (Chlan, Evans, Greenleaf, & Walker, 2000).

Grasso y colegas (2000) informaron acerca de los beneficios de la música para establecer fisioterapia de tórax de rutina —un componente importante de la terapia profiláctica para niños con fibrosis quística —como una experiencia positiva para los niños y sus familias.

En un estudio de adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Bauldoff, Hoffman, Thomas, Zullo y Scirba (2002) encontraron que escuchar música promovió la observancia de un régimen de caminata después de completar el programa de rehabilitación pulmonar.

Otros investigadores informan la efectividad de la música en aumentar significativamente la inmunoglobulina salival A (IgA), un anticuerpo que proporciona defensa contra varias infecciones (Lane, 1990), y los niveles de saturación de oxígeno en bebés, un indicador de la regularidad respiratoria directamente afectada por el estado de conducta de la persona y el grado de dolor (Collins & Kuck, 1991; Standley & Moore, 1995).²⁷

²⁷ Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009). Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009.

2.2 ARTES PLÁSTICAS Y VISUALES

Las terapias con artes plásticas se desarrollaron, inicialmente para utilizar el poder de la expresión artística visual como un medio para conciliar los conflictos emocionales, reducir la ansiedad, desarrollar habilidades de afrontamiento y aumentar autoconciencia y de la autoestima, sobre todo para los niños, y las personas con demencia o enfermedad mental.²⁸

Algunos de los beneficios documentados en el informe americano de participar en las artes visuales o en actividades de terapia artística incluyen:

Reducción de los síntomas de malestar y mejora de la calidad de vida para las mujeres con cáncer (Monti y col., 2006);

Mejorar la depresión e influenciar sobre los niveles de fatiga en pacientes con cáncer bajo quimioterapia (Bar-Sela, Atid, Danos, Gabay, & Epelbaum, 2007)

Reducir los síntomas agudos en pacientes pediátricos con trauma (Chapman, Morabito, Ladakakos, Schreier, & Knudson, 2001);

Mayor apoyo, fortaleza psicológica y nuevas visiones acerca de su experiencia del cáncer para personas que han participado en terapia artística/programa de educación del muesos (Deane, Fitch, & Carman, 2000); y

Fortalecimiento de sentimientos positivos, alivio del malestar y clarificación de cuestiones existenciales/espirituales para pacientes con trasplante de médula en aislamiento (Gabriel, Bromberg, Vandenvoenkamp, Kornblith, & Luzzato, 2001).²⁹

28 Op. Cit. COOLEY. N. et al. Arts and Culture in Medicine and Health: A Survey Research Paper. p 11.

29 Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009).Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009.

2.3 DANZA/MOVIMIENTO TERAPIA

Según la Asociación Americana de danza terapia, la teoría fundamental detrás de la danza y la terapia de movimiento es que la mente y el cuerpo están relacionados entre sí, por lo que se efectúan cambios en los sentimientos, la cognición, el funcionamiento físico y conducta, "y por lo tanto puede promover la integración emocional, cognitiva y física de los individuos"³⁰.

Los hallazgos documentados más recientes con respecto a los beneficios de la danza incluyen:

Ser la primera en una lista de actividades recreativas que contribuyen más al retraso en la aparición de la enfermedad de Alzheimer para las personas con riesgo de contraer la enfermedad (Verghese y col. 2003);

Mayor movilidad en las personas con fibromialgia (Bojner-Horwitz, Theorell, & Anderberg, 2003);

Mayor equilibrio y movilidad en personas con enfermedad de Parkinson (Hackney, Kantorovich, Levin, & Earhart, 2007).

La terapia de la danza/movimiento para mujeres con cáncer de mama incluyen el trabajo de Serlin y colegas (Serlin y col ., 2000), Sandel y colegas (2007) y Dibbel-Hope (2000). Los tres muestran una mejora en las variables relacionadas con el funcionamiento psicosocial, la imagen propia y la calidad de vida.

Otros trabajos sobre el impacto de la terapia de la danza/movimiento sobre las variables de calidad de vida en personas con enfermedades médicas incluyen el estudio controlado aleatorizado de Goodill con adultos con fibrosis quística, que muestra mejoras en el cumplimiento de los regímenes de cuidado (Goodill, 2005a)

30 Op. Cit. COOLEY. N. et al. Arts and Culture in Medicine and Health: A Survey Research Paper.

Un gran estudio multicéntrico controlado de terapia de la danza/ movimiento para adultos mayores con trastornos neurológicos (Berrol, Ooi, & Katz, 1997). El último estudio documentó una fuerte satisfacción de los pacientes y una mejora en los parámetros de interacción social y en el funcionamiento psicomotriz. Un estudio inicial de Westbrook & McKibben (1989) utilizó un diseño cruzado para comparar la terapia de la danza con el ejercicio para los pacientes con Parkinson y encontró que sólo la terapia de la danza aumentaba el funcionamiento psicosocial.

El trabajo en entornos médicos incluye el de Cohen y Walco (1999) donde las artes creativas se integraron totalmente en los servicios de hematología/oncología para apoyo de desarrollo, terapia de grupo y para mejorar la forma de manejar la situación³¹.

2.4 LITERATURA, REDACCIÓN CREATIVA Y NARRACIÓN

Los estudios que utilizan la redacción creativa como intervención informan:

Mejor calidad de vida para las personas con cáncer después de una única sesión de redacción de 20 minutos mientras esperaban su cita con el médico (Morgan, Graves, Poggi, & Cheson, 2008);

Mejor función pulmonar en estudiantes de secundaria, estudiantes universitarios y adultos con asma después de una expresión emocional escrita (Bray y col., 2003);

Menos visitas al médico y menos quejas por síntomas (Pennebaker, 1997, 2004); y

31 Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009). Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009.

Mayor salud y bienestar emocional (Pennebaker, 2002).

La narración puede ofrecer un medio a las personas para tratar indirectamente con miedos y realidades difíciles (Freeman, 1991)

Los niveles de depresión en las personas a quienes se indicó la lectura de ficción, poesía o literatura seleccionada se redujeron en comparación con las personas en un grupo de control que no participaron en la lectura guiada. La narración ha resultado en un mayor nivel de bienestar relativo para las personas con demencia leve a moderada que participaron en terapia de reminiscencia de grupo en comparación con quienes participaron en actividades grupales o tiempo no estructurado (Brooker & Duce, 2000).

La narración también se ha utilizado para ayudar a los niños a tratar con el dolor mental y físico (Heiney, 1995).

En 1794, antes del uso de anestésicos, un joven se sometió a una cirugía para la extracción de un tumor. Durante la operación le narraron una historia tan interesante que absorbió su atención y eliminó el dolor de su conciencia. Este verdadero creyente en el poder de la historia, Jacob Grimm, escribió Blancanieves 18 años más tarde (Hilgard & LeBaron, 1984)³².

2.5 TEATRO

Según la Asociación Nacional canadiense de dramaterapias,

La terapia de teatro es un enfoque activo que ayuda al cliente a contar su historia para resolver un problema, lograr una catarsis, comprender el significado de las imágenes, y fortalecer la capacidad

32 *Ibidem.*

de observar las funciones de la personalidad y aumentar su flexibilidad. Los beneficios específicos obtenidos a menudo en la terapia de teatro incluyen: reducción de los sentimientos de aislamiento, desarrollo de nuevas habilidades y una mayor capacidad para expresar una gama más amplia de emociones. Dramaterapia es útil en una gran variedad de entornos, incluidos hospitales psiquiátricos, centros de salud mental, en centros de día, hogares de ancianos, centros para personas con discapacidad física / desarrollo / aprendizaje, programas de tratamiento de abuso de sustancias, escuelas, empresas y centros penitenciarios (...) Dramaterapia puede ser especialmente beneficioso para las personas con "trastornos asociados con el envejecimiento"³³

2.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LESIONES

Según McDonald, Antunez y Gottemoeller, el arte puede trabajar al servicio de la educación sobre la salud de cualquiera de las siguientes formas:

Lograr la participación de las personas;

Conocer una comunidad;

Modificar la conciencia y modificar los mensajes de educación sobre la salud;

Atraer la atención sobre un problema de salud;

Promover la construcción de una comunidad;

Promover la curación³⁴.

33 Op. Cit. COOLEY, N. et al. Arts and Culture in Medicine and Health: A Survey Research Paper.

34 Op. Cit. Comisión sobre el estado actual del campo. (2009). Informe sobre el estado actual del campo: Arte en la Atención Médica 2009.

Otro ejemplo:

El estudio nacional multi-céntrico de dos años de Cohen midió el impacto de programas culturales en la comunidad conducidos por profesionales sobre salud general, salud mental y actividades sociales para personas mayores de 65 años (Cohen, 2006). Se realizó en la metrópolis de Washington, DC; Brooklyn, NY y San Francisco, CA. Cada centro contó con un grupo de intervención formado por personas mayores que participaban en un programa semanal de arte participativo y un grupo de control formado por personas que participaban en sus actividades corrientes de la manera habitual. Un resumen de los resultados preliminares indica que el grupo de intervención, en comparación con el grupo de control, experimentó lo siguiente:

Salud general significativamente mejor;

Significativamente menos caídas y menos daño a las caderas;

Significativamente menos visitas al médico;

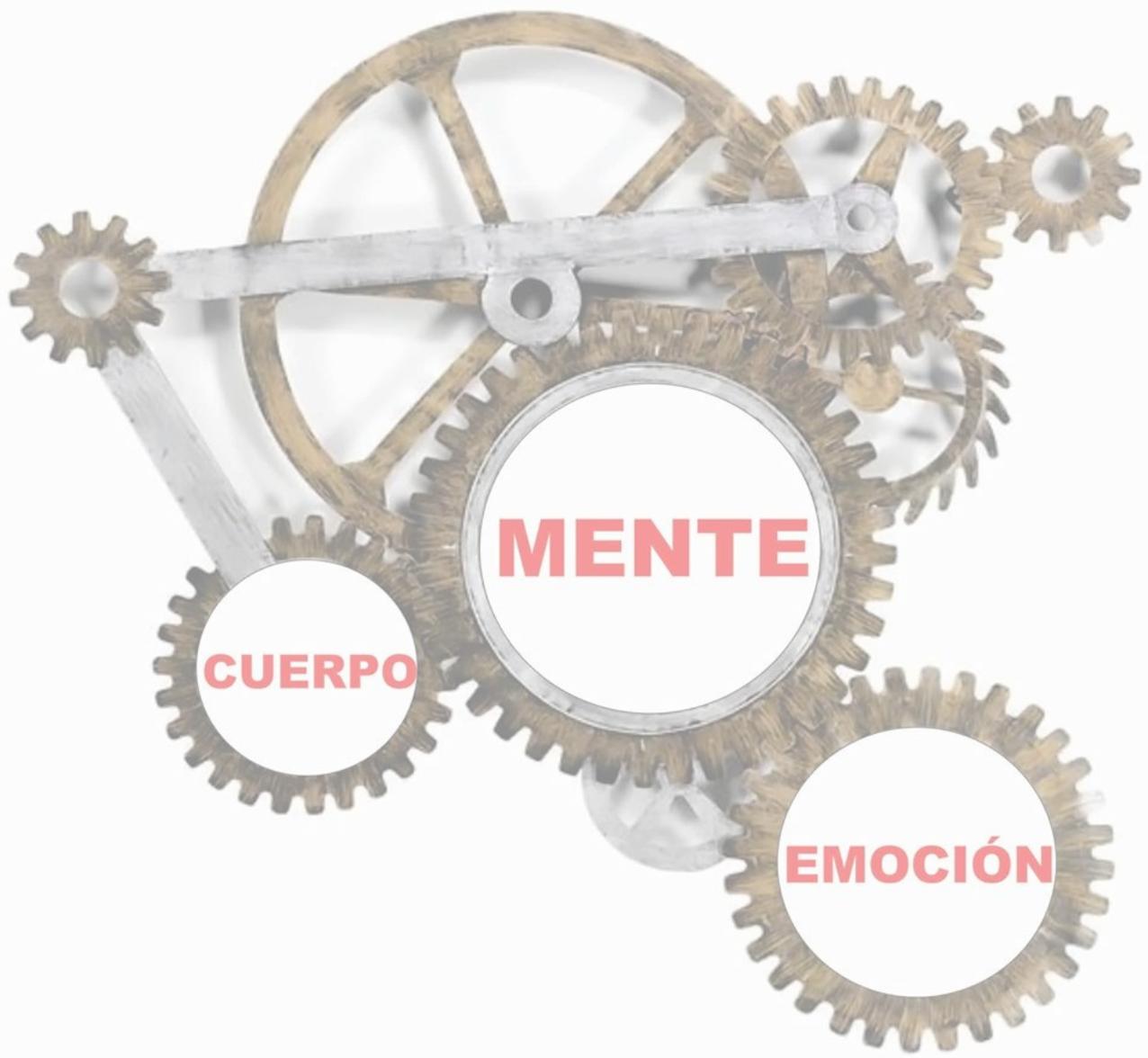
Reducción en el uso de medicación;

*Menos problemas de visión*³⁵.

Como se reseña en esta revisión de la literatura americana, son multitud los estudios que parecen apuntar beneficios positivos sobre la salud de las intervenciones en Arte y arte terapéuticas. Sin embargo, desgraciadamente pocos son los estudios rigurosos metodológicamente, como así se comprueba en los poquísimos estudios de revisión sobre arte terapia que se han podido realizar. Por ejemplo, en el año 2002 el National Institute for Health Research tras una revisión de estudios cuantitativos en Medline

35 Ibídem

y PsycINFO, sobre eficacia de las terapias de arte concluyó que existía la necesidad de estudios con mayores tamaños muestrales y de relación coste/beneficio, y que los investigadores deberían proporcionar información detallada paso a paso sobre el tipo de intervención de la terapia de arte, de manera que las preguntas de validez externa puedan ser cotejadas, ya que los datos de los estudios que analizaron demostraron que no eran valorables.



C ONCLUSIONES

A lo largo de nuestro TFM hemos realizado un recorrido teórico desde la interdisciplinariedad de aproximaciones teóricas, desde el ámbito de la Ciencia y desde el ámbito del Arte. Así, hemos traído a este trabajo de investigación las aportaciones que nos han parecido más relevantes y relacionadas entre sí, con puntos de visión y conocimientos compartidos que nos pudieran ofrecer claridad sobre los procesos que desde el Arte y el arte terapia tienen que ofrecer al ámbito de la Salud, en su recuperación y/o desde la prevención. Nos hemos acercado al tema desde una visión global como nos propone la Organización Mundial de la Salud, intentando abarcar lo que influye en el bienestar físico, psíquico y social del individuo. Y todo ello, teniendo en cuenta las posiciones conceptuales dentro de un contexto social posmoderno. Hemos intentado encontrar un punto de equilibrio entre lo poético y simbólico del Arte y lo rígido y lo súper-especializado de la Ciencia.

Hemos tratado de proyectar una visión de conjunto, ofrecida en parte desde una mirada personal conseguida por el conocimiento profundo del ámbito médico hospitalario, y todo lo que conlleva la experiencia en clínica e investigación científica; junto a mi otra mirada sobre lo que lo inefable del Arte es capaz de ofrecer al individuo, gracias a la experiencia atravesada y recorrida transversalmente durante los dos años de realización de este máster de investigación en la Facultat de Belles Arts de València. Ya dicho queda, por tanto, que lo que aquí ha sido recogido, intenta una aproximación a ese lugar de encuentro que es el individuo enfermo, y sobre el que tienen lugar procesos no solamente biológicos-mórbidos, sino también psico-emocionales y sociales.

Durante la realización del Máster, hemos ido adquiriendo herramientas para construir un lenguaje creativo más rico y ampliar el universo de imágenes personales. Hemos ido intuyendo y procesando cómo desde

la obra gráfica, la escultura, las instalaciones, el vídeo o la fotografía, se articulaban a través de los diferentes lenguajes lo que la experiencia y el proceso de creación podían ofrecer a mi propio recorrido vital. Ha sido muy enriquecedor poder explorar nuevas formas de sondear lo subjetivo y lo personal, así como la reflexión consciente sobre todo ello.

De camino, y cruzando verticalmente esta experiencia, va tomando conciencia el “estar-entre”, entre la medicina y el arte. Contextualizar y actualizar conocimientos, y poder apreciar si existen coincidencias que contribuyan a mejorar los ítems que circunscriben a los individuos en contextos de salud, ha sido la intención de este trabajo. Hemos incidido en aproximarnos a conocer cuál es la situación actual en cuanto a las intervenciones artísticas especialmente en el ámbito hospitalario, porque que es el ámbito de donde provengo.

En cuanto a resultados, los datos que hemos ido extrayendo a través del análisis y la documentación estudiada, por un lado nos muestran que en España, respecto a la situación internacional existe un decalaje temporal de varias décadas en lo que a intervenciones arte-sanitarias se refiere. En España, apenas contamos con algunos ejemplos de intervención en nuestros hospitales, mientras que en otros lugares, el arte como mediador ambiental y mediador educativo lleva muchos años utilizándose. En el Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y en general en todos los países anglosajones, existen asociaciones y fundaciones cuyo fin es promover, financiar y evaluar, el arte y su uso en relación con la salud. Arts Council England, Arts and Health Network Canadá, Arts and Health Australia, Arts Council and Arts & Health Ireland o Society for the Arts in Health EEUU, son sólo algunos ejemplos.

De otro lado, específicamente desde el arteterapia ocurre algo similar. En otros lugares si existe difusión y uso de terapias artísticas en contextos

hospitalarios, no sólo desde las artes plásticas y visuales, sino también desde la musicoterapia, la danza/movimiento terapia, la dramaterapia y escritura creativa. El arte terapeuta es un profesional reconocido. En España, existen pocas experiencias hospitalarias arteterapéuticas, y si las hay suelen estar en relación con trabajos de investigación vinculados a las universidades. Tal vez tenga que ver con todo ello, el propio recorrido del arte terapia en nuestro entorno. Podría decirse que acaba de nacer en nuestro país como ámbito de conocimiento y actuación con apenas una decena de años de implantación. Esto, unido a las diferentes miradas epistemológicas y metodológicas, hace que sea difícil realizar una valoración de resultados.

La investigación en éste contexto, por tanto, no ha hecho sino comenzar. Casi, existe una controversia conceptual respecto al enfoque que tienen que tener los estudios de investigación. Los arte terapeutas sólo aceptan la individualización de cada caso terapéutico, y por tanto sólo desde análisis metodológicos cualitativos pueden ser abordadas las investigaciones. De otro lado, los métodos cuantitativos son exigidos para poder obtener un reconocimiento de validez, en cuanto a praxis terapéutica. En nuestro trabajo concluimos que:

la investigación es necesaria,

que los métodos de análisis deben ser rigurosos sin importar si el objeto de estudio es una cualidad o una variable cuantificable,

y que los métodos cualitativos y cuantitativos deben ser utilizados ambos como necesarios y contribuyentes al conocimiento exhaustivo de los procesos arte terapéuticos, y de sus resultados.

De otro modo, siendo excluyentes ambos métodos, o siendo poco rigurosos, no podremos abarcar todos los matices que de manera caleidoscópica tienen lugar en los pacientes durante su viaje hacia la recuperación de la salud y/o la mejora de condiciones emocionales en estos entornos. Aunque

existen, investigaciones científicas publicadas en revistas internacionales sobre resultados e intervenciones arteterapéuticas, éstas son escasas y en su mayoría con poco rigor metodológico que hace inadecuada la extrapolación de resultados. En un tiempo futuro, es de desear que se diseñen y realicen estudios de calidad metodológica que permitan ampliar conocimiento en este ámbito.

Sobra aludir al tópico “el arte no cura”, ya lo sabemos. Provengo del paradigma científico occidental. Sin embargo, precisamente por pertenecer al mundo médico-hospitalario y conocer cómo funcionamos entre esos contextos, inferimos lo importante que puede resultar el trabajo con las emociones a través del arte, tanto en los pacientes, como en los acompañantes, y así mismo, en el personal sanitario. Como coadyuvante en el soporte emocional del individuo mientras se encuentra enfermo, el arte terapia es seguramente una estrategia de enorme utilidad.

Por último, no podemos obviar otros enfoques arte terapéuticos que nos parecen muy interesantes y esperanzadores. Seguramente se conocen los efectos beneficiosos sobre los enfermos psiquiátricos afectados de procesos psicóticos, o sobre personas con autismo, con depresión, con adicciones, con trastornos de la imagen corporal, con niños ingresados en hospitales pediátricos, con enfermos con cáncer, ... Para nosotros, es el paciente afecto de enfermedades neurológicas, como las neurodegenerativas tipo demencias, lesiones focales por enfermedades vasculares, afecciones difusas o focales postraumáticas, o postinfecciosas que afectan al nivel cognitivo y/o motor, el que pensamos que puede ser el target perfecto para las intervenciones arte terapéuticas por su capacidad de trabajar otros niveles de comunicación, las vías sensitivas y somatosensoriales secundarias, además del trabajo específico sobre la situación emocional que padecen estos pacientes. La capacidad del cerebro para remodelarse tras una

agresión, es el sustrato sobre el cual los arte terapeutas, probablemente puedan trabajar y contribuir junto a otros tratamientos más ortodoxos, en conseguir suplir las funciones perdidas. Esta sería la propuesta para la hipótesis de trabajo en futuras investigaciones: Evaluar los cambios que se producen en el cerebro afectado por este tipo de procesos neurológicos, al intervenir junto a los demás tratamientos convencionales, mediante el arte terapia. Este tipo de estudios deberían ser realizados por un equipo de trabajo interdisciplinar que incluyera a médicos, enfermería, arteterapeutas, acompañantes e investigadores.

Finalmente, hemos realizado una propuesta de acción teórico-práctica muy concreta para poder llevar al terreno práctico una pequeña muestra del trabajo realizado durante nuestra investigación.

Nos proponemos, mediante la realización de una intervención artística efímera: acercar el Arte a los pacientes y el personal sanitario, facilitar la humanización del espacio sanitario, y modificarlo temporalmente.

Somos conscientes, por nuestra propia experiencia como personal médico hospitalario, de la importancia del manejo de las emociones durante el tiempo en el que los individuos se ven inmersos en un proceso mórbido largo como son las enfermedades crónicas. Así mismo, debido a la realización del Máster en Producción artística, somos conscientes del papel que el Arte puede ejercer como mediador en contextos hospitalarios y como humanizador de espacios. Lugares donde tienen que coexistir los individuos enfermos, sus circunstancias personales, las de sus familiares y las del personal sanitario; es decir una gran amalgama de elementos que deben convivir en un tiempo y un espacio llamado hospital. Esa transición entre el devenir diario habitual del individuo y la necesidad de recibir un tratamiento crónico, inevitablemente altera el desarrollo de la cotidianidad del individuo y la de sus familias. Entender que el hospital además de ser el sitio donde acudir a

recibir un tratamiento médico, donde debes asumir un rol de paciente y todo lo que ello conlleva (“cambio en la concepción de la vida, en los deberes para con el personal sanitario, nuevas normas,...”), puede ser un lugar que favorezca el desarrollo del conocimiento en procesos artísticos, del arte contemporáneo y al mismo tiempo, un lugar donde se genere una ventana que conecte al individuo en un nuevo contexto alejado de la mirada social “como enfermo crónico”, donde poder desarrollar su capacidad creativa e imaginativa, trabajando con el hemisferio cerebral derecho, encargado a su vez de las emociones, y favorecer el diálogo e intercambio de experiencias creativas entre individuos, familiares y personal sanitario.

Proponemos: Generar “CONTENEDORES DE RECUERDOS”.

Antes de la realización práctica, tendrá lugar una breve sesión introductoria donde: nos presentaremos, y realizaremos una breve descripción de lo que será el proyecto. A continuación, se les propondrá mediante una breve presentación la participación voluntaria y la aceptación de la recogida de datos durante la realización del proyecto mediante la grabación de imágenes. Siempre asegurando la preservación de la intimidad y respetando la ética profesional, sólo se utilizarán con fines de investigación. Se firmará una hoja de consentimiento informado. Se les proyectarán imágenes de artistas contemporáneos que utilicen el “Collage” de imágenes y objetos para la creación de su obras. Se comentará sus procesos creativos, y las obras generadas. De este modo se contextualizará nuestra intervención y se les facilitará a los que finalmente participen las herramientas discursivas necesarias para su propia creación.

En la segunda fase, durante la realización práctica: se tratará de generar unos contenedores de madera y metacrilato individuales que se colocarán instalados en las paredes de las salas donde tendrá lugar la intervención.

A su vez estarán interconectados unos a otros a modo de canal de transmisión de experiencias y contenidos. En su interior los participantes (personal sanitario, familiares y pacientes) serán invitados a colocar objetos que traerán a la sesión, y que previamente hallan/hayan seleccionado. Se les propondrá que realicen una narración breve que cuente la historia del objeto seleccionado y lo que para ellos representa. Se seleccionará una palabra de la historia que se relacione con el objeto y ésta será colocada también en el contenedor, también se les pedirá que se cite un lugar que sea o haya sido importante en sus vidas para ser editado y colocado en el buzón. Luego se unirán los buzones mediante hilos conductores que los conecten al encontrar similitudes de contenidos entre ellos. Para concluir, se les invitará a conocer las obras realizadas con los mismos criterios, en otras salas del hospital.

Por último, nos parece importante recoger y registrar lo que sucede en la intervención para poder sistematizar datos y usarlos en investigación. En este caso, dadas las características tan breves en el tiempo, y sin poder hacer un seguimiento de sesiones y comparar datos, realizaremos un registro de imágenes mediante video que grabe las intervenciones de cada uno de los participantes del grupo. Así mismo, realizaremos recogida de datos con un registro visual in situ representado por un círculo, donde situaremos en el perímetro a cada uno de los participantes con un punto de color e iremos anotando cada una de las veces que interviene, incluido al conductor/a del taller, y si ésta intervención genera respuestas y en quienes. Para ello, es necesario la presencia de un segundo observador externo. Luego se cotejarán los datos obtenidos, con los datos del registro videográfico.

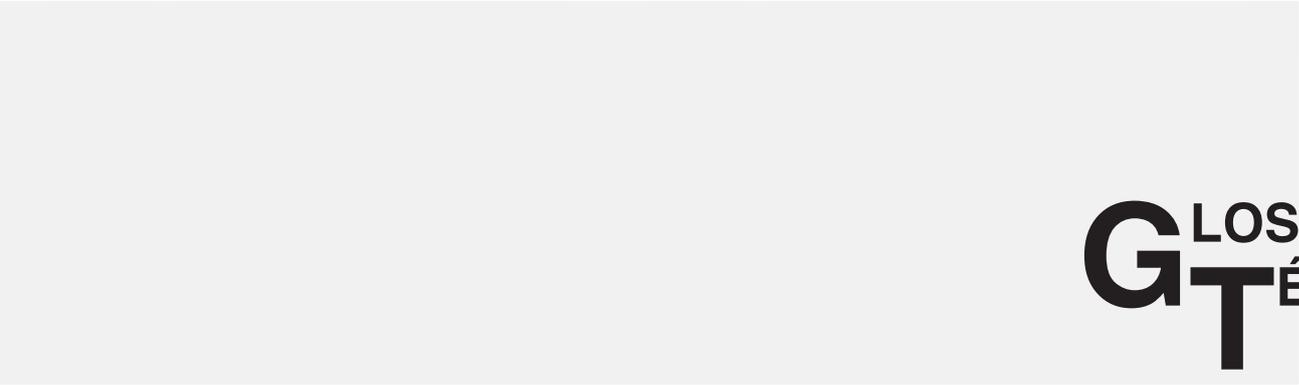
Mediante esta recogida de datos, analizaremos la capacidad de generar estímulos y respuestas participativas en los intervinientes, o no; y de este modo establecer cuál ha sido el interés generado con nuestra intervención

y si ha existido un nivel elevado de implicación o no. Y por tanto deducir si nuestra intervención ha conseguido aumentar el diálogo entre pacientes, familiares y personal sanitario, y de algún modo asumir que se ha producido un cambio cualitativo durante el tiempo que ha tenido lugar la intervención. Finalmente, al cierre de la segunda sesión propiciar reflexiones de los participantes que establezcan qué les ha parecido el taller. Recogeremos estos datos mediante la grabación de video y serán luego analizados.

Se elaborarán las conclusiones que se desprendan de este proyecto y que de algún modo nos sirvan para revisar y confirmar lo analizado en este Trabajo de Fin de Máster..



Fotografía de piezas pertenecientes a la exposición en la Sala Josep Renau de la Facultad de BBAA, de Isidro Ferrer y Pep Carrió. Junio, 2013.



GT GLOSARIO DE
TÉRMINOS

Amígdala cerebral: El cuerpo amigdalino, complejo amigdalino o amígdala cerebral es un conjunto de núcleos de neuronas localizadas en la profundidad de los lóbulos temporales de los vertebrados complejos, incluidos los humanos. La amígdala forma parte del sistema límbico (término últimamente en desuso por su imprecisión), y su papel principal es el procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales.

Cisura Calcarina: El surco, cisura o fisura calcarina es una de las tantas hendiduras presentes en la corteza externa del cerebro ubicado este en la zona posterior de la cara interna (o cara medial) de cada hemisferio cerebral, siguiendo una trayectoria horizontal, hasta unirse con el surco parieto-occipital (por la cara interna del hemisferio cerebral).

Colecistectomía: Intervención quirúrgica donde se extirpa la vesícula biliar.

Cortex cerebral: La corteza cerebral es el manto de tejido nervioso que cubre la superficie de los hemisferios cerebrales, alcanzando su máximo desarrollo en los primates. Es aquí donde ocurre la percepción, la imaginación, el pensamiento, el juicio y la decisión. Se compone de los lóbulos frontales, parietales, temporales y occipital.

Cortex orbitofrontal: La corteza orbitofrontal es una región del lóbulo frontal del cerebro relacionada con el procesamiento cognitivo de la toma de decisiones. En los seres humanos, comprende las áreas 10, 11 y 47 de Brodmann.¹ Dado que ha sido relacionada con los mecanismos de procesamiento de la emoción y de la recompensa, algunos autores consideran que forma parte del sistema límbico.

Corteza extra-estriada: Parte de la corteza visual que corresponde al lugar del cerebro en el cual desembocan las fibras provenientes del núcleo geniculado lateral y otras áreas que ayudan en el reconocimiento de la información visual, la primera corresponde al área número 17 o corteza visual primaria (estriada) mientras que las segundas a las áreas 18 y 19 o cortezas superiores (extraestriadas).

Encuadre terapéutico: La relación terapéutica requiere un encuadre específico. Se refiere al conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia. Incluye: honorarios, duración y frecuencia de las sesiones, lugar donde se realizan, vacaciones, cualquier otro detalle que afecte al desarrollo de la psicoterapia. El encuadre terapéutico contribuye a alejar la confusión de roles.

Etiopatogenia: relativo al origen o causa de una patología, de una enfermedad.

Epistemología arteterapéutica psicoanalítica: 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.

Epistemología arteterapéutica humanística: El arteterapeuta 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.

Epistemología arteterapéutica 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. (conductuales, cognitivo-conductuales y de desarrollo cognitivo).

Epistemología arteterapéutica Ecléctica o multimodal: El carácter interdisciplinar del 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.

Estímulos kinestésicos o propioceptivos: La propiocepción es el sentido que informa al organismo de la posición de los músculos, es la capacidad de sentir la posición relativa de partes corporales contiguas. La propiocepción regula la dirección y rango de movimiento, permite reacciones y respuestas automáticas, interviene en el desarrollo del esquema corporal y en la relación de éste con el espacio, sustentando la acción motora planificada. Otras funciones en las que actúa con más autonomía son el control del equilibrio, la coordinación de ambos lados del cuerpo, el mantenimiento del nivel de alerta del sistema nervioso y la influencia en el desarrollo emocional y del comportamiento.

Estímulos somatosensoriales: El proceso de «somatosensación» se inicia con la activación de un «receptor» físico. Estos receptores somatosensoriales yacen en la piel, órganos y músculos. La estructura de estos receptores es muy similar en todos los casos, consistiendo en terminaciones nerviosas libres o almacenadas en cápsulas especiales. Pueden ser activadas por movimiento (mecanoreceptor), presión (mecanoreceptor), estímulos químicos (quimiorreceptor), y/o temperatura. La activación también surge por medio de vibraciones.

Etiopatogenia: El término Etiopatogénesis (Etiología + Patogénesis) hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad concreta.

Hermenéutica: En la filosofía es la doctrina idealista según la cual los hechos sociales (y quizás también los naturales) son símbolos o textos que deben interpretarse en lugar de describirse y explicarse objetivamente.

Hipótesis del marcador somático: Esta teoría se la debemos a Damasio, que propuso una forma de explicar cómo las emociones afectan a la hora de tomar decisiones complejas. Cuando nos enfrentamos a un problema o a cualquier tipo de causa que nos exija decidirnos por algo, si sólo atendiéramos a las opciones a nivel racional podríamos encontrarnos con que nos resulta imposible decantarnos por una u otra, ya que varias pueden ser igual de válidas ante una experiencia nueva. Esto nos haría estancarnos en la duda y no avanzar en la resolución del problema. Según Damasio, nuestras experiencias previas nos hacen almacenar una serie de sensaciones (debidas a respuestas musculares y hormonales) agradables o desagradables relacionadas con ciertos estímulos. Esta relación entre estímulo y estado emocional sería lo que él denomina marcador somático. Enfrentados a la tarea de tomar una decisión en un contexto nuevo, un estímulo similar al de experiencias anteriores desencadenaría en nuestro cuerpo la liberación de un determinado marcador somático. Así, las opciones por las que nos decantaríamos serían aquellas asociadas a marcadores somáticos agradables, y evitaríamos las que el marcador somático asociara con resultados adversos.

Homeostásis: conjunto de fenómenos de autorregulación que llevan al mantenimiento de la constancia en las propiedades y la composición del medio interno de un organismo.

Inmunidad adquirida: Se adquiere en respuesta al contacto con los agentes patógenos, esta se caracteriza por dar una respuesta más específica ante los patógenos y por contar con memoria inmunológica que evita que haya una segunda infección. Su tiempo de respuesta es mayor que el de la innata, ya que es de horas o días. Esta inmunidad se encuentra sólo en los vertebrados mandibulados. Dentro de la inmunidad adquirida hay dos tipos: la humoral y la celular. La primera está mediada por anticuerpos que atacan a los antígenos y la segunda por los linfocitos T que atacan a aquellos microorganismos que sean intracelulares. Esta inmunidad se caracteriza entonces por su diversidad, especificidad, especialización, tolerancia a lo propio, autoeliminación y memoria.

Inmunidad natural: también conocida bajo el nombre de innata, esta inmunidad es una línea defensiva que permite a los seres humanos controlar a los agentes patógenos, en la mayoría de los casos. Esta se caracteriza por ser local y rápida y se adquiere de forma hereditaria o bien, por medios biológicos.

Insula: La corteza insular o simplemente ínsula, es una estructura del cerebro humano. Se encuentra ubicada profundamente en la superficie lateral del cerebro, dentro del surco lateral (cisura de Silvio), que separa las cortezas temporal y parietal inferior. La corteza insular, especialmente su porción más anterior, está relacionada con el sistema límbico.

Medicina científica de occidente: La medicina científica moderna ha sido consecuencia, no siempre fácil, de su evolución a través de varios periodos. Inició con la medicina empírica basada en creencias que apareció en las sociedades pre-urbanas y que prevaleció en las urbanas, principalmente, como medicinas populares. La medicina científico-especulativa comenzó con la aparición del pensamiento racional griego. Siguió su paso a Roma donde fue introducida por médicos esclavos. Más tarde, los médicos del Islam son quienes recogieron, sistematizaron y transmitieron el saber griego antiguo. De manera paralela y consecuente al desarrollo de la medicina del Islam, la medicina medieval occidental cristiana se desarrolló. Le tomó tiempo a la medicina conformarse en científico experimental. Les corresponde a los médicos del siglo XIX el convertir a la medicina en una verdadera ciencia natural. Sin embargo, llama la atención que a pesar de todo el progreso, en los últimos tiempos, se escuche hablar de la crisis de la medicina. Son varios los autores que señalan que la crisis se debe al modelo sanitario que se utiliza, el modelo biomédico que configura nuestra medicina científica moderna.

Metodología etnográfica: La etnografía o investigación etnográfica o cualitativa, surgió como un concepto clave para la antropología para el mejor entendimiento en la organización y en la construcción de significados de distintos grupos y sociedades, ya sean distantes o extraños para el observador; o propios y conocidos. Es el estudio directo de personas o grupos durante un cierto periodo, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social, registrando una imagen realista y fiel del grupo estudiado; el trabajo de campo resulta ser una herramienta imprescindible. La investigación etnográfica pretende revelar los significados que sustentan las acciones e interacciones que constituyen la realidad social del grupo estudiado; esto se consigue mediante la participación directa del investigador. Con frecuencia, el investigador asume un papel activo en sus actividades cotidianas, observando lo que ocurre y pidiendo explicaciones e interpretaciones sobre las decisiones, acciones y comportamientos.

Metodología fenomenológica: Este enfoque se orienta a la descripción e interpretación de las estructuras esenciales de la experiencia vivida, así como al reconocimiento del significado e importancia pedagógica de esta experiencia. Este método constituye una aproximación coherente y rigurosa al estudio de las dimensiones éticas, relacionales y prácticas de la experiencia cotidiana difícilmente asequibles mediante los usuales enfoques de investigación

Metodología hermenéutica: Corresponde a la hermenéutica el acto de interpretar para significar y comprender el mundo social. Dicho acto se lleva a cabo dentro de un marco teórico concreto que reconoce la posición del sujeto interpretante en el proceso de producción de sentido. Por lo tanto, la crítica interpretativa del investigador es indispensable, porque sólo así se logran formular otras lecturas acerca del entorno social. Es decir, generar interpretaciones diversas que permitan trascender el espacio inmediato, para comprenderlo y transformarlo.

Metodología historias de vida: se apoya fundamentalmente en el relato que un individuo hace de su vida o de aspectos específicos de ella, de su relación con su realidad social, de los modos como él interpreta los contextos y define las situaciones en las que él ha participado, pero esto no significa que el investigador deba aceptar al pie de la letra todo lo que el sujeto refiere sin aplicar controles que garanticen que lo que el entrevistado refiere es fiel, no a la realidad objetiva, sino a la propia experiencia del sujeto. La fidelidad del individuo relator a sí mismo no debe darse nunca por supuesto, antes por el contrario, es un logro técnico en el que el investigador tiene que cooperar activamente y

de cuya existencia debe estar seguro antes de iniciar ninguna interpretación de sus datos.

Método hipotético-deductivo: es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica, y tiene varios pasos esenciales: observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia. Este método obliga a la combinación de la reflexión racional (momento de la formulación de la hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (en la observación y verificación).

Método histórico-dialéctico: Tiene su origen en la antigüedad griega. Se retomó hasta la modernidad con Hegel y Marx. Su esencia está determinada por las fuentes teóricas y científicas y por las categorías fundamentales del movimiento, del espacio y del tiempo. El método dialéctico constituye el método científico de conocimiento del mundo. Proporciona al hombre la posibilidad de comprender los más diversos fenómenos de la realidad. El método dialéctico al analizar los fenómenos de la naturaleza, de la sociedad y del pensamiento permite descubrir sus verdaderas leyes y las fuerzas motrices del desarrollo de la realidad. La acción recíproca entre dos cosas y sus relaciones complejas. La realidad está en constante transformación. El cambio es debido a la lucha de fuerzas contrarias en la esencia de las cosas.

Metodología investigación-acción: Método de investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social.

Modernidad: el hombre moderno se desarrolla como tal, a partir del siglo diecisiete y más aún del dieciocho. Posee una serie de convicciones que constituyen lo llamado moderno —palabra popularizada por Rousseau—, convicciones centradas, en cierto modo, en torno a lo siguiente: La creencia absoluta en la exclusividad de la razón para conocer la verdad, debiéndose sospechar de todo conocimiento venido de la fe, de la tradición, de la mera intuición no comprobada. La aspiración a que tales conocimientos se traduzcan en fórmulas de tipo físico-matemático, que cualquiera pueda comprender fácilmente y que por eso mismo marquen el máximo de objetividad, pues todo lo meramente subjetivo es desechable por ajeno a lo real que a su vez es lo común a todos los hombres. El concepto de que lo real no sólo es lo susceptible de matematizarse, sino también de ser comprobable experimentalmente según métodos rigurosos; de hecho, real es, para los modernos, lo accesible a las matemáticas y a las ciencias experimentales. Real es también la poesía y el arte en cuanto producto de lo imaginario puesto a la vista de todo el mundo. El postular la libertad incondicionada del hombre para regir su destino. De ahí la obligación de combatir toda forma de sujeción a la monarquía absoluta, al poder económico de grupos o clases, al poder omnímodo del Estado. El concepto de autonomía, o sea, de darse cada hombre sus propias normas éticas, será fundamental. El creer que la infelicidad humana deriva hasta ahora del empañamiento de la razón por las supersticiones —entre ellas las creencias religiosas—, lo que ha hecho imposible el gozo de la libertad, la configuración autónoma del propio destino. La creencia en la superioridad absoluta del hombre por sobre todos los otros seres de la creación. El pensar que la democracia es la forma mejor de construir una sociedad para seres de esta clase. Existe en la actualidad, un debate teórico acerca de si la sociedad actual se ubica dentro de la modernidad o por el contrario, lo que parece mayoritariamente aceptado, hemos pasado a contextualizarnos dentro de la posmodernidad.

Neurobiología interpersonal: esta teoría elaborada por Siegel, plantea que no existen cerebros aislados y que el cerebro es un órgano de adaptación que desarrolla sus estructuras a través de la interacción con otros. La mente se desarrolla en la interfaz entre los procesos neurofisiológicos y las relaciones interpersonales. El aprendizaje por experiencia moldea directamente los circuitos responsables de procesos como la memoria, la emoción y la autoconciencia. La maduración del sistema nervioso, genéticamente programada, es moldeada por la experiencia, especialmente la interpersonal.

Neurociencia: es una disciplina científica relativamente nueva, que ha surgido debido al carácter interdisciplinario que tiene la investigación en el sistema ner-

vioso (que incluye a sus componentes neuronales y no neuronales). A mediados del siglo pasado los estudios relacionados a esta disciplina eran de índole ya sea neuroanatómica o neurofisiológica, y a veces bioquímica; y pocos investigadores se atrevían a establecer asociaciones con la conducta o con los procesos mentales (o cognitivos), salvo en el caso de los estudios de lesiones cerebrales. Sin embargo, desde la última veintena del siglo pasado, el desarrollo de nuevas tecnologías en biología molecular, imagenología (macroscópica y microscópica), registros electromagnéticos y los nuevos métodos de análisis matemático han permitido una fructífera interacción entre las diversas disciplinas, que tienden progresivamente a acortar las distancias conceptuales entre los mecanismos genético-moleculares, las estructuras y dinámicas celulares, la cognición y la generación de la conducta. Todo este nuevo campo de conocimiento puede ser aplicado y trasladado a campos tan diversos como el marketing o la economía, por ejemplo.

Neurociencia computacional: ciencia interdisciplinar en amplia expansión que enlaza los diversos campos de la neurociencia, la ciencia cognitiva, la ingeniería eléctrica, las ciencias de la computación, la física y las matemáticas. Se usa en investigación de sistemas de redes.

Neuroestética: tiene como objetivo el establecimiento de las bases biológicas y neurológicas de la experiencia estética, estudia la manera en que el cerebro concibe la belleza, así como las bases orgánicas y funcionales que contribuyen a crear, procesar y entender la belleza.

Neuromarketing: consiste en la aplicación de técnicas pertenecientes a las neurociencia al ámbito del marketing, estudiando los efectos que la publicidad y otras acciones de comunicación que tiene en el cerebro humano con la intención de poder llegar a predecir la conducta del consumidor. Es un tipo especializado de Investigación de mercados que utiliza mediciones psicofisiológicas periféricas y centrales (actividad cerebral, ritmo cardíaco, respuesta galvánica de la piel, etc.) de los sujetos estudiados para obtener conclusiones.

Nosología: Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.

Núcleos subcorticales o gánglios basales: El término se aplica al conjunto de masas de sustancia gris situado dentro de cada hemisferio cerebral, y éstas son cuerpo estriado, el núcleo amigdalino o amígdala cerebral y el claustró. Estos desempeñan un papel importante en el control de la postura y el movimiento voluntario.

Paleocórtex y Neocórtex: En esencia, el cerebro humano consta de tres formaciones o cerebros independientes. Cada uno de estos cerebros posee su propia inteligencia, su propia subjetividad individual, su propio sentido del tiempo y el espacio y su propia memoria, además de otras funciones. Estos tres cerebros son, en orden de evolución, el cerebro reptiliano (paleocórtex), el límbico y el neocórtex. Los tres cerebros están interconectados a nivel neuronal y bioquímico y cada uno controla distintas funciones de nuestro cuerpo, afectando directamente a nuestra salud, bienestar y rendimiento personal, profesional o académico. El reptiliano regula las funciones fisiológicas involuntarias de nuestro cuerpo y es el responsable de la parte más primitiva de reflejo-respuesta. No piensa ni siente emociones, sólo actúa cuando nuestro cuerpo se lo pide: control hormonal y de la temperatura, hambre, sed, motivación reproductiva, respiración... Por encima del reptiliano, tenemos el sistema límbico, almacén de nuestras emociones y recuerdos. En él se encuentra la amígdala, considerada la base de la memoria afectiva. Entre las funciones y las motivaciones del límbico están el miedo, la rabia, el amor maternal, las relaciones sociales, los celos... Por último, tenemos el neocórtex o cerebro racional, que es quien permite tener conciencia y controla las emociones, a la vez que desarrolla las capacidades cognitivas.

Positivismo: El positivismo es una corriente o escuela filosófica que afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación de las teorías a través del método científico.

Posmodernidad: para la mayoría de los teóricos de la posmodernidad, ésta, como señalamos, habría empezado en décadas recientes y no se caracterizaría por ser algo nuevo, en cuyo caso sería otra vez modernidad; sería algo completamente distinto,

palabra esta última en la cual se pone el acento. Se supone que la posmodernidad habría aparecido tal vez por fatiga luego de tres siglos de incesantes transformaciones cada vez más aceleradas sobre todo en unas ciencias y un arte que, a pesar de lo positivamente asombroso de sus resultados, en el fondo no han hecho más feliz a nadie ni han mejorado la conducta humana como lo muestra la serie de horrores sucesivos a partir de la Primera Guerra Mundial, la violencia reinante en las ciudades, el terrorismo, la corrupción política, el caótico relativismo ético. Se habría perdido entonces el deseo de ahondar en la realidad del hombre como ser individual y social, se miraría con escepticismo la fe en la razón, propia de los siglos XVIII, XIX y XX, y no habría, por lo mismo, voluntad alguna para darse explicaciones sobre la totalidad de la realidad y su sentido, para favorecer la aparición de otros metarrelatos o de nuevas vanguardias en el arte o en las concepciones filosóficas; en lugar de ello, sólo se percibiría ahora la posibilidad de ver apenas parcialidades de cuanto ocurre. La mirada dual a la realidad, a fin de cogerla entera, a que aludíamos hace un instante, tan típica de la modernidad, hoy tampoco despierta interés.

Postestructuralismo: fue una corriente de pensamiento o una escuela de pensamiento cuyo surgimiento se situó en Francia a mediados de 1960. Respecto al contexto artístico las teorías con las que trabajaba el arte cambiaron y se postularon nuevas teorías. Entre sus principales representantes se pueden nombrar a Derrida, Umberto Eco, Julia Kristeva, Deleuze, Vattimo, Genette, Lottman, Foucault y Roland Barthes. Acontecimientos sociales como el mayo francés o la guerra de Vietnam, influyeron en el campo de las ideas y teorías filosóficas, y surgió la contracultura. Este movimiento implicó una crítica hacia el sistema del arte burgués que concebía a la obra de arte con un valor de uso y de cambio (concebir a la obra como una mercancía) y se produjo una desmaterialización del arte para que no pudieran vender. Se cuestionaron el papel que cumplían las instituciones oficiales, los museos, las galerías; se realizaron intervenciones al aire libre como la obra de Nicolás García Urriburu que cambió el color del canal de Venecia. Surgieron grupos como las Guerrilla Girls que criticaban las normas de las instituciones. Surgieron también estilos como el Conceptualismo, el Pop, el grupo Fluxus, el Land Art, el Body Art, la Performance, el arte chicano (un arte de frontera), el arte gay, etc.

Proceso diádico: Es un proceso en el que tiene que existir el deseo de transmitir algo (la motivación del emisor) y la necesidad de consejo (la motivación del receptor).

Proliferación linfocitaria (ante mitógenos): Un mitógeno es cualquier sustancia que induce una proliferación celular. Su utilización, en el laboratorio, permite evaluar la funcionalidad linfocitaria. En el caso de los enfermos seropositivos, si aumenta la proliferación de los linfocitos, mejora la inmunidad celular.

Psicoimmunología, psiconeuroinmunología: La psiconeuroinmunología es un campo científico interdisciplinar que se dedica al estudio e investigación de los mecanismos de interacción y comunicación entre el cerebro (mente/conducta) y los sistemas responsables del mantenimiento homeostático del organismo, los sistemas: nervioso (central y autónomo), inmunológico y neuroendocrino, así como sus implicaciones clínicas.

Rol de enfermo: Un enfermo es un ser humano que padece una enfermedad, sea consciente o no de su estado. Joan Riehl-Sisca define el rol del enfermo como «la posición que asume una persona cuando se siente enferma» La forma en que un individuo percibe la salud y la enfermedad es un fenómeno complejo y particular de como éste reacciona en conjunto y enfrenta la situación en diferentes dimensiones de su personalidad (emocional, racional, físico y espiritual por ejemplo). Así, cada persona vivirá la experiencia de salud-enfermedad de manera diferente y esto condicionará el significado que dé a tales experiencias.

Salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Setting: Término tomado del inglés, que es utilizado en psicoterapia como traducción de “enquadre” terapéutico.

Sistema Límbico: El sistema límbico es un sistema formado por varias estructuras cerebrales que gestionan respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales. Está relacionado con la memoria, atención, instintos sexuales, emociones (por ejemplo placer, miedo, agresividad), personalidad y la conducta. Está formado por partes del tálamo, hi-

potálamo, hipocampo, amígdala cerebral, cuerpo caloso, septo y mesencéfalo. El sistema límbico interacciona muy velozmente (y al parecer sin que necesiten mediar estructuras cerebrales superiores) con el sistema endócrino y el sistema nervioso autónomo. También median la postura y la expresión abierta de la emoción en la vocalización, los gestos, y el dispositivo afectivo facial.

Sistema supra-límbico: La zona supralímbica es la más externa en el cerebro. Se incluye a la neocorteza y a los núcleos talámicos laterales. La neocorteza supralímbica contiene a las neuronas que median las funciones corticales (de asociación) superiores, así como a las neuronas piramidales que se proyectan a los miembros, los labios, y la lengua. Media los movimientos altamente especializados de la motricidad fina, evidentes en el habla humana y el control manual. La zona supralímbica se expresa en los logros culturales humanos que incluyen al arte, la manufactura, el habla, y la escritura. La zona supralímbica exhibe especialización lateral con marcadas diferencias entre las funciones de la neocorteza de los dos hemisferios.

Sistema nervioso autónomo: El sistema nervioso autónomo (SNA), también conocido como sistema nervioso vegetativo, es la parte del sistema nervioso que controla las acciones involuntarias. Es sobre todo un sistema eferente, es decir, transmite impulsos nerviosos desde el sistema nervioso central hasta la periferia estimulando los aparatos y sistemas orgánicos periféricos. Sus vías neuronales actúan sobre la frecuencia cardíaca y respiratoria, la contracción y dilatación de vasos sanguíneos, digestión, salivación, el sudor, la contracción y relajación del músculo liso en varios órganos, acomodación visual, tamaño de la pupila, secreción de glándulas exocrinas y endocrinas, la micción y la excitación sexual. El sistema nervioso autónomo o neurovegetativo, al contrario del sistema nervioso somático y central, es involuntario activándose principalmente por centros nerviosos situados en la médula espinal, tallo cerebral e hipotálamo. También, algunas porciones de la corteza cerebral como la corteza límbica, pueden transmitir impulsos a los centros inferiores y así, influir en el control autónomo.

Técnicas de neuroimagen funcionales: Las técnicas de imagen cerebral permiten el estudio del cerebro humano en vivo. Las actuales técnicas de neuroimagen se clasifican en estructurales y funcionales. Con técnicas de neuroimagen funcional, mediante SPECT, PET y Resonancia Magnética Funcional (RMf). Estas técnicas no son invasivas y permiten evaluar los procesos de áreas y estructuras del cerebro en funcionamiento. Así pues, la diferencia entre las técnicas estructurales y las funcionales está en la información que nos aporta cada técnica. Con las estructurales se puede concretar la localización de una lesión o los efectos de una enfermedad. Con las funcionales se puede llegar a saber qué áreas o regiones encefálicas se activan al realizar una determinada tarea cognitiva, e incluso averiguar si una patología neurológica o psiquiátrica tiene como efecto patrones distintos de activación cerebral en comparación con las personas sanas.

Teoría Crítica: Esta perspectiva surge como respuesta a las tradiciones filosóficas positivistas e interpretativas y pretenden superar el reduccionismo de la primera y el conservadurismo de la segunda, admitiendo la posibilidad de una ciencia social que no sea ni puramente empírica ni solo interpretativa. El paradigma crítico introduce la ideología de forma explícita y la autorreflexión crítica en los procesos del conocimiento. Tiene como finalidad la transformación de la estructura de las relaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas.

Transferencia (según Jean Laplanche & Jean-Bertrand Pontalis en el Diccionario de Psicoanálisis): es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre, lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia.

FUENTES **R**EFERENCIALES

LIBROS Y TESIS

- BAUMAN, Zygmunt. *La posmodernidad y sus descontentos*. Madrid: Akal Ediciones, 2001. ISBN 84-460-1285-5
- BAUMAN, Zygmunt. *Modernidad Líquida*. 3ª edición. Argentina: Fondo De La Cultura Económica Argentina, 2004. ISBN: 95-0557-5130
- CARNACEA, Ángeles; LOZANO, Ana (coordinadores). *Arte, intervención y acción social: La creatividad transformadora*. 1ª edición. Barcelona: editorial.grupo5.net, 2011. ISBN: 978-84-9377-3021.
- DAMASIO, Antonio R. *El error de Descartes*. 4ª edición. Barcelona: Editorial Crítica, 2007. ISBN: 84-8432-7876.
- Dictionary Oxford English*. Oxford: Oxford University Press. 1989.
- GAU, Sabina. *El proceso de creación artística: diálogo con lo inefable*. 1ª edición. La Laguna: Servicio de Publicaciones, Universidad de La Laguna, 2003. ISBN: 84-7756-5341.
- GOLEMAN, Daniel. *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós, 1996. ISBN: 978-84-7245-3715
- HABERMAS, J. *Teoría y Praxis: Estudios y Filosofía Social*. Madrid: Tecnos, 1987. ISBN 84-3091-4234.
- HUESO, A.; CASCANT, Mª J. "Metodología y técnicas cuantitativas de investigación". En: Cuadernos docentes en procesos de desarrollo, número 1. Valencia. Editorial: Universidad Politécnica de Valencia. 1ª edición. 2012. ISBN: 978-84-8363-8934.
- HURTADO, I.; TORO, J. *Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambio*. 5ª edición. Caracas: Episteme Consultores y Asociados, 1999. ISBN: 98-0328-4134 . Disponible en: <http://pdfcast.org/pdf/libro-de-la-prof-josefina-toro> [1 marzo 2013].
- KLEIN, Jean Pierre; BASSOLS, Mireia y BONET, Eva (coordinadores). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. 2ª Edición. Barcelona: ediciones Octaedro, 2012. ISBN: 978-84-8063-9590.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ-CAO, Marián; MARTÍNEZ DÍEZ, Noemí. *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. 1ª edición. Madrid: Ediciones Tutor, 2006. ISBN: 84-7902-5557.
- LÓPEZ MARTÍNEZ, MªD. *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español*. Tesis doctoral. Murcia: departamento de expresión plástica, música y dinámica. Universidad de Murcia, 2009. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t27338.pdf>
- MALCHIODI, Cathy. *Handbook of art therapy*. 1ª Edición. New York: Guilford Press, 2003. [5 abril 2013] Disponible en: <http://ebookbrowse.com/handbook-of-art-therapy-malchiodi-pdf-d481383630> ISBN 15-7230-8095
- OLMO BARROS, MªJ. *Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátricos*. Tesis doctoral. Madrid: facultad de medicina. Universidad Autónoma de Madrid, 2009.
- PELEGRINA, M.; SALVADOR, F. *La investigación experimental en psicología. fundamentos científicos y técnicas*. Málaga: Archidona, Aljibe, 1999. ISBN: 84-8776-7990.
- RAMACHANDRAN, Vilayanur. *Los laberintos del cerebro*. 1ª Edición en castellano. 2007. Barcelona: La liebre de marzo. ISBN: 978-84-8740-3163.
- SONTAG, S. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: ed. Santillana S.A. Taurus, 1996
- TURNER-STOKES, L. et al. *Rehabilitación multidisciplinaria para la lesión cerebral adquirida en adultos en edad laboral*. (revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane plus, 2007. Número 3. Oxford: update software ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- ULLÁN, Ana Mª et al. *Ensayo aleatorizado sobre el efecto de un programa de promoción del juego en el dolor postoperatorio en los niños: con muñecos duele menos*. En: Artículos del departamento de psicología social y antropología. Universidad de Salamanca, 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/110819>

REVISTAS

- ALBILLO, M. "Hemiplejía, afasia, neuroplasticidad y arteterapia". *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* [en línea], 2: 157-168, 2007. [citado marzo 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2488689>
- ANTE, B. et al. "Algo más que color. Terapia habitación de hospital". *Arte, individuo y sociedad*, [en línea] 23: 203-211, 2011. [citado marzo 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf
- ÁVILA, N.; ACASO, M. "Una profesión reconocida en contextos de salud: la educación artística". *Arte, individuo y sociedad*, [en línea] 23: 19-27, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf
- ASCASO, P. Seminario "arte contemporáneo en el hospital". *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, [en línea] 7: 301-304, 2012. [citado abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/41254>
- BARCENA-ORBE, A. et al.. "Revisión del traumatismo craneoencefálico". *Neurocirugía*, [en línea] 17: 495-518, 2006. [citado en abril 2013] ISSN: 1130-1473. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2213563>
- BASCO PRADO, L.; FARIÑAS, S. "Neuroplasticidad y psicoestimulación en enfermos de Alzheimer". *Alzheimer: Realidades e investigación en demencia*, [en línea] 53: 39-44, 2013. [citado en abril 2013]. ISSN: 1137-1242. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0265.pdf>
- BELVER, M.H. "Mediadores ambientales simbólicos en espacios de salud: el papel del arte en la humanización de los hospitales infantiles". *Arte, individuo y sociedad*, [en línea] 22(2): 73-81, 2010. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3297632>
- BELVER, M.H. "El arte y la educación artística en contextos de salud". *Arte, individuo y sociedad*, [en línea] 23: 11-17, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf
- BERGADO-ROSADO, J.A.; ALMAGUER-MELIAN, W. "Mecanismos celulares de la neuroplasticidad". *Revista de neurología*, [en línea], 31(11): 1074-1095, 2000. [citado marzo 2013]. ISSN Edición Digital: 1576-6578. Disponible en: <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?id=2000340>
- BUFILL, E.; CARBONELL, E. "Conducta simbólica y neuroplasticidad: ¿un ejemplo de coevolución gen-cultura?". *Revista neurología*, [en línea] 39(1): 48-55, 2004. [citado marzo 2013]. ISSN: 0210-0010, ISSN (edición digital): 1576-6578. Disponible en: <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?id=2004314>
- CAMIC, P.M. "Playing in the mud: health psychology, the arts and creative approaches to health care". *Journal of health psychology*, [en línea] 13(2): 287-298, 2011. [citado marzo 2013]. ISSN: 1359-1053. Disponible en: <http://www.sagepub.com/marks3/Online%20Readings/chapter%2015.1.pdf>
- CAMPAGNE, D.M. "Teoría y fisiología de la meditación". *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, [en línea] 69-70: 15-30, 2004. [citado marzo 2013]. ISSN 1695-4238. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1194864>
- CAMPILLO, A. "Aión, chrónos y kairós. La concepción del tiempo en la Grecia antigua", en *La(s) otra(s) historia(s)*, 3: 33-70, 1991. UNED del País Vasco.
- CANO, MG. "Una conversación sobre arte contemporáneo y educación en contextos de salud con Josep Maria-Martín. Prototipo de espacio para la gestión de las emociones".

Arte, individuo y sociedad, [en línea] 23: 267-284, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf

CASTILLO, E.; VÁZQUEZ, M. "El rigor metodológico en investigación cualitativa". *Colombia médica*, [en línea] 34(3): 164-167, 2003. [citado en abril 2013]. ISSN 1657-9534. Disponible en:<http://www.bioline.org.br/pdf?rc03025>

CIFRE, E. "Es Baluard, la educación y su relación con el ámbito hospitalario. Primeras experiencias". *Arte, individuo y sociedad*, [en línea] 23: 229-244, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf

COLL, Francisco. "Un viaje por arte terapia". *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, [en línea] 1:41-44, 2006. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/edu/18866190/articulos/ARTE0606110041A.PDF>

COLLETTE, Nadia. "Hasta llegar la vida, arte terapia y cáncer terminal". *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, [en línea] 1:41-44, 2006. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/edu/18866190/articulos/ARTE0606110041A.PDF>

COOLEY, N. et al. "Arts and Culture in Medicine and Health: A Survey Research Paper". [en línea, web] Embracing change creatively, Inc. Vitoria, Canadá. 2003. Copyright: njc / Cooley & Associates, Inc. Jan. 2003 Disponible en: <http://artshealthnetwork.ca/resources/arts-and-culture-medicine-and-health-survey-research-paper> [Mayo 2013]

CUESTA, J.; GÓMEZ, E.; MEGÍAS C. "Mi ciudad inventada". *Arte, individuo y sociedad*, [en línea] 23: 153-163, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf

DE LA VEGA, M. "Producción estética y cambio social: la función del arte". *Revista de arte y estética contemporánea*, [en línea] 11(julio/diciembre): 107-119, 2007. [citado en abril 2013]. ISSN: Revs-0002. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/4372>

DEL RÍO, María. "Reflexiones sobre la praxis en arteterapia". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 4:17-26, 2009. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0909110017A>

DÍAZ-ARRIBAS, M.J. et al. "Plasticidad del sistema nervioso central y estrategias de tratamiento para la reprogramación sensoriomotora: comparación de dos casos de accidente cerebrovascular isquémico en el territorio de la arteria cerebral media". *Revista Neurología*, [en línea] 42(3): 153-158, 2006. [citado en marzo 2013]. ISSN: 0210-0010, ISSN (edición digital): 1576-6578. Disponible en: http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_2134.pdf

DOUSSOULIN-SANHUEZA, A. "Como se fundamenta la neurorehabilitación desde el punto de vista de la neuroplasticidad". *Archivos de Neurociencia*, [en línea] 16(4): 216-222, 2011. [citado en marzo 2013]. ISSN: 1028-5938. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=80&IDARTICULO=33415&IDPUBLICACION=3602>

DUNCAN, N. "Trabajar con las emociones en arteterapia". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 2: 39-49, 2007. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/edu/18866190/articulos/ARTE0707110039A.PDF>

EPEL, E. et al. "Can Meditation Slow Rate of Cellular Aging? Cognitive Stress, Mindfulness, and Telomeres". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1172: 34-53, 2009. ISSN: 1749-6632. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057175/pdf/nihms-221333.pdf>

FORCÉN, P.S.; MORGADO AGUIRRE, B. "El uso de las terapias artísticas con pacientes de Alzheimer. La experiencia de la fundación AlzheimerUr". *Arte y Políticas de identidad*, [en línea] 4(junio): 153-162, 2011. [citado en marzo 2013]. ISSN (impreso): 1889-979X ISSN (edición web): 1989-8452. Disponible en: <http://revistas.um.es/api/article/view/146061>

GALÁN, A.; BLANCO A.; PÉREZ M^aA. "Análisis del concepto de conducta de enferme-

dad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar". *Anales de Psicología*, [en línea] 16(2): 157-166, 2000. [citado en abril 2013]. ISSN: 0212-9728. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/05-16_2.pdf

GIMÉNEZ-AMAYA, J.M. "Anatomía funcional de la corteza cerebral implicada en los procesos visuales". *Revista de Neurología*, [en línea] 30(7): 656-662, 2000. [citado en marzo 2013]. ISSN: 0210-0010, ISSN (edición digital): 1576-6578. Disponible en: <http://www.revneurolog.com/sec/ind.php?Vol=30&Num=07&i=e>

GONZÁLEZ-MOHINO, J.C. "Arteterapia, parálisis cerebral y resiliencia". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 2: 169-179, 2007. [citado en marzo 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0707110169A/8958>

IZUEL, M.; VALLÉS, J. "Competencias profesionales e investigación en arteterapia". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación para la inclusión social*, [en línea] 7: 13-26, 2007. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/40758>

JIMÉNEZ ORTIZ, R. "De la modernidad a la posmodernidad: el tránsito necesario". *Revista Ciencias de la Educación*, [en línea] 2(22): 213-224, 2003. [citado en abril 2013]. ISSN: 1316-5917. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/a3n22/22-14.pdf>

KAWABATA, H.; ZEKI, S. "Neural correlates of beauty". *Journal of neurophysiology*, [en línea] 91: 1699-1705, 2004. [citado en marzo 2013]. ISSN: 0022-3077. Disponible en: <http://jn.physiology.org/content/91/4/1699.full.pdf>

KLEIN, J.P. "El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 1: 19-25, 2006. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2314439>

LAGE DE LA ROSA, M. "Arteterapia como coadyuvante en la quimioterapia". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, 5: 115-123, 2010. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE1010110115A>

LÓPEZ MARTÍNEZ, M^ªD. "Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 6: 183-191, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/37092>

LUSEBRINK, Vija B. "Art therapy and the brain. an attempt to understand the underlying processes of art expression in therapy". *Art therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, [en línea] 21(3):125-135, 2004. [citado en abril 2013]. ISSN: 0742-1656 (Print). Disponible en: [http://www.arttherapycourses.com.au/pdfs/Lusebrink,%20V.%20B.%20and%20Alto,%20P.%20\(2004\).%20ArtTherapy%20and%20the%20Brain.pdf](http://www.arttherapycourses.com.au/pdfs/Lusebrink,%20V.%20B.%20and%20Alto,%20P.%20(2004).%20ArtTherapy%20and%20the%20Brain.pdf)

MACHADO, S. et al. "Aprendizaje y memoria implícita: mecanismos y neuroplasticidad". *Revista Neurología*, [en línea] 46(9): 543-549, 2008. [citado en abril 2013]. ISSN: 0210-0010, ISSN (edición digital): 1576-6578. Disponible en: <http://www.neurocienciasaplicadas.com.br/artigos/memoria2.pdf>

MARTÍNEZ DÍEZ, N. "Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 1: 45-67, 2006. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0606110045A>

MARTÍNEZ GARCÍA, L. "Curso de introducción a la metodología de la investigación. Tipos de diseños de investigación". [en línea] http://www.cochrane.es/files/Recursos/presentacio_LMartinez.pdf [mayo 2013]

MILES, M.FR. "Art in hospitals: does it work? a survey of evaluation of arts projects in the NHS". *Journal of the Royal Society of Medicine*, [en línea] 87: 161-163, 1994. [citado en abril 2013]. Print ISSN: 01410768; Online ISSN: 17581095. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1294401/pdf/jrsocmed00087-0053.pdf>

MORENO, M^ªC.; ABAD, M^ªJ.; LÓPEZ, L. "Talleres de arte de reciclaje con materiales hospitalarios". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 23: 135-151, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/>

curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf

MOSCOSO, Manolete. "De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología". *Liberabit*, [en línea] 15(2): 143-152, 2009. [citado en abril 2013]. ISSN: 1729-4827. Disponible en: http://www.revistaliberabit.com/liberabit15_2/revista_liberabit_n15_8.pdf

MUCIO RAMÍREZ, José S. "La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides". *Revista de Educación Bioquímica*, [en línea] 26(004): 121-128, 2007. [citado en abril 2013]. ISSN (versión impresa): 1665-1995, ISSN (versión digital): 1873690. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revedubio/reb-2007/reb074b.pdf>

NAVARRO DÍAZ, L. R. "Aproximación a la comunicación social desde el paradigma crítico: una mirada a la comunicación afirmadora de la diferencia". *Investigación y Desarrollo*, [en línea] 16(2): 326-345, 2008. [citado en marzo 2013]. ISSN: 0121-3261. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-32612008000200009&script=sci_arttext

NIETO SAMPEDRO, M. "Plasticidad neural. Mente y Cerebro", [en línea] 4: 73-80, 2003. [citado en marzo 2013]. ISSN: 1695-0887. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/triton/programa_teoría_archivos/Plasticidad_neural.pdf

PASCALÉ, P. "¿dónde está la creatividad? una aproximación al modelo de sistemas de Mihaly Csikszentmihalyi". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 17: 61-84, 2005. [citado en marzo 2013]. ISSN: 1131-5598. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/ARIS0505110063A>

PEÑASCO-MARTÍN, B. et al. "Aplicación de la realidad virtual en los aspectos motores de la neurorrehabilitación". *Revista de Neurología*, [en línea] 51(8): 481-488, 2010. [citado en abril 2013]. ISSN (edición digital): 1576-6578. Disponible en: <http://www.educa2.madrid.org/web/educamadrid/principal/files/0508b1eb-5eb2-4280-9729-e4d6e24d925a/aplicacion%20de%20la%20realidad%20virtual.pdf?t=1362564662942>

REYNOLDS, M.V.; NABORS, L.; QUINLAN, A. "The effectiveness of art therapy: does it work?." *Art therapy*, [en línea] 17(3): 207-213, 2000. [citado en mayo 2013]. ISSN: 0742-1656. Disponible en: <http://update-sbs.update.co.uk/CMS2Web/tempPDF/12001005001.pdf>

RIZZOLATTI, G.; DI DIO, C.; MACALUSO, E. "The Golden Beauty: Brain Response to Classical and Renaissance Sculptures". *PLoS ONE* 2(11): e1201. doi:10.1371/journal.pone.0001201. disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0001201>

RODRIGUEZ-MUÑOZ, Francisco J. "Contribuciones de la neurociencia al entendimiento de la creatividad humana". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 23 (2): 45-54, 2011. [citado en marzo 2013]. ISSN: 1131-5598. Disponible en: http://www.arteindividuoysoiedad.es/articulos/N23.2/Francisco_Rodriguez.pdf

RUEDAS, M.; RIOS M^a M.; NIEVES, F. "Epistemología de la investigación cualitativa desde una perspectiva compleja". *Educere*, [en línea] 46(julio, agosto, septiembre): 627-635, 2013. ISSN: 1316-4910. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/31247/1/articulo7.pdf>

SÁNCHEZ, Celia Andreu. "Neuroestética: cómo el cerebro humano construye la belleza. La ilusión de la belleza": Actas del I congreso internacional de estética cinematográfica, [en línea] 2: 380-391, 2009. [citado en marzo 2013]. ISBN 978-84-9860-2692. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/31038/AndreuMart%C3%ADn_ActasIVCongreso.pdf?sequence=1

SANDIN, P. "Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad". *Revista de Investigación Educativa*, [en línea] 18(1):223-242, 2000. ISSN electrónico: 1989-9106 [citado en abril 2013]. ISSN impreso: 02124068. Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/view/121561>

SANJUAN, R. "Proyecto arte y hospital. Centre d'art La Panera". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 23: 257-265, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN: 1131-5598. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf

SASSENFELD, A. "Reflexiones sobre el sistema de las neuronas espejo y algunas de sus implicancias clínicas". *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4 (2): 193-198, 2008. [citado

en abril 2013]. ISSN: 0718-4476 (Versión impresa) ISSN: 0718-1981 (Versión en línea) Disponible en: <http://www.cuerporelacional.cl/articulos/reflexiones.pdf>

SASSENFELD, A. "Neurobiología de los procesos relacionales no-verbales". *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, [en línea] 5 (3): 351-362, 2009. [citado en abril 2013]. ISSN: 0718-4476 (Versión impresa) ISSN: 0718-1981 (Versión en línea) Disponible en: http://revistagpu.cl/GPU_ejemplares/2009/vol5n3septiembre2009.pdf

SCHLATTER, Javier et al. "Parámetros de inmunidad natural como marcadores biológicos de la depresión". *Psiquiatría Biológica*, [en línea] 13 (5): 158-166, 2006. [citado en abril 2013]. ISSN 1134-5934 Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2133505>

SIMÓN, Vicente. "Mindfulness y psicología: presente y futuro". *Informació Psicológica*, [en línea] 100(septiembre-diciembre): 162-170, 2010. [citado en marzo 2013]. ISSN: 1989-9076. Disponible en: http://vicentesimon.com/pdf/presente_y_futuro.pdf

SIRERA, R. et al. "Inmunología, estrés, depresión y cáncer". *Psicooncología: Investigación y Clínica biopsicosocial en oncología*, [en línea] 3 (1): 35-48, 2006. [citado en marzo 2013]. ISSN: 1696-7240. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2003350>

SPERLING, V. "La provocación cosmológica de Schopenhauer". *Anales del Seminario de Metafísica*. Num. Extra: 399, 1992. ISSN: 1575-6866.

STARICOFF, R.; DE KANTOR, I. "El arte en el hospital". *Medicina*, [en línea] 65(5/1): 628-630, 2001. [citado en marzo 2013]. ISSN: 00257680. Disponible en: http://www.medicina-buenosaires.com/revistas/vol61-01/5/v61_5_1_p628_630.pdf

STARICOFF, RL. "Arts in health: a review of the medical literature". [en línea]. *Research Report, Arts Council of England*, 2004. ISBN: 0-7287-1044-7. Disponible en: <http://www.thesah.org/doc/music%20and%20science.pdf> [citado 10 febrero 2013]

SUESS, A. "Arte, terapia y transformación social en la intersección entre postestructuralismo y teoría crítica". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 2: 27-37, 2007. [citado en abril 2013]. ISSN: 1886-6190. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2488673>

ULRICH, R.S. "View through a window may influence recovery from surgery". *Science*, [en línea] 224(4647): 420-421, 1984. [citado en marzo 2013]. ISSN:0036-8075 (print), 1095-9203 (online). Disponible en: <http://www.majorhospitalfoundation.org/pdfs/View%20Through%20a%20Window.pdf>

ULRICH, Roger et al. "The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century". *Concord, CA: The Center for Health Design*, [web site], www.healthdesign.org, in the Research Reports section, 2004.

ULLÁN, Ana M^a; MANZANERA, P. "Las paredes cuentan: arte para humanizar un espacio de salud pediátrico". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 21: 123-142, 2009. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/bba/11315598/articulos/ARIS0909110123A.PDF>

ULLÁN, Ana M^a. "Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia. El proyecto AR.S: arte y salud". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 23: 77-88, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/36745>

VVAA. "Volumen especial sobre neurociencias". *Neurología*, [en línea] 5(1): 1-60, 2009. ISSN (papel): 02134853, ISSN (internet): 1578-1968. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revista/neurologia-295/suplementos>

VAZQUEZ ROCCA, A. "La crisis de las vanguardias artísticas y el debate modernidad-postmodernidad". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 17: 133-154, 2005. [citado en marzo 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/bba/11315598/articulos/ARIS0505110135A.PDF>

VENTURA, A. et al. "Cuidart: proyecto de arte del departamento de salud de Dénia". *Arte, Individuo y Sociedad*, [en línea] 23: 165-180, 2011. [citado en abril 2013]. ISSN:1131-5598. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/36753/35584>

VILA, V.; MARTÍNEZ-SALES, V.; REGANÓN, E.; PERIS, E. "Effects of unfractionated and low molecular weight heparins on plasma levels of hemostatic factors in patients with

acute coronary syndromes". *Hematologica*, 86:739-734, 2001. ISSN: 1592-8721. Disponible en: <http://www.haematologica.org/content/86/7/729.full.pdf+html?sid=75e0b444-145e-4f76-b160-94be9332e63d>

WENGROVER, H. "Ciencia y arte: investigación empleando medios artísticos". *Arteterapia: Papeles de arteterapia y Educación artística para la inclusión social*, [en línea] 7: 41-46, 2012. [citado en marzo 2013]. ISSN: 18866190. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/40760>

BLOGS Y WEBS:

ARTE Y CULTURA COMO TERAPIA. Halldóra Arnardóttir. [blog]: <http://arteycultura-comoterapia.blogspot.com.es> [5 abril 2013]

PROYECTO ALZHEIMER MuBAM. Arte y Cultura como Terapia contra el Alzheimer con el Museo de Bellas Artes de Murcia. Halldóra Arnardóttir. [Blog]: <http://proyectoalzheimermubam.blogspot.com.es> [5 Abril 2013]

PROYECTO CURARTE i+d: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/> [12 abril 2013]

VIDEO DE PUNSET

```
<iframe src="http://blip.tv/play/%2B3KDjY1_Ag.html?p=1" width="550" height="443"
frameborder="0" allowfullscreen></iframe><embed type="application/x-shock-
wave-flash" src="http://a.blip.tv/api.swf#+3KDjY1_Ag" style="display:none"></
embed>
```

GARCIA LLAMAS. *Métodos de investigación en educación. Aportaciones de la investigación cualitativa y evaluativa*. 2004. [grabación sonora]. Disponible en:20040215_495038-1.rm

A NEXOS

ENTREVISTA CON EL DR. ANTONIO VALDIVIA. SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA.

10 de mayo de 2013, Hospital Marina Alta. Dénia.

¿Cuáles son los proyectos que tenéis actualmente en el Hospital relacionados con arteterapia y arte?

Aquí, lo que se está trabajando es fundamentalmente en varias líneas, tenemos por un lado, Musicoterapia. Entonces, lo primero musicoterapia muchas veces llaman en las publicaciones muchas cosas que realmente no son musicoterapia. Yo creo que en el 90% de los estudios que hablan de musicoterapia se refieren a poner cascos con la música a los pacientes, esto no es terapia. Aquí, sí, aquí, trabajan dos musicoterapéutas que están formadas específicamente para este tipo de trabajo, una de ellas tiene más fondo de música y otra de ellas es psicóloga además de música, y forman un equipo buenísimo. Entonces, ellas sí que dan sesiones de musicoterapia. Las están dando en varios sitios y los resultados están siendo muy buenos.

La gente que está trabajando con nosotros con musicoterapia está trabajando en varias líneas: tenemos una línea en Hemodiálisis. Son pacientes que tienen características muy peculiares, el paciente típico de hemodiálisis promedio es el típico paciente crónico, que está harto de todo y que muchas veces pues puede tener un carácter un poco difícil. ... Se han hecho con ellos, incluso los que se negaban a todo, están contentísimos con las musicoterapéutas. Entonces, les pasan unas encuestas al final de cada una de las sesiones de musicoterapia, les hacen una sesión semanal, y en las encuestas salen todos muy contentos. La única limitación quizás, es que da la sensación por las encuestas que estamos sacando de que el efecto es mayor en los primeros meses. Si pasan, ya muchos meses

haciendo sesiones semanales parece que la novedad va pasando, y hay otro problema que es que se media una vez al final de cada intervención y una vez por semana y al final daba la sensación de que respondían por inercia. Entonces han cambiado, y ahora recogen los datos una vez al mes, aproximadamente para no agotar a los pacientes. El objetivo que tienen es mejorar su estado de ánimo y su percepción durante la sesión de HD a corto plazo, no esperamos más. De hecho, se ha hecho un estudio para ver si afectaba a la calidad de vida a largo plazo y no hemos sacado diferencias, pero en el corto plazo sí. En el corto plazo, sobre todo una cosa que las musicoterapeutas estaban buscando y les ha gustado ver que era así, es que cambia la percepción del tiempo en las sesiones de HD, que son ...de 4h. se les pasa mucho más rápido y mucho más agradables. Y son mucha gente, concentrada en una sola sala y con las sesiones, pues cuentan que están muy a gusto los unos con los otros, hacen como una especie de refuerzo de grupo.

¿es una intervención grupal?

Sí, sí, sí

¿es voluntaria?

Sí, la mayoría de la gente quiere hacerla. Claro, el problema que tenemos es que está en hemodiálisis y no quiere participar, pues no participa directamente, pero tiene que estar presente durante la sesión. Pero, bueno, nadie se nos ha quejado por esto.

Trabajan con los del hospital de día médico, que son fundamentalmente pacientes oncológicos. Sabíamos que también, que es un tipo de paciente que está “jorobado, muy fastidiado”, entonces eran pacientes difíciles para intervenir sobre ellos. La satisfacción de los pacientes está siendo brutal.

Son oncológicos, pero no están recibiendo tratamiento paliativo, ¿no?.

No claro, muy bien,... Entonces, Hospital de Día médico, ese es otro lugar donde intervienen. La satisfacción superior a hemodiálisis, son otro tipo de plan, porque en Hemodiálisis sabemos que los pacientes los van a ver una vez por semana, siempre son los mismos pacientes, salvo alguno que va entrando y saliendo; pero en Hospital de Día médico, aunque siempre hay una cierta repetición, ya que sí a lo largo de un mes pues a lo mejor ves a un paciente dos veces, lo habitual es que no les veas tan seguido. Vienen un día a la semana, un día están, tales pacientes y otro día están otros pacientes completamente distintos.

Los pacientes están contentísimos, están pidiendo que les hagan las sesiones de quimioterapia el día que toca musicoterapia. Entonces, lo que están notando pues es lo mismo que en diálisis: que están más a gusto, no piensan en la quimio y se les pasa el tiempo mucho más rápido.

¿es un cuestionario en cuanto a nivel de percepción del tiempo y sensación de satisfacción?

Exactamente.

En Psiquiatría, ya es más... ya tiene efectos clínicos claros. En hospital de día médico, nos recomendó el oncólogo que no midiéramos directamente el dolor o las náuseas, por no inducir la sintomatología. Hay mucha sintomatología que tiene un componente psicógeno y tenía miedo de que si preguntábamos por náuseas o dolor pues indujéramos un incremento de los síntomas. Claro, nos quita una información que podría ser interesante.

En Psiquiatría, si que nos dice el personal la sensación que tienen respecto a las sesiones, y realmente tiene efectos clínicos y les facilita el trabajo a los trabajadores sanitarios, dicen de los pacientes que después de la sesión están mucho mas receptivos, es mucho más fácil comunicarse

con ellos, la comunicación a nivel emocional es más fluida, se adaptan mucho mejor a las normas de la sala de hospitalización, es decir, mucho mejor.

Y, ¿también son puntuales, o hay un seguimiento?

Pasa un poco como en el Hospital de día médico, hay pacientes que reingresan bastante, entonces hay muchos pacientes que han tenido más de una sesión, pero no es la idea. Lo normal es que no se repita, que tengas una sesión y ya está.

En neonatos, estuvimos midiendo durante un tiempo, luego se dejó de trabajar con neonatos, y ahora se ha vuelto a trabajar con neonatos. Y ya tenemos que ver, cómo vamos a medir porque ahí se pueden medir variables. Hay investigación hecha en La Paz, no está publicada, está como tesis doctoral, me parece, pero midieron.

(Sí, me lo comentaron, que hay un grupo de trabajo que es muy interesante y que han medido y parece que los resultados son muy buenos)
Han medido variables cuantitativas con los neonatos FC, FR, llanto,... Se relajan, muchísimo y los padres están encantados.

Y ahora, han empezado con una cosa nueva, que es el Daño Cerebral, entonces, ahí todavía nos tenemos que meter a medir. No teníamos muchas ambiciones de medición, porque está pensado como una intervención puntual, una vez por semana vienen, y a los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular pues se les da una sesión de musicoterapia. Se espera mejorar su estado de ánimo, que se les pase el tiempo un poquito mejor, ponerles un poquito más optimistas, pero nos hemos encontrado con que hay al menos por ahora un paciente que ha pedido expresamente, seguir haciendo sesiones de musicoterapia y se le ha concedido.

¿Ellos intervienen en la sesión? ¿quiero decir tocan instrumentos?

Siempre hacen las musicoterapeutas una sesión estructurada. Yo no entiendo bien, de su metodología pero llevan una estructura. Siempre hay como una presentación, claro, la presentación la hacen con música, luego tienen participación de los pacientes, y siempre al final de la sesión hacen un cierre. Todo eso lleva un ritual. Entonces las musicoterapeutas, lo que tienen es que de los grupos que hacen arteterapia aquí, pues son los que tienen una mentalidad más científica y los que más han entrado por lo de medir sistemáticamente resultados, por eso son de los que tenemos más información.

Porque luego tenemos otra rama que es Arteterapia, según la arteterapeuta el arteterapia obtiene resultados más interesantes, cuando se hace durante varias sesiones, cuando se hace una tanda de sesiones más o menos prolongada, y entonces en ese continuo vas mejorando resultados

Aquí es una intervención puntual, claro, lo que tú esperas de una intervención puntual no es nada a largo plazo. Aún así, sí que estamos de acuerdo en empezar a medir. Vamos a empezar a tomar mediciones sistemáticas. Ella trabaja mucho con Psiquiatría, sobre la percepción de los pacientes pero lo que es más sencillo de recoger es la percepción de los trabajadores. Entonces, vamos a empezar con las mismas encuestas que pasamos a trabajadores para percepción de la musicoterapia desde el punto de vista del trabajador, no del paciente, pues la vamos a pasar para el arteterapia.

No hay nada publicado, y es una cosa interesante. Empiezan a tocar un poquito el tema.

Sobre el personal sanitario ¿dices?

Sí, hay muy poquito publicado. Hablan en términos generales, pero no

hay prácticamente nada consistente. Nosotros sí que tenemos.

Entonces vosotros, elaboráis un cuestionario y luego le aplicáis tratamiento estadístico.

Exacto, nosotros le aplicamos análisis de datos siempre que podemos con cuantitativas, pero claro, yo no estoy formado en cualitativa, no tengo entrenamiento en investigación cualitativa. Claro, es una rama de investigación que necesita mucho entrenamiento.

Ya, ... pero no sé si se pueden extrapolar los datos.

Ya, nosotros intentamos hacer un amago, por que no es investigación cualitativa fetén, pero nos da resultados muy interesantes en los campos en texto libre. Entonces, claro no podemos desperdiciar eso.

En España hay muy pocos estudios con rigor, que midan cuantitativamente resultados. En musicoterapia es más fácil medir las variables, porque empiezas la intervención...

Tienen más tradición en investigación en este campo, entonces, pero, lo que te quería decir, es que hemos revisado los datos neurocientíficos, del funcionamiento cerebral, y realmente hay una base biológica creíble, que puede perfectamente vincularse a estas cosas. Entonces, eso de alguna manea se tiene que poder medir y sobre todo el paciente neurológico. Por qué el cerebro se remodela y todo esto (el Arteterapia) genera cambios funcionales que a la vez...

Claro, es donde tenemos más potencial. Es que en musicoterapia, en hemodiálisis tenemos dificultad para sacar variables fisiológicas, ¿por qué? porque como están conectados a la máquina, podemos meterle más fluido o menos fluido si les baja la tensión, o les sube la tensión o que la FC es

alta. La información está totalmente artefactada. En hospital de día médico, no les estamos midiendo por no inducir sintomatología. En Psiquiatría no están monitorizados en ese sentido. En neonatos sí que tenemos que retomar lo de las mediciones porque en neonatos se hacen mediciones fisiológicas, y es de lo poquito que tiene estudios sistemáticos hechos, y en daño cerebral tenemos oportunidad de medir en los pacientes que hagan continuo de sesiones. En el que ha hecho una,...

Eso es lo primero yo creo, tener una continuidad en el tratamiento... poder medirlo, y luego de alguna manera, compararlo con alguien que no ha recibido la terapia.

Claro podemos tener las evoluciones en rehabilitación.

Te voy a enseñar, algunos ejemplos de resultados: aquí las tenemos.

¿Y les pasáis encuestas, pre-intervención y post-intervención de cada sesión?

Lo que pasa que tenemos esa limitación, que dices hasta que punto están respondiendo los pacientes por inercia, entonces ahí no terminamos de estar 100% seguros.

Es que, no les parece muy conveniente a los arte terapeutas, porque hay un sesgo ahí.

Claro, por eso ellos necesitan la cualitativa, seguro que necesitamos cualitativa pero con rigor y con un investigador experimentado. Esto es lo que nos da un poco la otra visión, con esto nos quedamos más contentos, porque no solamente tenemos las encuestas a los pacientes, sino que además tenemos la visión de los trabajadores. Se ha publicado muy poquito, pero de los primeros estudios que se hicieron, pues se encontraron

con una sorpresa. Ellos lo que hicieron fue: vamos a medir como afectan a los trabajadores estar presentes en una sesión de musicoterapia para demostrar que no les molestaba tanto en su trabajo, y se encontraron con que a los trabajadores no les molestaba sino que les resultaba agradable, y les gustaba más trabajar durante las sesiones de musicoterapia y percibían beneficios para los pacientes.

Los resultados en texto abierto eran tan interesantes, que aunque no seamos analizarlo con metodología adecuada, pues sí que reflejan buenos resultados. Agrupamos por tipo de mensaje y decimos cuantos han emitido un mensaje en ese sentido.

Esto, sería interesante poderlo medir luego con una ventana temporal, después de un tiempo de decalaje. Con los pacientes de hemodiálisis lo hemos hecho.

Esto se hizo en Oncología, pero en Psiquiatría los resultados son todavía mejores. Incluso los psiquiatras afirman que mejora la comunicación emocional de los pacientes y la capacidad de relación social.

Bueno, y tampoco tenéis una gran número de enfermos para poder extrapolar datos.

Bueno, eso va a ser una problema en neonatos, aunque serán más fiables porque se miden variables fisiológicas.

Los musicoterapeutas tienen bastante tradición hasta el punto que hay revisiones sistemáticas ya hechas. En arteterapia hay poquísimo y hay que irse a revistas muy concretas, y muchos estudios, pues te hablan del tema pero no miden cuantitativo. En la práctica mejora el estado de ánimo, pero ¿tienes datos? En musicoterapia, por ejemplo, tenemos la tesis de investigación de la Autónoma de Madrid, con los neonatos, que en éste miden y tiene cuantitativas por todos los lados.

y, en ¿intensivos de adultos?

Se pensó hacerlo aquí, incluso en recuperación anestésica porque, si en neonatos humaniza la atención y favorece el apoyo a los padres, por qué no en UCI adultos o en recuperación anestésica.

En las revisiones que hemos hecho, nos hablan de intervenciones con música, ojo, no de sesiones terapéuticas y concluyen que tiene un alto riesgo de sesgo, por tanto deben interpretarse con cautela.

¿Habéis analizado la relación coste/beneficio?

Si que estaba en planificación. Podemos hacer análisis coste/utilidad, o coste/efectividad porque si nos lo permiten estos datos. Podemos medir efectividad en alguna dimensión y medir cuanto nos cuesta. Por ejemplo, coste/beneficio, eso se podría hacer en Psiquiatría por que lo que nos están diciendo los trabajadores sobre que mejora la conexión emocional, el estado de ánimo, y eso apunta a que todo lo que hagas de psicoterapia con esos pacientes va a ser más efectivo, si los pacientes han recibido musicoterapia. Si conseguimos demostrar que se reduce la estancia media, eso si se puede traducir a costes. Pero de momento, estábamos pensando hacer coste/utilidad por ejemplo: ¿cuánto nos cuesta mejorar la calidad de vida? Claro, los beneficios se quedan en intangibles, que no son beneficios fácilmente traducibles a ahorros.

Y luego tenemos, varias ramas: como los Payasos, que ya no es arte terapia,

(bueno como mediador)

...que esta funcionando muy bien en niños, les encantan.

Y también se ha probado con otras intervenciones, los Cuenta-cuentos, que no terminaron de funcionar, más que nada porque es una cosa muy dura para una persona que no sea personal sanitario, ...

¿Quién coordina todo este proyecto?

Yo estoy de apoyo metodológico. El proyecto Cuid-Art con Alicia Ventura y Ana Moreno, y el responsable de la identidad social corporativa, así como el personal médico perteneciente al servicio donde se quiere intervenir. Y por supuesto, una vez aceptada la propuesta de intervención, luego siempre hay un periodo de prueba y adaptación, mientras se entrena al personal que va a participar.

El principal problema cuando intentas publicar algo es, primero que no hay casi nada. Porque si quiero publicar algo de cualquier otro tema, lo primero que hago es una revisión bibliográfica y veo como lo han hecho los demás. No hay casi nada escrito de los que puedan orientarte en metodología. Y luego, tienes que nosotros mismos nos ponemos la tirita antes de tiempo y es que sospechamos que hay muchas publicaciones donde no nos van a dejar entrar ¿por qué?, porque no publican nada sobre arteterapia, entonces sabemos que si no han publicado nada, no es casualidad. Probablemente todo lo que les llega de arteterapia les dicen que no entra en la línea editorial.

