

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

**Departamento de Psicología, Educación y Salud
PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)**

PAP PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN



ITESO

Universidad Jesuita
de Guadalajara

**PAP2A02 PSICOLOGÍA DE LA SALUD PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
EN EL ZAPOTE**

**Arte-terapia, cohesión grupal y cuidado de sí en usuarias crónicas de
CAISAME Estancia Prolongada**

PRESENTAN

Licenciatura en Psicología

Samantha Elizabeth Santana Acosta

Ana Nicole Montes de Oca Colliander

Vanessa Ortiz González

Profesora PAP: Claudia Vega Michel

Profesor PAP: José F. Everardo Camacho Gutiérrez

Índice

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional

Resumen

1. Introducción

1.1. Objetivos

1.2. Justificación

1.3 Antecedentes del proyecto

1.4. Contexto

1.5. Enunciado breve del contenido del reporte

2. Desarrollo

2.1. Sustento teórico y metodológico.

I. Historia de la salud mental

II. Trastornos mentales en el DSM-IV

III. Problematización desde el enfoque de psicología social

IV. El psicodrama

V. Calidad de vida

VI. Inteligencia emocional

VII. Arte terapia

2.2. Planeación y seguimiento del proyecto

Enunciado del proyecto

Metodología

Participantes

Cronograma de actividades para el taller de arte-terapia

3. Resultados

4. Impactos generados

4.1 Propuesta de mejora

4.2 Reflexiones del alumno o alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto.

- aprendizajes éticos
- aprendizajes personales

4.3 Conclusiones

Bibliografía

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional

Los Proyectos de Aplicación Profesional son una modalidad educativa del ITESO en la que los estudiantes aplican sus saberes y competencias socio-profesionales a través del desarrollo de un proyecto en un escenario real para plantear soluciones o resolver problemas del entorno. Se orientan a formar para la vida, a los estudiantes, en el ejercicio de una profesión socialmente pertinente.

A través del PAP los alumnos acreditan el servicio social, y la opción terminal, en tanto sus actividades contribuyan de manera significativa al escenario en el que se desarrolla el proyecto, y sus aprendizajes, reflexiones y aportes sean documentados en un reporte como el presente.

Resumen

Se presenta un proyecto de intervención psicológica con base en el diagnóstico y aplicación de teorías que sustentaron el plan de intervención. La intervención se realizó con un grupo de 13 mujeres del área de CAISAME Estancia Prolongada y consistió en la gestión y realización de 16 sesiones (24 en el verano) dependiendo de la disponibilidad de las participantes.

El objetivo fue mejorar la calidad de vida de las usuarias por medio de la arte-terapia y la promoción de relaciones interpersonales entre compañeras del área. La base teórica se conformó de la psicología social de las instituciones y del cuidado de sí de Foucault (1975, 2005), la estructura de la esquizofrenia y arte-terapia por Winnicott (Menéndez, 2010), y estudios cualitativos sobre la grupalidad. La metodología fue mixta, por un lado se realizaron bitácoras

semanales con observación participante y por el otro se llenó un formato de registro cuantitativo que cubrió diferentes esferas del comportamiento.

1. Introducción

1.1. Objetivos

En general se buscó promover la cohesión grupal y el desarrollo de la expresión artística como método terapéutico para mejorar la calidad de vida y los comportamientos de autocuidado de las participantes.

Específicamente los objetivos fueron volver al arte una nueva herramienta de expresión personal, generar relaciones de apoyo dentro de la institución, mejorar la autoestima y la autoeficacia de las participantes, cambiar su autopercepción de paciente psiquiátrico dependiente a un ser creativo capaz de vincularse y cuidarse por sí mismo, dejar en ellas la capacidad de cambiar a largo plazo, evitar la dependencia al taller y que la persona redescubra su identidad.

1.2. Justificación

Uno de los principales problemas en los usuarios en una Institución Psiquiátrica es la falta de comunicación por poseer un lenguaje incongruente y desorganizado, es en general la desorganización mental, ya sea por el mismo trastorno o por los medicamentos. Mediante las artes plásticas, las usuarias mejoraron sus habilidades comunicativas creando relaciones entre su mundo interior y el exterior. Las usuarias plasmaron las emociones en algo físico, para después apreciarlas y darles mayor significado en grupo.

Según Klein (2006), la parte clave de la arte-terapia es el proceso creativo, que tiene diferentes beneficios. Al ser creativo, el individuo no solo se basa en lo que es, en una imitación de la realidad, sino en el descubrir nuevas soluciones, en “lo que puede ser”. El ser el creador de nuevas soluciones para generar un cambio

positivo, significa para la persona colocarse como agente activo dentro de su propia vida y los cambios que desea. El proceso creativo también permite que la persona vuelva a recrearse, en su historia y en sí mismo, fortalezca el auto-concepto.

El proceso creativo y volverse independiente puede relacionarse con el autocuidado. Ser responsable de sí mismo ayuda a que la persona no dependa completamente del psiquiatra o de la institución en general, a que tome iniciativas en el cultivo de sí y a que se atienda, pues al conocerse como agente creativo, se reconoce como capaz de cuidarse, o sea, recuperarse a sí mismo al retomar esta responsabilidad personal.

Otro de los beneficios de las actividades grupales, es que se presta la oportunidad de crear una red de apoyo entre las participantes, pues la mayoría carece de ella. Una red social es esencial para mejorar la calidad de vida en las personas, pues genera mayor tranquilidad y promueve el desarrollo cognoscitivo y afectivo (Lazarus y Folkman, 1986).

Michel Foucault (1975), define la disciplina como una de las tecnologías de poder y control dentro de las instituciones de encierro. Dicha disciplina tiene la función de manipular como máquinas a los cuerpos que le pertenecen, haciéndolos dóciles y dándoles un uso específico. Se le educa a que éste obedezca. Esta sumisión y docilidad es causada por varias herramientas que las instituciones emplean, una de ellas es el arte de las distribuciones. El arte de las distribuciones son las técnicas que se utilizan para dividir a los individuos, tácticamente, dentro del espacio. El encierro obligatorio es utilizado para controlar y mantener el orden de las personas en espacios delimitados, así que, cuando se localizan y se dividen a los usuarios, se distribuyen por grupos y se descomponen las colectividades, promoviendo así la individualidad.

Para que la vigilancia dentro de un sistema funcione, es necesario promover un espacio que propicie las enemistades entre los usuarios, así ellos mismos colaboran en el orden y control del ambiente. Se vigilan, acusan, y

violentan cuando detectan que el sistema no es respetado. Es entonces que en estos espacios las amistades y redes de apoyo son pocas o nulas, no se puede confiar en el otro. Sin embargo, la institución, tal como Goffman (2001) lo dice, no es enteramente totalizante, tiene fugas.

En este proyecto se pretende aprovechar las fugas mencionadas previamente para promover, generar y crecer las amistades y redes de apoyo entre las participantes.

1.3 Antecedentes del proyecto

El actual proyecto, cuenta con una elaboración de tres años atrás por alumnado del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) que cursan sus últimos semestres de la Licenciatura en Psicología. Como primer objetivo de este proyecto, se implementó la idea de un trato con equidad, en donde no existieran justificaciones de enfermedad para un trato con “privilegios”, por lo que se reestructuró un cambio de pensamiento en los participantes de la investigación que correlaciona la adquisición de habilidades para el autocuidado, el mejoramiento de calidad de vida y la reinserción social, en el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada (C.A.I.S.A.M.E).

Desde agosto de 2013, se llevaron a cabo proyectos de arte-terapia del PAP con la población de CAISAME Estancia Prolongada. Las técnicas utilizadas varían desde danzaterapia, arte-terapia con pintura y con teatro. Por lo tanto, algunas de las participantes del taller que en este reporte se presentan, han formado parte de otros grupos anteriormente y será indicado más adelante.

1.4. Contexto

El proyecto se realizó en una institución psiquiátrica mexicana, llamada Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada (CAISAME), ubicada en el

municipio de Tlajomulco de Zúñiga, en la población del Zapote del Valle, localizada en el KM 17.5 Antigua carretera a Chapala.

El CAISAME, se encuentra a un costado del Aeropuerto Internacional de Guadalajara; ésta lejanía con la ciudad también connota distintas cosas, comenzando por la marginación que existe para las personas con algún déficit mental y la etiquetación de los mismos. Ferrando (2001), en Foucault (2015) explica que “la locura siempre ha sido lo otro, lo diferente, y ha sido explicada en cada época de distintas formas. Pero todas ellas han coincidido en su marginación: la palabra del loco se silencia, pasa a ser la palabra de la insensatez (...) con el que se identifica lo otro, lo ajeno, lo que se escapa del orden y la disciplina de las cosas.” (p. 5)

Esta institución se encarga de proporcionar servicios de salud mental a todo ciudadano que los requiera. Ofrece servicios para la detección, atención y rehabilitación oportuna en salud mental que son financiados con recursos del seguro popular.

Actualmente se encuentran internos 260 usuarios y su capacidad es de 265 camas y el promedio de 200. Además, hay 48 usuarios en UNIRE (Unidad Intermedia de Rehabilitación: villas que funcionan como estancia de medio camino), para usuarios que puedan reintegrarse de nuevo a la sociedad. Dispone de 22 médicos, con una carga horaria de trabajo de 6 horas, ofertando en promedio 3.5 consultas por hora por médico, consiguiendo un total de 462 consultas potenciales diarias. A pesar de contar con amplias instalaciones la institución no se encuentra higiénica ni en condiciones adecuadas para la cantidad de usuarios que forman parte de ella.

Aunque los internos son alimentados, reciben una cama y un uniforme, la mayoría no cuenta con los recursos necesarios; calzado, ropa interior, higiene personal o algún lugar para guardar objetos personales. Como también están las carencias psicológicas; afecto, atención y relaciones interpersonales.

La institución cuenta con un patio para cada módulo, en total 6. Los espacios suelen encontrarse sobre poblados como se mencionó anteriormente, de vez en cuando los internos están sucios desprenden olores desagradables, y cuentan con pocas actividades de estimulación para la reinserción social.

El patio de las participantes del taller, usuarias crónicas (de las cuales algunas han sido institucionalizadas desde hace 40 años), cuenta con un promedio de 55 mujeres con diferentes trastornos, no hay ningún criterio que divida a las usuarias según su padecimiento. El espacio cuenta con dos zonas techadas, baños y una mesa (donde las enfermeras se sientan). Las zonas techadas son muy pequeñas para cubrir a todas las usuarias, así que varias permanecen en el sol y muestran los síntomas de una insolación crónica. Las que están en el espacio techado tienen la opción de dormirse sobre unas camas, cubiertas de plástico, en las que varias han orinado o defecado.

Dicho espacio, aunque es grande y con varias mujeres, promueve la soledad. Hay pocos casos de relaciones interpersonales, la mayoría no confía en sus compañeras. Por la gran cantidad de mujeres en proporción a pocas enfermeras, no todas pueden recibir la atención afectiva, estimulante y básica que necesitan, pues algunas están tan deterioradas que necesitan pañal, ser bañadas y cambiadas.

1.5. Enunciado breve del contenido del reporte

En el reporte se presentó la aplicación de saberes en psicología y arte-terapia para la intervención en CAISAME Estancia Prolongada. Se sustentó el trabajo con un marco teórico: el conocimiento sobre la historia de la psiquiatría, los diferentes trastornos, la institucionalización, el encierro y por último la arte-terapia. La metodología utilizada se basó en lograr la grupalidad y el autocuidado, por medio del cumplimiento de objetivos específicos que son explicados más adelante.

Se evaluaron los alcances de la arte-terapia en la calidad de vida para usuarios de CAISAME Estancia Prolongada. A lo largo del proyecto se identificó también qué elementos son más determinantes y útiles para generar el cambio.

2. Desarrollo

2.1. Sustento teórico y metodológico.

I. Historia de la salud mental

Conocer la historia de la humanidad ayuda a que las personas aprendamos y no repitamos los mismos errores. Así sucede también al introducirse en la historia de la enfermedad mental, la cual contiene oscuros episodios en los que el trato hacia las personas consideradas “anormales” o “desviadas” ha sido completamente deshumanizante.

En la antigüedad se consideraban a las personas con comportamientos anormales como poseídas por demonios o castigados por los Dioses, así que se practicaban trepanaciones para “dejar salir a los demonios” (Salaverry, 2012). En Grecia en el s. V a.c., se adjudicó la enfermedad como un desequilibrio de los humores localizado en un órgano de origen, el cerebro en el caso de la enfermedad mental, el cual debía ser restablecido por un médico (Luque & Valagrán, 2000; Salaverry, 2012).

En Grecia del s. II d.c. y durante el imperio romano, continuó el concepto de la enfermedad mental como un desequilibrio de los humores, dividida en dos tipos: la manía y la melancolía. Los romanos comenzaron a esbozar los primeros institutos mentales, aunque predominaba el tratamiento íntimo; los enfermos eran atendidos por sus familiares en el hogar (Luque & Valagrán, 2000).

Al inicio del cristianismo se vuelve a conceptualizar la enfermedad mental como una posesión demoníaca y se construyen los primeros asilos dirigidos por

matronas cristianas. La enfermedad era determinada por la voluntad divina, “por lo tanto, no estaban destinados a curar a los enfermos sino a brindarles apoyo espiritual y también físico en tanto se definía la voluntad divina al respecto” (Salaverry, 2012).

Salpêtrière es un ejemplo de las primeras instituciones dedicadas al alojamiento de mendigos, vagabundos, prostitutas y “locas”, que fue establecido en París en 1656 por Luis XIV. Para finales de 1700s vivían allí aproximadamente 8000 personas, las condiciones de higiene eran deplorables y los espacios extremadamente reducidos (Consentino, 1998).

En el renacimiento, la enfermedad mental recupera su sentido natural y deja de ser un castigo de Dios. Alrededor del siglo XIX se crea el concepto de “normalidad” basado en el descubrimiento de que las cosas ocurren por azar. Es decir, gracias a la ciencia se entiende que existen eventos más repetitivos (normales) y otros que se alejan de lo esperado (desviados).

Con estos conocimientos revolucionarios se entiende que hay posibilidades de evitar alcanzar un punto crítico corrigiendo las variaciones de la media o normal de inmediato. Este método de alcanzar el estado normal (normalización y estandarización) se comienza a aplicar en distintos campos, como en la medicina, en el comercio, en la política (Hacking, 1990).

Actualmente y con la propuesta relativista, nos damos cuenta que cualquier estatuto es discutible, argumentable y cambiante. Lo que se identificaba ayer como enfermedad¹ no lo hace ahora y lo que hoy es anormal, no lo será mañana. Este cuestionamiento significa que la enfermedad mental es solo una clasificación, pero no determina que una persona con ciertos síntomas es un enfermo que debe ser encerrado, como alguien que porta un virus contagioso, significa que tenemos la responsabilidad de preguntarnos qué es un trastorno o si éste existe siquiera.

¹ la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) en 1973, decidiendo de manera unánime retirar la homosexualidad como trastorno de la sección *Desviaciones sexuales* de la segunda edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (el DSM-II), manual de referencia en los países occidentales en el campo de la psiquiatría

II. Trastornos mentales en el DSM-IV

En este capítulo se presentan las definiciones y clasificaciones con las que fueron diagnosticadas las usuarias del pabellón de Estancia permanente que participaron en el taller de arte a partir del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR* (APA, 1994)².

Esquizofrenia (F 20)

"La esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide [F20.0], desorganizada [F20.1], catatónica [F20.2], indiferenciada [F20.3] y residual [F20.5])" (APA, 1994: 334).

Trastorno Esquizoafectivo tipo bipolar (F 25.0)

"La característica esencial del trastorno esquizoafectivo es un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia [dos o más de los siguientes síntomas: (1) ideas delirantes (2) alucinaciones (3) lenguaje desorganizado (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia]. Además, durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas, sin síntomas afectivos acusados (Criterio B). Finalmente, los síntomas afectivos están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de la enfermedad

² Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (el DSM-II), manual de referencia en los países occidentales en el campo de la psiquiatría

(Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a los efectos fisiológicos de alguna sustancia (p. ej., cocaína) o a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo o epilepsia del lóbulo temporal) (Criterio D)” (APA, 1994, 359).

Retraso mental grave (F 72.9)

Se encuentra clasificado en el capítulo de trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia. “Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 20-40), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como para retraso mental de gravedad no especificada” (APA, 1994, 50).

Trastorno amnésico inducido por sustancias (F 10.6)

“El trastorno amnésico se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos. Los trastornos en el apartado «trastornos amnésicos» se enumeran de acuerdo con su etiología presumible: trastorno amnésico debido a una enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias o trastorno amnésico no especificado.” (APA, 1994, 200)

Trastorno bipolar I (F 30)

Se encuentra dentro del capítulo de Trastornos del estado de ánimo del DSM-IV. “El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores”. (APA, 1994, 42)
Las personas que sufren de bipolaridad son más propensas a suicidarse (10-15%

de los casos) y en los períodos maníacos suelen cometer agresiones a familiares. La carga genética es un factor importante en el padecimiento de la enfermedad.

III. Problematicación desde el enfoque de psicología social

“... sin el loco, la razón se vería privada de su realidad, sería monotonía vacía, aburrimiento de sí misma, animal desierto que presentaría su propia contradicción”

(Foucault, 1967).

En este apartado se explican las implicaciones en la humanidad que tiene el sistema psiquiátrico y el significado de enfermedad mental desde la psicología social.

Poder psiquiátrico desde Foucault:

En el libro *El Poder Psiquiátrico* Foucault (2005), menciona que la psiquiatría clásica tuvo su función y reinado entre 1850 y 1930, siendo considerada y en función de una verdad única. A partir de ese discurso, se deducía la necesidad de la institución: aislar y dejar que el poder médico perteneciera como pilar de ella. Desde un discurso verdadero, la psiquiatría demanda, hoy en día en México, la necesidad de una institución y un poder.

En una entrevista realizada entre 1971 y 1977, sin poder precisar la fecha exacta, Foucault menciona que el aparato psiquiátrico no tiene en función curar, sino para ejercer un poder determinado sobre una determinada categoría de individuos (Foucault, trad. 1999). Así los aísla y hace de sus cuerpos, cuerpos dóciles.

Foucault (1975), en *Vigilar y Castigar*, muestra que la disciplina en las instituciones está compuesta por métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, imponiendo una relación de utilidad y docilidad. Una

de las múltiples maneras de mantener esta docilidad y de ejercer esta disciplina es mediante el espacio. La arquitectura de las instituciones de poder está diseñada para controlar y mantener el orden de las personas o entes. Anula la distribución inutilizable: estableciendo presencias y ausencias, de saber cómo y dónde encontrar a los individuos, instaurar las comunicaciones útiles, interrumpir las que no lo son, poder en cada instante vigilar la conducta de cada uno, apreciarla, sancionarla, medir cualidades o méritos. Anulando así las redes de apoyo, de los individuos para así controlar y vigilar.

Por otra parte, al loco se le percibe con una fuerza desencadenada e indomable, siendo este el objetivo táctico de asilar. Así subyugando y domesticando al enfermo, poniéndolo bajo la estricta dependencia de otros entes que, por sus etiquetas (enfermero, doctor, vigilante, etc.) tienen la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible que permite modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas (Foucault, 2005).

En la *Historia de la Sexualidad* Foucault (1978), se refiere por bio-poder a aquellas prácticas de los estados modernos de "explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población". Hace un diagrama bipolar del bio-poder donde un polo se centra en la anatomo-política del cuerpo humano que tiene como meta el aprovechamiento de las fuerzas y la integración de esos cuerpos en sistemas eficientes. Pero el otro polo se encuentra los controles reguladores, en una bio-política de la población centrada en el cuerpo con mecanismos de vida, moralidad, morbilidad, longevidad.

Las relaciones de poder, primordiales en las instituciones, se constituyen con base a las acciones sobre acciones; incitar, controlar, manipular, desviar, encaminar, facilitar, dificultar, etiquetar, ampliar.... Estas acciones nos demuestran que "el poder es esencialmente represivo, que se ejerce más de lo que se posee, y que pasa tanto a los dominados como a los dominantes." (1978: 141).

Significado social de enfermedad mental

Desde la psicología social, no se puede hablar de la enfermedad mental como una verdad única sino como una construcción histórica y social de las verdades. Un grupo acepta un discurso como verdadero cuando este es aceptado por la mayoría, pero éste es creado para beneficiar a quien lo construye. Es por esto que los trastornos y las patologías pueden ser calificadas como un discurso verdadero construido socialmente. En el término de la locura puede observarse como históricamente se construye alrededor de las personas que no cumplen con el comportamiento deseado, justificando su castigo, encierro y adiestramiento. Viendo a la enfermedad mental como algo no deseado y que se necesita corregir, tratando de regresarlos a la norma.

Gergen (1996), explica que “la profesión médica delinea determinadas configuraciones, que categoriza como «enfermedades» que, como objetivo, se plantea erradicar.” Habla además sobre cómo los seres humanos se relacionan a partir de las narraciones que cuentan, es decir, el cómo una historia coloca al narrador en un lugar específico dentro su círculo social y le da forma a su autoconcepto.

La presentación de la persona: La inter-construcción teatral de la identidad

Para Goffman (2009), la identidad se puede visualizar como una representación teatral: la persona se presenta y muestra su ser y su actuar ante otros. El escenario teatral busca representar hechos cotidianos.

Dentro del escenario, el actor (o la persona) se exhibe, con máscaras de distintos personajes ante otros actores. El papel de un individuo se ajusta a los papeles representados por los otros presentes, y estos a su vez constituyen el público. Dependiendo de los personajes con los que se encuentra el actor, su actuación y su máscara se modifica. Las mujeres del área de crónicas se

muestran de una forma con aquellos que son externos a su módulo, y se presentan de forma distinta con sus compañeras de patio, lo cual va estructurando los vínculos y los modos de relacionarse dentro del psiquiátrico.

IV. El psicodrama

La técnica del psicodrama fue desarrollada por el psiquiatra rumano Jacob Moreno alrededor de los años 30, quien al formar grupos de teatro se dio cuenta de los efectos terapéuticos de la dramatización. Con la técnica surgió también la teoría, cuyos conceptos principales son los roles, el átomo social y cultural, la escena con sus elementos y fases y por último la dramatización. Estos conceptos especifican el puente que existe entre el teatro como obra de arte y la terapia en sí. (López-Barberá & Población, 1997)

Según Blatner (2005), el psicodrama consiste en la escenificación de un problema de manera de obra teatral, lo que explica que en él sea común el uso de términos derivados del teatro: protagonista, director, escenario, audiencia. El método psicodramático combina los procedimientos del análisis cognoscitivo con las dimensiones de la esfera vivencial y participativa. La “ejecución” real de la interacción, con la intervención del cuerpo y la imaginación propios, como si la situación se estuviera desarrollando en el momento presente, traslada a la conciencia un sinnúmero de ideas y sentimientos por lo general inaccesibles a través de la simple recreación verbal de esa situación. Los elementos no verbales de la comunicación no solo ejercen efectos interpersonales, sino también representan señales internas. Una de las ventajas más significativas del psicodrama es que guía el impulso del participante a la “actuación” hacia el cauce más constructivo, de la “dramatización”.

La dramatización permite al individuo recuperar muchas dimensiones de su experiencia personal desdeñadas por la sobre-intelectualizada sociedad contemporánea: creatividad, espontaneidad, drama, humor, emotividad, vitalidad,

sentido lúdico, danza ritual, movimiento corporal, contacto físico, fantasía, música, comunicación no verbal y un extenso repertorio de roles.

V. Calidad de vida

Pablo Fernández Christlieb (s.f), divide la calidad de vida en tres diferentes esferas: carga y alivio, trabajo y ocio, ser y estar. Con carga y alivio se refiere a la sensación de saberse capaz de pasar a una etapa de bienestar por sí mismo, que las dificultades son pasajeras, tanto las externas como las internas. Así es también la segunda esfera, una buena calidad de vida implica que del trabajo se obtengan resultados y que las circunstancias permitan disfrutar de aquellos. En la última esfera se define como calidad de vida la capacidad de “vivir con gracia” en la realidad, no solo “ser” alguien en la vida o ser definido, sino estar en el presente, disfrutar del ahora.

En la vida cotidiana de la mayoría de las usuarias del psiquiátrico no se cumplen las esferas de calidad de vida. La primera esfera, la de carga y alivio no se cumple en todos los casos, pues algunas usuarias experimentan alta tensión en el espacio debido al miedo constante de ser lastimadas por otras usuarias. Ya existen espacios de alivio como los talleres geriátricos y las festividades que se celebran, que las usuarias esperan, pero están reservados a pocas de ellas. Para mejorar la calidad de vida, es necesario facilitar más espacios alejados del estrés diario.

La segunda, trabajo y ocio, se cumple en cierta medida para las mujeres que tienen más responsabilidades y remuneraciones por ello; las que trabajan en limpieza o forman parte de talleres tienen momentos de esfuerzo que son premiados y con ello pueden generar satisfacción.

La tercera que se refiere a la importancia de estar presente, es difícil de alcanzar en CAISAME Estancia Prolongada, pues muchas veces las usuarias se ausentan de la realidad con el fin de adaptarse a un ambiente de condiciones deplorables. Sin embargo, se puede asesorar a las personas o utilizar el

arte-terapia para que al desenvolverse en el arte puedan presenciar el momento y puedan estar presentes.

El cultivo de sí

Foucault (2009), propone un proceso de 5 pasos para mejorar la vida propia deshaciéndose de las etiquetas y dejando de depender de la mayor cantidad de estatutos o materiales posibles. He aquí las etapas:

Volverse hacia uno mismo

Para volverse a uno mismo, Foucault (2009) menciona que es necesario desprenderse de los objetos o personas de las cuales depende, para poder quitar los obstáculos que nublen la vista hacia lo que uno es y poder verse con claridad.

Ocuparse de uno mismo implica trabajo

Ya que es necesario abandonar toda actividad para poder concentrarse en uno mismo, se necesita tiempo y dedicación. Debe dejarse "vacancia" para el cuidado de uno mismo. A diferencia de los animales, el terreno no está listo para que los humanos lo habiten sin más, sino que debe haber un esfuerzo para que las personas se adapten al medio, lo cual toma tiempo y trabajo.

Relación estrecha entre el pathos y el ethos

Foucault (2009), menciona que desde la época de los griegos se ha ligado con una fuerte relación las inquietudes del pensamiento y de la medicina (el cuerpo). Una turbación en la mente afecta al equilibrio de los humores y una perturbación en el cuerpo afecta el equilibrio mental. Para el cultivo de

sí mismo es indispensable tomar en cuenta el aspecto físico y psíquico simultáneamente y con la misma importancia.

La práctica del conocimiento de sí

Se refiere a la realización de pruebas personales para investigar el progreso de uno mismo, qué tanto puede prescindir de lo superficial, hasta dónde ha podido llegar. Si el objetivo es desprenderse de la angustia de perderlo todo, probar la resistencia hacia la pobreza es conocer que uno puede depender de nada más que de sí mismo. Esto es ser conscientes de nuestras capacidades y de nuestros límites para conocerlos y practicarlos (Foucault, 2009).

La ética del dominio de sí

Al conocerse a sí mismo es posible entender las debilidades que uno tiene y poder privarse de conductas dañinas, establecer los límites propios y saber reaccionar a las adversidades, no perder la calma (Foucault, 2009).

Es preciso mencionar que las capacidades antes mencionadas no son automáticas en todos los seres humanos, que tener una buena calidad de vida requiere de cambios y por lo tanto de esfuerzo. Sin embargo, hay personas a las cuales se les facilita, que dominan el manejo de sí mismos, una buena interacción con su entorno o que por lo regular tienen mayor *inteligencia emocional*. Sobre el último concepto se habla en el siguiente capítulo.

VI. Inteligencia emocional

Daniel Goleman (1996), explica la importancia de la inteligencia emocional (IE) dentro de la interacción humana en cualquier ámbito. La IE influye en el autocontrol, el entusiasmo, la empatía, la perseverancia y la capacidad para

motivarse a uno mismo. A pesar de que la genética y la educación en los primeros años de vida son elementales para desarrollarla, es posible aprenderla después.

Goleman (1996), menciona que la emoción sirve básicamente, desde que el ser humano existe, para tomar acción sobre lo que sucede alrededor, para huir o acercarnos a algo, para continuar o detenernos, para movernos. Neurológicamente, a lo largo del desarrollo de la especie, el sistema límbico evolucionó en conexión con el tallo cerebral y las principales funciones de supervivencia. Esto significa que el instinto y las emociones se encuentran estrechamente ligados, a pesar que en el ser humano se desarrolló la corteza cerebral, en donde se logra la reflexión de los sentimientos, la creación de símbolos, etc.

La amígdala ofrece la función de programar reacciones inmediatas sin que una evaluación compleja deba intervenir, para ahorrar tiempo. Al vivir un fuerte trauma, como un abuso sexual, se aprende a reaccionar de manera exagerada ante estímulos que se asemejen a la situación de emergencia vivida anteriormente. La inteligencia emocional consistiría en conocer las propias reacciones para poder regularlas de mejor manera (Goleman, 1996).

Howard Gardner (1999), propone las inteligencias interpersonales e intrapersonales, que consisten en comprender a los otros y de elaborar un concepto de sí mismo, respectivamente. Peter Salovey (1989), detecta 5 partes en la inteligencia emocional: conocimiento, control, motivación, reconocimiento en el otro y relaciones.

Las habilidades que se proponen en la obra de Daniel Goleman (1996), son tres: autocontrol, entusiasmo y empatía. Para lograr los tres objetivos es necesario el conocimiento y comprensión de las emociones y a través de ellos se mejora la habilidad de relacionarse, se fortalece la creación y mantenimiento de una red de apoyo, autoconocimiento y calidad de vida.

VII. Arte terapia

Descripción y origen

El arte-terapia es una disciplina que utiliza los medios artísticos para facilitar la expresión de las emociones y los pensamientos. Comenzó a considerarse el arte como medio terapéutico durante la Segunda Guerra Mundial, cuando Adrian Hill utilizó la pintura para expresar las emociones que le suscitaron los eventos traumáticos. Pronto comenzó a compartir este método con otros veteranos y se popularizó, pues era bastante efectivo (López, 2004).

Después de este momento comenzaron a hacerse trabajos e investigaciones. Sin embargo, apenas hace 3 décadas se reconoció como una disciplina. Hoy en día aún se encuentra en el camino hacia su reconocimiento mundial, sobre todo como rama profesional. (López, 2004)

Beneficios

Los beneficios del arte-terapia son variados, por lo que puede utilizarse en diferentes usuarios según el objetivo que pretende alcanzarse. Según Rogers (2011 citados en Dumas & Aranguren, 2013) “la danza, el movimiento y la música ayudan a experimentar las emociones, liberarlas y aceptarlas. Permiten ampliar la conciencia, destrabar conflictos psíquicos y generar un estado de congruencia.” (p. 42).

Según Pennebaker (1990), citado en Dumas y Aranguren (2013), un evento traumático puede ser resignificado por medio del arte, de este modo la posibilidad de manejarlo aumenta y los efectos emocionales cambian de manera positiva.

En el artículo “Creatividad: su expresión en la psicosis” de Aranguren (2011), se explica que el desarrollo de la creatividad es indispensable para fortalecer el autoconcepto y la autoeficacia, para definirse como un ser separado del entorno que puede generar los cambios que desee en su propia persona.

Con base en una gran variedad de fuentes, se puede comprobar desde lo teórico y lo empírico que el arte-terapia es un conjunto sólido de herramientas que puede lograr cambios positivos en las personas con trastornos psiquiátricos. De esta idea despegó el proyecto del taller de arte-terapia que pretende intervenir en un hospital psiquiátrico donde actualmente las internas no gozan de una calidad de vida ideal.

2.2. Planeación y seguimiento del proyecto

Enunciado del proyecto

En el taller se intervino por medio de la implementación de actividades artísticas semanales en el desarrollo personal y grupal de las usuarias de CAISAME Estancia Prolongada. Por medio de la actividad grupal, la comunicación respetuosa y la creación propia de obras artísticas, se generaron nuevas relaciones de apoyo entre ellas, aumentó la comprensión de los sentimientos propios y de los demás, se elaboraron nuevas soluciones a los problemas y aumentó el cuidado de sí mismas y a las compañeras.

Para llevar a cabo el proyecto con responsabilidad fue necesario firmar un acuerdo (ANEXO 1) con el encargado de psicología y con el director de la institución. Con el fin de crear un plan responsable de arte-terapia, también se creó un lazo con la arteterapeuta Mariana Montiel, quien nos asesoró en el proceso de creación y evaluación de las actividades.

Se utilizaron formatos de observación de diferentes esferas del comportamiento, se compararon cuantitativamente entre sí a lo largo de las semanas y de se interpretó si se logró un cambio positivo con el taller. También se implementó la observación participante para registrar citas textuales e interacciones grupales, que mostraron la evolución del grupo.

Metodología

Se asistió dos veces por semana martes y jueves, en total 16 sesiones. Estas sesiones se conformaron por talleres presentados a manera de dinámicas creativas, que buscaron expresar y vincular los endo-grupos, mediante el arte y discusiones guiadas.

La temática del taller se basó en los fundamentos del arte-terapia, que son el proceso creativo, la libertad de pensamiento, el reconocimiento de las emociones, el auto-concepto y la comunicación. Se proporcionó un ambiente saludable para fortalecer la grupalidad con base en los elementos que funcionaron en un estudio en una cárcel de Argentina (López, 2012):

- Red de identificaciones cruzadas (historias de vida semejantes)
- Ilusión grupal (deseos)
- Mito grupal
- Institución como disparadora del imaginario grupal

Las sesiones se dividieron en cuatro bloques en un aproximado de 2 horas: En el primer bloque se realizaban estiramientos y técnicas de relajación durante 15 minutos. En el segundo, 45 minutos de conversación guiada entre las participantes. En el tercer bloque se realizaba la actividad creativa. Por último, se hacía un cierre de 15 minutos, en donde se trataba englobar el tema del día y la actividad del día.

Escenario

El escenario abarcó todos los espacios y rincones de CAISAME Estancia Prolongada, desde el patio donde se encuentran las usuarias crónicas hasta la terraza de URI (Unidad Recreativa Institucional) donde se llevaron a cabo los talleres de arte-terapia.

Participantes

El grupo con el que se trabajó consistió en 12 mujeres del área de mujeres estancia permanente.

Tabla 1: Información de las participantes del taller.

<p>Nombre: Expediente/Edad Trastorno-internamien- to: Medicamentos: Red de Apoyo: Gustos y fortalezas:</p>	<p>M.E. 00-98-89/ 64 años Trastorno bipolar. Tipo 1. F.31.0 27/07/2007 Valproato de magnesio 200mg, Risperidona 2mg, Levomepromazina 25mg, Biperideno 2mg, Clonazepam 2mg, Amantidina 100mg Sobrina: Cecilia Primer taller de arte-terapia en 2013. Abordable, cooperadora, socializa, sin incidencias.</p>	<p>R.M./ 00-01-48/ 53 años Esquizofrenia F.20 16/07/1977 Clozapina 100mg, Valproato de magnesio 200mg y Fluoxetina 20mg Tía materna Primer taller de arte-terapia en 2013. Funcional, cooperadora, abierta. Le gusta Bailar y pintar. Conversa.</p>	<p>H. E./ 00-72-15/ 43 años (aproximado) Trastorno psicótico crónico n/e F.29 Retraso Mental F.71 Desnutrición crónica. 25/04/2015 Loratidina 10 mg Inexistente. En situación de indigencia, sin recuerdos. Disfruta de ver el paisaje y la comida. Coopera y sonríe.</p>
<p>R.O./ 07-48-82/ 48 años Esquizofrenia Paranoide con alucinaciones auditivas, de contenido religioso y delirios paranoides. F.20.09 15/12/2011 Risperidol inyectado 2 ampoyetas de 25 mg,</p>	<p>M.P./00-30-60/ 44 años Trastorno Esquizoafectivo tipo Bipolar F-25 10/05/2001 Olonzapina 10mg, Bromazepam 3mg, Valproato de magnesio 200mg, Levomepromazina 25 mg y Topiromato 25mg Madre y hermana mayor la visitan con</p>	<p>P.E./ 00-54-90/ 30 años Trastorno mental por lesión o disfunción epilepsia cerebral CIE-10 y retraso mental F06.8 10/10/1997 Risperidona 2mg, Valproato de</p>	<p>L.M./ 00-61-38/ 69 años Esquizofrenia Residual F-20.5 1965 Fluoxetina 20mg 1-0-0 Queticepina 100mg 1-0-1.5 Lorazepam 1mg 0-0-0.5 Levomepromazina 25mg 0-0-1.5 Su madre la visitaba hasta que</p>

<p>Risperidona 2mg, Biperideno 2mg, Clonazepam 2 mg Vecinos Primer taller de arte-terapia en 2013. Cooperadora, alerta, sin incidencias reportadas. Le gusta dibujar.</p>	<p>frecuencia. Interna J. , que en su delirio denomina como “mi bebé”. Primer taller de arte-terapia en 2013. Escolaridad primaria casi completa.</p>	<p>magnesio 200 mg, Lorazepam 1mg, 1 tableta de lorazepam 1mg, Olanzapina 10 mg, Alpazoram 0.25 mg, Risperidona 25 mg inyectada. Su mamá desapareció. Cooperadora, amable, cómica.</p>	<p>murió. Actualmente no cuenta con red de apoyo. Le gusta cocinar platillos elaborados como chiles rellenos y pan. Conversa.</p>
<p>E.P./ 00-01-89/ 64 años Trastorno mental y del comportamiento por lesión o disfunción cerebral secundario a epilepsia F-06.3 Retraso mental moderado F-71 8/10/1970 Valproato de Magnesio 200 mg 1-1-2 Alprozola 0.25 mg ½-0-1 No hay. Fue derivada de la casa del buen pastor en 1970. Es exenta de todo pago. Le gustan las demostraciones de afecto físico y verbal. Cuenta con orientación espacio-temporal.</p>	<p>M.C./ 00-54-13 / 36 años Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar F-25 26/08/2010 Metformina 850 mg Lozartan 50 mg Su red de apoyo es su familia, aunque es conflictiva. Su hermano va a visitarla y se la lleva por semanas. No tienen dinero. Primer taller de arte-terapia en 2013. Le gusta la música, el jardín y bailar. Tiene juicio pegado a la realidad, conciencia parcial de la enfermedad. Mantiene atención de forma adecuada.</p>	<p>C.Z./ 00-13-77 / 38 años Esquizofrenia desorganizada F 20.3 Ingresó 8/10/2001 Olanzapina 10mg 1-0-1, Valproato de Mg 200mg 2-2-3 Diazepam 20mg 0-0-1 Tío paterno senil y con diabetes. Ambos padres difuntos y la familia materna no desea cuidarla. Primer taller de arte-terapia en 2013. Actualmente pertenece al grupo de usuarias que hacen la limpieza del módulo.</p>	<p>G.Z./ 06-26-97/ 48 años Abuso de inhalantes F-18.1 Trastorno mental y del comportamiento secundario a lesión y la disfunción cerebral F-06.8 20/01/2010 Risperidona 2 mg 0-0-1 Lorazepam 1 mg 0-0-1 Biperideno 2mg ½-0-0 Sinogam 25 mg 0-0-½ Su hermana es su red de apoyo pero recientemente enfermó de cáncer. Le gusta dibujar y trabajar. Pertenece al grupo de usuarias que hacen</p>

			la limpieza del módulo.
L.G./ 00-01-60/ 66 años Esquizofrenia residual F20.5 Ingresó en 1988 Risperidona 2 mg Valproato de magnesio 200 mg Lozartán Enalapril Amoxicilina Su red de apoyo es una prima que la visita poco. Le gusta salir del patio. Su discurso es coherente. No tiene buenas habilidades sociales.			

Criterios de inclusión y exclusión

Se eligieron las mujeres que contaron con el interés de participar en las sesiones, éste es nuestro principal criterio. El tipo de trastorno que padecen las usuarias no consistió en un factor determinante, ni tampoco el grado de desarrollo cognoscitivo, se trató de formar la mayor variedad de participantes para conseguir una clase de complementación grupal.

Para poder lograr que las usuarias crearan relaciones emocionales entre ellas, fue necesario un ambiente saludable y por ello se consideró como criterio de exclusión a las mujeres que suelen presentar conductas agresivas hacia sus compañeras o no se muestran cooperativas.

Cronogramas de actividades del taller de arte-terapia

Periodo de verano

Tabla 2: Cronograma de actividades del periodo verano.

	Lunes 10:30-12:30: Equipo 1	Martes 10:00-12:00: Equipo 2	Miércoles 10:30-12:30: Equipo 1	Jueves 10:00-12:00: Equipo 2
Semana 1 Propia percepción / como los demás me perciben	1. Relajación 2. Introducción de taller y de participantes. Creación de acuerdos de convivencia. Temática de plática: Propia percepción. 3. Actividad creativa: Dibujate, con un color. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día. También, se abordará las expectativas del taller.	1. Relajación 2. Introducción de taller y de participantes. Creación de acuerdos de convivencia. Temática de plática: Propia percepción. 3. Actividad creativa: Dibujate, con un color. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día. También, se abordará las expectativas del taller.	1. Relajación 2. Temática de plática: Como los demás me perciben 3. Actividad creativa: Dibuja, en la misma hoja, con otro color, como los demás te perciben. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.	1. Relajación 2. Temática de plática: Como los demás me perciben 3. Actividad creativa: Dibuja, en la misma hoja, con otro color, como los demás te perciben. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.
Material	Hoja de sketch grande. Colores.	Hoja de sketch grande. Colores.	Hoja de sketch grande. Colores.	Hoja de sketch grande. Colores.
Semana 2 Deseos personales y comunes.	1. Relajación 2. Temática de plática: Deseos personales. 3. De manera	1. Relajación 2. Temática de plática: Deseos personales. 3. De manera	1. Relajación 2. Temática de plática: Deseos comunes ¿qué nos une?	1. Relajación 2. Temática de plática: Deseos comunes ¿qué nos une?

	<p>individual, harán un collage con recortes de sus deseos personales. encima de una estrella.</p> <p>4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.</p>	<p>individual, harán un collage con recortes de sus deseos personales. encima de una estrella.</p> <p>4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.</p>	<p>3. Actividad creativa: En un rotafolio se pegaran las estrellas personales y se dibujarán los deseos y gustos comunes.</p> <p>4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.</p>	<p>3. Actividad creativa: En un rotafolio se pegaran las estrellas personales y se dibujarán los deseos y gustos comunes.</p> <p>4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.</p>
Material	<p>Estrella grande recortada. Revista. Tijeras. Pegamento.</p>	<p>Estrella grande recortada. Revista. Tijeras. Pegamento.</p>	<p>Estrella ya con los recortes. Rotafolio. Plumones. Cinta.</p>	<p>Estrella ya con los recortes. Rotafolio. Plumones. Cinta.</p>
Semana 3 Fotografía s/percepción del otro	<p>1.Relajación</p> <p>2. Temática de plástica: ¿cómo es el mundo a través de mis ojos?</p> <p>3. Actividad creativa: Tomar fotos de las compañeras y las psicólogas tomarán fotos de los distintos sentimientos de las participantes.</p> <p>4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.</p>	<p>1.Relajación</p> <p>2. Temática de plástica: ¿cómo es el mundo a través de mis ojos?</p> <p>3. Actividad creativa: Tomar fotos de las compañeras y las psicólogas tomarán fotos de los distintos sentimientos de las participantes.</p> <p>4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.</p>	<p>1.Estiramiento</p> <p>2.Temática de plástica: ¿qué vemos en nuestro entorno?</p> <p>3.Actividad creativa: recolectar plantas y flores de alrededor para hacer un diseño en una hoja elegida por ellas mismas.</p> <p>4.Cierre: Diferencias y similitudes</p>	<p>1.Estiramiento</p> <p>2.Temática de plástica: ¿qué vemos en nuestro entorno?</p> <p>3.Actividad creativa: recolectar plantas y flores de alrededor para hacer un diseño en una hoja elegida por ellas mismas.</p> <p>4.Cierre: Diferencias y similitudes</p>

Material	Cámara desechable, cámara fotográfica profesional.	Cámara desechable, cámara fotográfica profesional	Pegamento y hojas de diseño	Pegamento y hojas de diseño
Semana 4 Continuación de semana 3 y en la segunda parte de la semana: ¿Qué significa ser mujer? ¿Estoy orgullosa de ser mujer?	1. Relajación 2. Temática de plástica: Emociones 3. Actividad creativa: Se imprimirán las fotos tomadas la sesión pasada y en un rotafolio con distintas emociones se pegaran la fotos bajo las emociones que estas transmiten. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.	1. Relajación 2. Temática de plástica: Emociones 3. Actividad creativa: Se imprimirán las fotos tomadas la sesión pasada y en un rotafolio con distintas emociones se pegaran la fotos bajo las emociones que estas transmiten. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.	1. Relajación 2. Temática de plástica: ¿Qué significa ser mujer? 3. Actividad creativa: recortes de revista que representen lo que es “ser mujer” y hacer un collage colectivo. 4. Cierre: Expresar con palabras lo que se repite.	1. Relajación 2. Temática de plástica: ¿Qué significa ser mujer? 3. Actividad creativa: recortes de revista que representen lo que es “ser mujer” y hacer un collage colectivo. 4. Cierre: Expresar con palabras lo que se repite.
Material	Fotos reveladas Caritas expresando distintas emociones. Rotafolio. Cinta	Fotos reveladas Caritas expresando distintas emociones. Rotafolio. Cinta	Revistas, pegamento y hojas de diseño	Revistas, pegamento y hojas de diseño
Semana 5 ¿Qué es ser mujer? ¿Estoy orgullosa de ser	1. Relajación 2. Temática de plástica: Qué significa ser mujer 3. Actividad	1. Relajación 2. Temática de plástica: Qué significa ser mujer 3. Actividad	1. Relajación 2. Temática de plástica: ¿Estoy orgullosa de ser mujer? 3. Actividad	1. Relajación 2. Temática de plástica: ¿Estoy orgullosa de ser mujer? 3. Actividad

mujer?	creativa: Pinta en el lienzo algo que represente ser mujer. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.	creativa: Pinta en el lienzo algo que represente ser mujer. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.	creativa: continuar con el lienzo algo que represente ser mujer. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.	creativa: continuar con el lienzo algo que represente ser mujer. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.
Material	Lienzo grande, acrílico, pinceles, vasos para agua, lápices.	Lienzo grande, acrílico, pinceles, vasos para agua, lápices.	Lienzo grande, acrílico, pinceles, vasos para agua, lápices.	Lienzo grande, acrílico, pinceles, vasos para agua, lápices.
Semana 6 Regalos y amistad El dar un regalo a las compañeras resalta las cualidades fortalece los vínculos y la apreciación de las demás.	1. Relajación 2. Temática de plática: Amistad 3. Actividad creativa: Cada quien retrata con carboncillo a sus compañeras, como manera de regalo y de resaltar las cualidades de sus compañeras. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día	1. Relajación 2. Temática de plática: Amistad 3. Actividad creativa: Cada quien retrata con carboncillo a sus compañeras, como manera de regalo y de resaltar las cualidades de sus compañeras. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día	1. Relajación 2. Temática de plática: Amistad 3. Actividad creativa: Cada quien agrega retoques con color a su trabajo. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día. Cada una escribe en sus retratos un aspecto positivo de la persona retratada.	1. Relajación 2. Temática de plática: Amistad 3. Actividad creativa: Cada quien agrega retoques con color a su trabajo. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día. Cada una escribe en sus retratos un aspecto positivo de la persona retratada.
Material	Carboncillo y papel	Carboncillo y papel	Pasteles de color	Pasteles de color
Semana 7	Redacción de	1. Relajación	Entrega de	Convivio de los

Convivencia/ cierre.	investigación	2. Temática de plática: Resumen de todo lo visto 3. Actividad creativa: En un rotafolio se hará un mural que represente todos los temas abordados. 4. Cierre: se buscará englobar el tema del día y la actividad del día.	calificaciones.	4 grupos con comida y bebida en la terraza.
Material	-	Rotafolio. Gises, plumones, acrílico.	-	Comida y bebida

Periodo de otoño

Tabla 3: Cronograma de actividades del periodo de otoño

	Martes 10:30-12:30:	Jueves 10:00-12:00:
Semana 1 30.08 y 1.09	1. Estiramiento 2. Introducción de taller y de participantes. Creación de acuerdos de convivencia. Temática de plática:	1. Estiramiento 2. Temática de plática: Planes de la obra

	<p>¿Qué ha pasado desde la última vez que nos vimos?</p> <p>3. Actividad creativa: Creación de personajes. (No se les dirá que se intenciona hacer una obra). Se les pedirá que dibujen a un personaje y que describan cómo es? qué le gusta?</p> <p>4. Cierre</p>	<p>3. Actividad creativa: Actuar el personaje.</p> <p>4. Cierre: preguntar qué sintieron y vivieron mientras actuaban el personaje</p>
Material	Colores, hojas, lápices.	Los dibujos de sesión anterior
Semana 2 6.09 y 8.09	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plática: ¿Qué tanto te identificaste con tu personaje al actuarlo?</p> <p>3. Actividad creativa: creación de la historia. Hacer dibujos en hojas pequeñas, revolverlas en un montón boca abajo y elegir tres. Cada vez que se eligen tres imágenes se intenta crear una historia con esos dibujos.</p> <p>4. Cierre</p>	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Actividad creativa: Elegir una de las historias y desarrollarla integrando personajes. Dividir las etapas en inicio, desarrollo, clímax y desenlace. Dividimos un rotafolio en las diferentes etapas y pintamos las etapas.</p> <p>3. Cierre</p>
Material	Hojas, lápices y crayones.	Rotafolio y plumones
Semana 3 13.09 y 15.09	<p>1. Estiramiento.</p> <p>2. Comenzar a actuar la obra.</p> <p>3. Cierre.</p>	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plática</p> <p>3. Actividad creativa: Repasar de nuevo la obra. Creación de vestuarios</p> <p>4. Cierre.</p>
Material	Dibujos e historia de las sesiones pasadas.	Retazos de tela y ropa.
Semana 4 20.09 y 22.09	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plática: expectativas y miedos de la obra.</p> <p>3. Actividad creativa: Último repaso de la obra.</p> <p>4. Cierre.</p>	<p>1. Actividad creativa: Presentación.</p> <p>2. Cierre: cómo nos fue en la obra?</p>
Material	Vestuario.	Vestuario.
Semana 5	1. Estiramiento	1. Estiramiento

27.09 y 29.09	<p>2. Temática de plástica: ¿somos nuestra enfermedad?</p> <p>3. Actividad creativa: Representar con un trozo de plastilina su enfermedad (¿Cómo se ve? ¿De qué color es?)</p> <p>4. Cierre.</p>	<p>2. Temática de plástica: ¿Se puede convertir en algo positivo la etiqueta?</p> <p>3. Actividad creativa: Utilizando sus figuras hechas, transformarlas en algo positivo.</p> <p>4. Cierre.</p>
Material	Plastilina de diferentes colores.	Figuras de plastilina.
Semana 6 4.10 y 6.10	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: ¿Cómo sería yo si no tuviera la etiqueta?</p> <p>3. Actividad creativa: Hacer el boceto de la pintura.</p> <p>4. Cierre:</p>	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: ¿Cómo sería yo si no tuviera la etiqueta? continuación.</p> <p>3. Actividad creativa: Continuar con la pintura.</p> <p>4. Cierre:</p>
Material	Pintura, lienzos, pintura.	Pintura, lienzos, pintura.
Semana 7 11.10 y 13.10	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: Yo con los psicofármacos</p> <p>3. Actividad creativa: autorretrato de ellas mismas sin los psicofármacos.</p> <p>4. Cierre.</p>	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: Yo sin los psicofármacos</p> <p>3. Actividad creativa: autorretrato de ellas mismas con los psicofármacos.</p> <p>4. Cierre: comparar los dos retratos.</p>
Material	Fabriano, acuarela	Fabriano, acuarela
Semana 8 18.10 y 20.10	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: Estar consciente de nuestros cuerpos.</p> <p>3. Actividad creativa: Coreografía.</p> <p>4. Cierre.</p>	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: Conocernos.</p> <p>3. Actividad creativa: Hacer una canción. Llevaremos palabras impresas con las crearemos la canción. Las palabras están relacionadas con su vivencia en zapote y en el taller.</p> <p>3. Cierre:</p>
Material	Bocinas	Bocinas.
Semana 9 25.10 y 27.10	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: ¿Qué nos ayuda a relajarnos?</p> <p>3. Actividad creativa: Colorear un mandala sin ponerle su nombre. Al final, todas se rompen</p> <p>4. Cierre.</p>	<p>1. Estiramiento</p> <p>2. Temática de plástica: darnos cuenta que mis compañeras están pasando por una situación similar. Empatía.</p> <p>3. Actividad creativa: Cuadro colectivo, pintar juntas nuestras emociones.</p>

		4. Cierre.
Material	Mandalas impresos y colores.	hojas de color, maquillaje
Semana 10 1.11 y 3.11		1. Estiramiento 2. Despedida. 3. Cierre de taller.
Material		

3. Resultados

En este apartado se muestran primero los resultados cualitativos y cuantitativos de cada una de las participantes por separado. Al final, en la conclusión, se hace un resumen de los resultados observados en la dinámica grupal de las participantes. Para obtener los resultados, durante todo el periodo de otoño 2016, se llevaron a cabo registros de observación que consideraban las siguientes áreas a calificar: psicomotricidad fina, relaciones interpersonales, relación intrapersonal y contacto con la realidad.

El primer criterio a calificar, es decir, la psicomotricidad fina, se enfocó en el registro de la presión del trazo y el uso de líneas continuas. Se optó por observar estos aspectos de la psicomotricidad debido al deterioro que existe en las usuarias derivado de la institucionalización, la falta de estimulación y los efectos secundarios de los psicofármacos.

En el criterio de relaciones interpersonales, la observación se centró en el respeto hacia el resto de las compañeras, el diálogo que tuvieron entre ellas y por último los comentarios positivos que decían de sus compañeras. Se decidió considerar este aspecto como elemento de calificación debido a que, uno de los propósitos principales de la intervención del taller de arte-terapia se enfocó en la búsqueda de la creación y cuidado de los vínculos que existen entre las participantes.

El propósito de registrar aspectos de la relación personal, fue tener datos que sirvieran para visibilizar el autocuidado y la relación consigo mismas, abarcando aspectos tanto físicos (como la higiene personal) como psicológicos (como los comentarios positivos de sí mismas). Dicho aspecto también fue un motor fundamental dentro de la intervención del taller: se buscó promover el cuidado de sí.

Por último, el registro del contacto con la realidad se basó en la observación de la conducta referencial, el discurso coherente y la orientación tiempo y espacio. El propósito de observar dicho aspecto fue detectar si las intervenciones y las sesiones de taller, propiciaron que las participantes estuvieran más conscientes de la realidad y del entorno.

La calificación de cada aspecto se dio en cada una de las sesiones y con cada una de las participantes, pudiendo obtener:

Calificación	Valor numérico
Ausente: no se observó dicho elemento durante la sesión.	1
En desarrollo: se ven mejoras, o una evolución en la manifestación.	2
Presente: el elemento está presente durante la sesión.	3

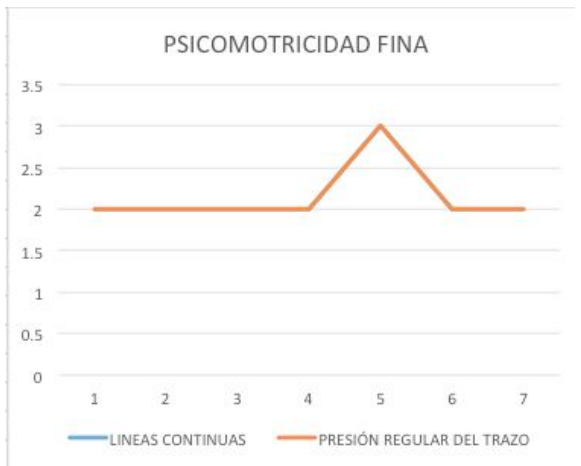
Al finalizar las intervenciones, se graficaron todos los resultados obtenidos en las participantes, los cuales se van a mostrar y explicar a continuación, haciendo una interpretación de los datos cualitativos y aunando observaciones cualitativas, con el propósito de hacer un registro completo de todas las integrantes y de todas las sesiones del taller de arte-terapia.

M.E

Resultados cuantitativos: Las gráficas 1-4 representan los puntajes de M.E. En la gráfica 1 se muestra una psicomotricidad fina en desarrollo excepto por la sesión 6, tanto por las líneas continuas como la presión regular del trazo. Las habilidades en las relaciones interpersonales de M.E. fluctuaron entre ser presentes y ausentes durante todo el taller, no se mostró estabilidad en el diálogo, el respeto ni los comentarios positivos a sus compañeras (gráfica 2).

En cuanto a la relación intrapersonal, M.E. disminuyó su higiene personal y después de mostrar comentarios positivos sobre sí misma en la mitad del taller, éstos disminuyeron también a partir de la sesión 11. El contacto con la realidad se mantuvo a lo largo de todas las sesiones en todos los subgrupos: conducta referencial, discurso coherente y orientación espaciotemporal.

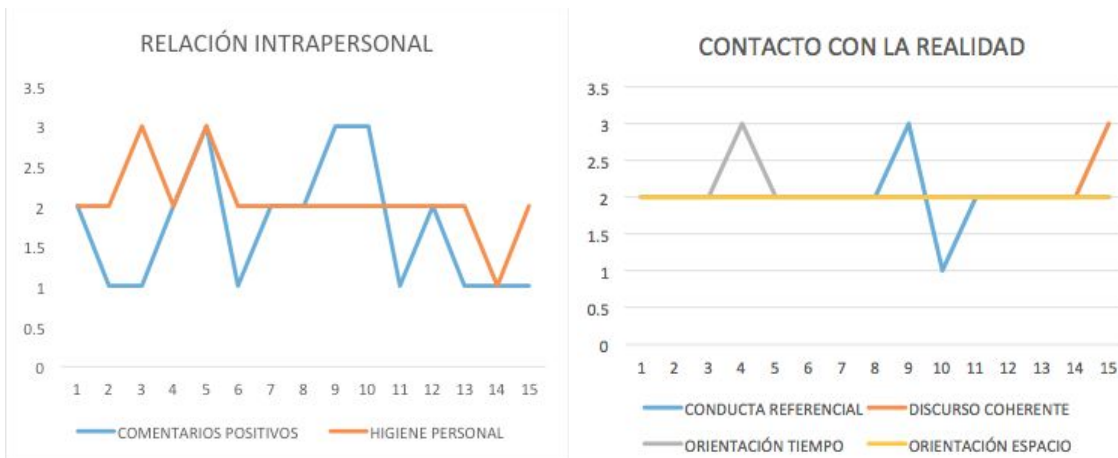
Gráfica 1 puntaje de psicomotricidad por sesión de M.E..
M.E.



Gráfica 2 puntaje de relaciones interpersonales por sesión de M.E.



Gráfica 3 puntaje de relaciones intrapersonales por sesión de M.E. Gráfica 4 puntaje de contacto con la realidad por sesión de M.E.



Resultados cualitativos: M.E. es una señora que tiene un temperamento fuerte y difícil. Se resiste a establecer nuevos vínculos, pero aun así los tiene y demuestra afecto cuando estas personas la necesitan. Mostró gran empatía y acercamiento cuando P.L. Existieron momentos que estuvo muy sentimental, lloró o se peleó seguido con las demás, pero cuando se le separaba para hablar del tema lograba expresar la situación que la estaba conmoviendo en ese momento. Sin embargo, se notó que aumentó su inestabilidad emocional y física lo cual le impidió a estar completamente presente en el taller y las actividades.

R.M

Resultados cuantitativos: R.M. asistió a solo 11 sesiones, 4 de ellas de dibujo y están representados en las gráficas 5-8. Mostró una buena psicomotricidad fina durante 3 de las 4 sesiones, tanto en la continuidad de las líneas como la presión regular del trazo. En cuanto a relaciones interpersonales, aumentó la frecuencia con la que dialogaba con otras y también los comentarios positivos hacia sus compañeras. El respeto estuvo presente en casi todas las sesiones excepto por la 1, 4 y 5.

Su relación intrapersonal mejoró en cuanto a los comentarios positivos sobre sí misma que se mantuvieron presentes en las últimas 4 sesiones. Su higiene personal se mostró muy inestable. Obtuvo mayor puntaje en la segunda mitad del taller en cuanto a contacto con la realidad por el discurso coherente y la conducta referencial. La orientación espacio-temporal fue muy inestable según la gráfica 8.

Gráfica 5 puntaje de psicomotricidad por sesión de R.M.

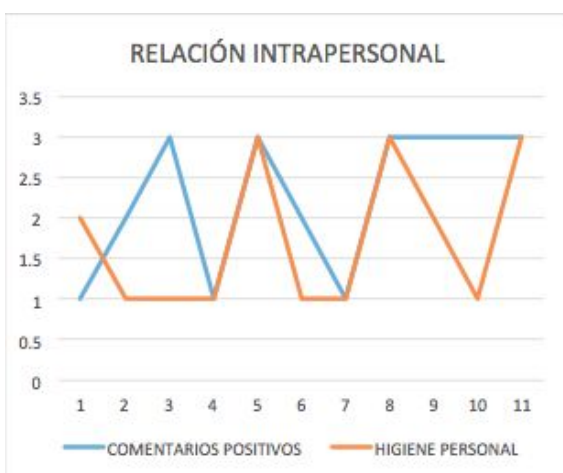


Gráfica 6 puntaje de relaciones interpersonales por sesión de R.M.



M

Gráfica 7 puntaje de relaciones intrapersonales por sesión de R.M.



Gráfica 8 puntaje de contacto con la realidad por sesión de R.M.



Resultados cualitativos: Este semestre R.M. mejoró su relación con sus compañeras y su ánimo. Al comienzo del semestre su presencia fue casi ausente, se sentaba en una esquina y no respondía, sólo si le hablabas por su nombre. Ahora participa de manera activa en el taller. Le gustaba poner pasos para el estiramiento, platicaba durante las actividades con L.G. Está ahora mucho más estable, en verano su ánimo se encontraba en un sube y baja, depresiva y maníaca. Su estabilidad, además, ha permanecido por mucho tiempo. Atendió muy poco al taller durante el semestre pero es importante que siga yendo, el hueco de verano a otoño hizo que se empeorara.

H.E

Resultados cuantitativos: Según las gráficas H.E. obtuvo mayores puntajes en todas las categorías en la segunda mitad del taller, pero los más bajos a la mitad del mismo, que se derivaron de una caída en su estado general de salud, de cuyas causas no se obtuvo información por parte de los enfermeros, psiquiatras ni de ella misma. En psicomotricidad fina hubo una pequeña mejora al principio, luego una caída (sus habilidades en dibujo se mostraron afectadas en presión y continuidad del trazo) y por último una mejora y mantenimiento de las habilidades.

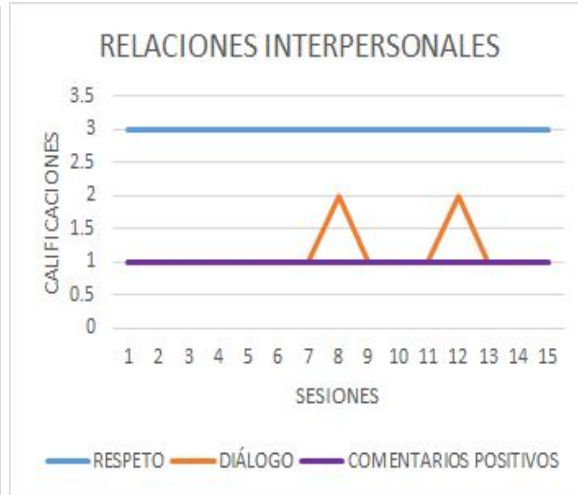
En cuanto a las relaciones interpersonales de H.E., nunca se observó una falta de respeto por parte de ella hacia sus compañeras, pero tampoco comentarios positivos. El diálogo se presentó de manera limitada en un par de sesiones durante la segunda mitad del taller. Su relación consigo misma se calificó mediante los comentarios positivos sobre sí misma (los cuales fueron permanentemente ausentes) y la higiene personal que fue siempre presente, excepto por tres sesiones en la primera mitad del taller, cuando fue su caída.

La esfera de contacto con la realidad fue muy variante en ella. La mejora más significativa estuvo en la orientación espacio, que se encontraba ausente al principio y completamente presente a partir de la octava sesión. La coherencia del discurso y la orientación en tiempo se vio permanentemente afectada después de su periodo de caída, pues después de eso la mayoría de las sesiones estuvo parcialmente presente. La conducta de H.E. siempre fue referente, excepto por las dos sesiones de caída.

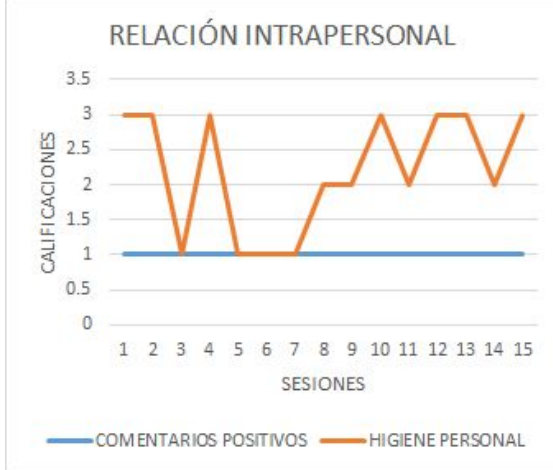
Gráfica 9: Puntaje de psicomotricidad por sesión de H.E.



Gráfica 10: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de H.E.



Gráfica 11: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de H.E.



Gráfica 12: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de H.E.



Resultados cualitativos: Al inicio del taller, H.E. se caracterizó por ser algo tímida pero muy alegre y participativa. Su forma de estar nunca tuvo una característica verbal, más bien se podía observar en sus gestos y sus conductas. Sus relaciones interpersonales fueron muy limitadas, sin embargo se encontró un gran apego en las primeras sesiones hacia J., quien participó pocas sesiones y quien, a su vez no se expresaba oralmente. Realizó las actividades, siempre respetó a las demás y siempre estuvo con una sonrisa en el rostro.

Un poco antes de la mitad del semestre, se notó que tuvo un retroceso considerable. De un día para otro, dejó de hablar completamente, dejó de peinarse, dejó de bañarse y dejó de sonreír. No parecía ausente, más bien se veía

triste. Se buscó obtener más información respecto a su estado de ánimo, sin embargo no se encontró ningún cambio o evento registrado en su expediente. Algunos días después, junto con su trabajadora social, fue a buscar a su familia a una colonia que recordó. No se encontró a ningún familiar o conocido, sin embargo a partir de dicha salida, su comportamiento fue regresando a su expresión usual poco a poco.

R.O.

Resultados cuantitativos: Las habilidades de psicomotricidad fina de R.O., se encontraron siempre completamente desarrolladas, excepto por la sexta y séptima sesión de pintura, donde se utilizó acuarela. Los ítems de relaciones intrapersonales son muy cambiantes en R.O. Los comentarios a sí misma cambiaron de positivos a otros de extremada autoexigencia, en la gráfica se observa que solo estuvieron completamente presentes en en las sesiones 11, 12 y 13. Su higiene personal se mantuvo mucho más estable en la segunda mitad del taller, no estuvo ausente después de la octava sesión.

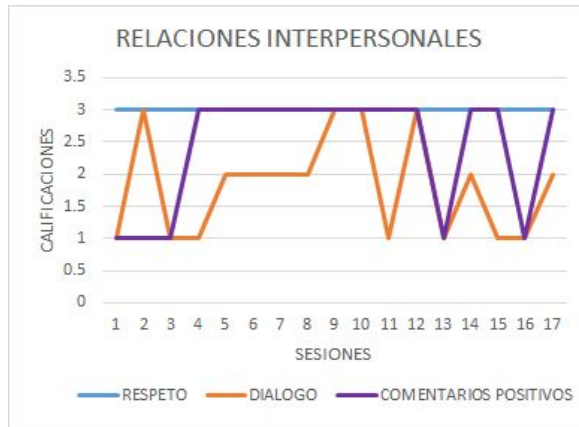
Según las gráficas, las relaciones interpersonales también fueron muy variadas, sobretodo en cuestión del diálogo con las demás, pues algunas veces se relacionaba de manera muy activa con otras y en otras ocasiones se aislaba. R.O. es la participante con mayor puntaje en los comentarios positivos hacia otras, que estuvieron presentes durante 11 de 17 sesiones. El respeto hacia otras siempre estuvo presente en ella.

El contacto con la realidad de R.O. se refleja muy inconstante también en las gráficas. Su mayor debilidad es la coherencia del discurso, que se mostró presente solamente en dos sesiones y una vez de manera parcial, esto se debe a la gran cantidad de delirios que comunica. La conducta referencial fue intermitente, pero encontró la mayor estabilidad en las sesiones 13-16.

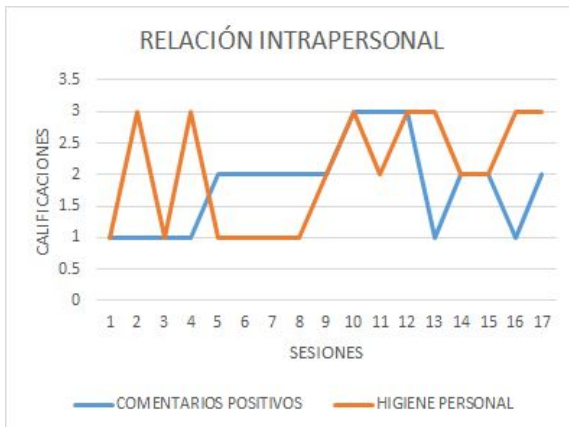
Gráfica 13: Puntaje de psicomotricidad por sesión de R.O.



Gráfica 14: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de R.O.



Gráfica 15: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de R.O.



Gráfica 16: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de R.O.



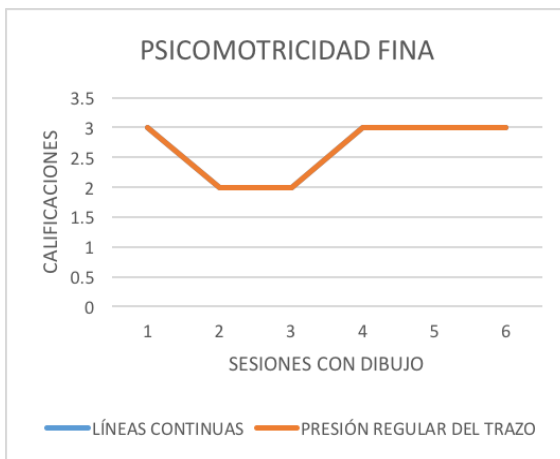
Resultados cualitativos: R.O siempre se caracterizó por ser increíblemente respetuosa hacia sus compañeras, además de decir comentarios positivos del resto de las participantes, sobretodo enfocados a la apreciación de las obras artísticas. Durante el taller tuvo avances significativos; sus constantes delirios se empezaron a encaminar hacia su proceso creativo. Utilizó lo que “sus voces” le decían para crear obras densas con explicaciones complejas y extremadamente vivenciales. Por otro lado, se encontró que la compañía y la constante estimulación fueron los aspectos que permitieron que su discurso y sus comportamientos se adecuaran a la realidad.

No se detectó ningún vínculo significativo con otra participante, sin embargo se encontraron muchos avances dentro de los aspectos individuales como en la conducta referencial, discurso coherente y orientación espacio y tiempo.

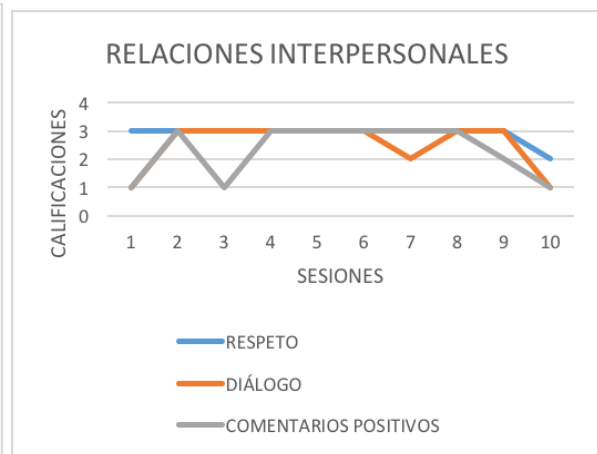
M.P

Resultados cuantitativos: M.P. asistió a muy pocas sesiones y en este periodo no se notaron mejoras ni empeoramiento en contraste con las primeras sesiones según las gráficas 17-20, excepto por la orientación espacial, el diálogo y el respeto. En psicomotricidad fina se observa un buen nivel a excepción de las sesiones 2 y 3. Los comentarios positivos aumentaron en las últimas sesiones de teatro, pero decayeron después y M.P dejó de asistir. En relación intrapersonal se refleja su megalomanía en los comentarios positivos hacia sí misma que se presentaron siempre, no así la higiene personal que varió mucho de sesión a sesión.

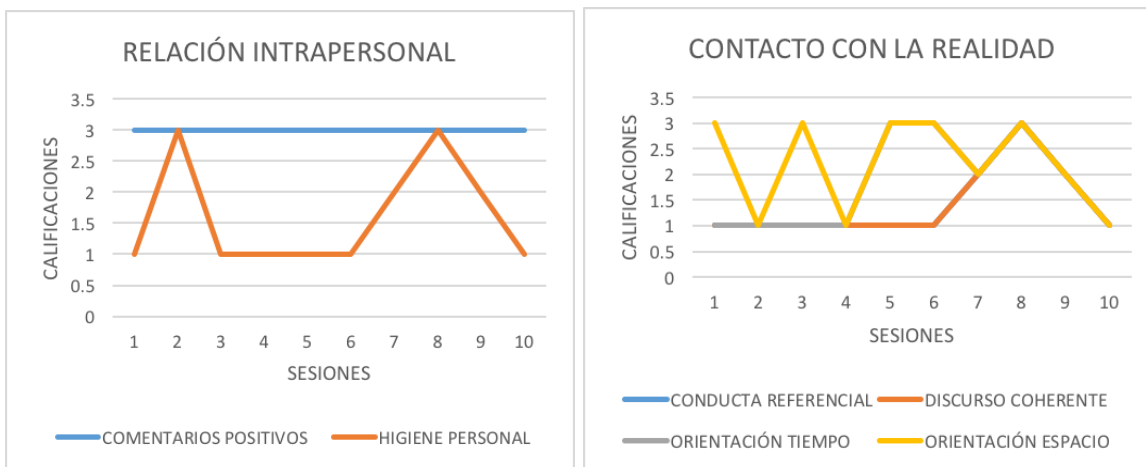
Gráfica 17: Puntaje de psicomotricidad por sesión de M.P. Gráfica 18: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de M.P.



Gráfica 19: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de M.P. M.P.



Gráfica 20: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de M.P.



Resultados cualitativos: Desde el inicio del taller se encontraron varias manifestaciones por querer agradar al grupo, la mayoría de ellas iban enfocadas en detalles pequeños. Por ejemplo: al inicio de cada sesión, M.P. se encargaba de ir a los árboles a cortar algunas frutas para compartirle a todas las del taller. Sin embargo, eran raras las demostraciones de afecto o los vínculos estrechos con sus compañeras (salvo el caso de J.). Sin embargo, a partir del proceso de la obra, se encontró que empezó a buscar relacionarse mejor con otras usuarias e incluso en sesiones llegó a llorar por R.M. y lo que su enfermedad le ocasiona. Su megalomanía la hizo tener fortalezas en la relación interpersonal y en su auto percepción.

P.L.

Resultados cuantitativos: Los puntajes de P.L. se muestran en las gráficas 21-22, en las cuales se reflejan mejoras sobretodo en la psicomotricidad fina y en las relaciones interpersonales. Hay muchas variaciones en las relaciones interpersonales, el diálogo se presentó a veces total y a veces parcialmente, los comentarios positivos aumentaron en comparación con las primeras sesiones y el respeto fue intermitente, a veces estaba presente y otras ausente, pero las sesiones donde se mostraron faltas de respeto fueron más comunes en las primeras sesiones. El contacto con la realidad de P.L. nunca fue total, excepto por dos sesiones, pero se mantuvo a lo largo del taller.

Gráfica 21: Puntaje de psicomotricidad por sesión de P.L.



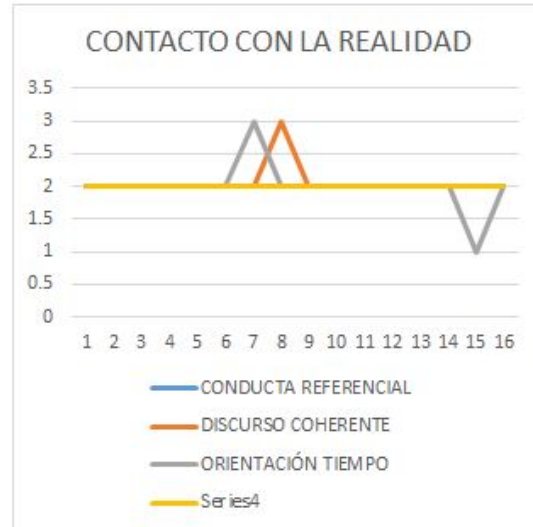
Gráfica 22: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de P.L.



Gráfica 23: Puntaje de relaciones intrapersonales por sesión de P.L.



Gráfica 24: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de P.L.



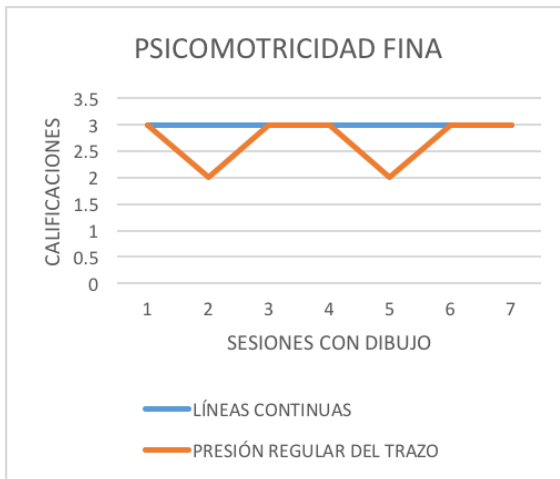
Resultados cualitativos: Hubo un avance emocional muy importante para P.L., logró expresar su historia de vida y cómo se siente respecto a su madre. Participó bien en las actividades y las realizó con gusto. Fortaleció las redes de apoyo que ya tenía, buscó su apoyo cuando se sentía triste o mal y su compañía cuando estaba bien y contenta. Explotó su buen sentido del humor haciendo reír a sus compañeras. Mostró empatía a las situaciones difíciles de sus compañeras.

L.M

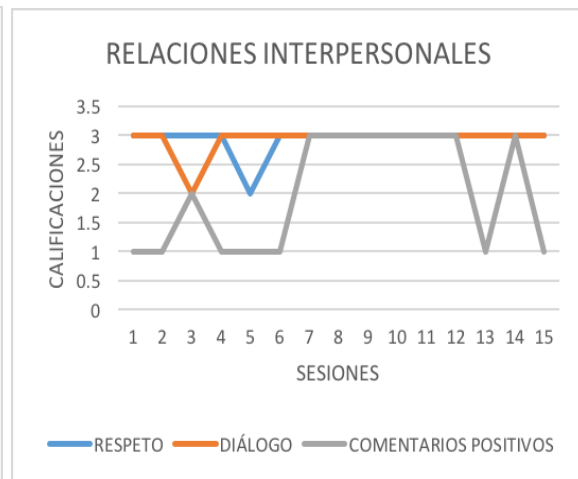
Resultados cuantitativos: L.M mantuvo una buena psicomotricidad fina (gráfica 25), con pequeñas irregularidades de su presión del trazo. Fue de las pocas participantes que expresó comentarios positivos hacia otras, lo cual puede deberse a su larga participación en el grupo. El diálogo estuvo permanentemente presente, al igual que el respeto, según la gráfica 26.

En cuanto a la relación intrapersonal, la higiene personal estuvo casi siempre presente, excepto por dos sesiones en la primera mitad del taller y los comentarios positivos estuvieron presentes en dos sesiones y en desarrollo en cuatro, repartidas a lo largo del taller. El contacto con la realidad mejoró tanto en la conducta referencial como en el discurso coherente, la orientación espacial se mantuvo siempre presente, pero la orientación temporal fue intermitente al principio, pero en desarrollo durante la segunda mitad del taller.

Gráfica 25: Puntaje de psicomotricidad por sesión de L.M.



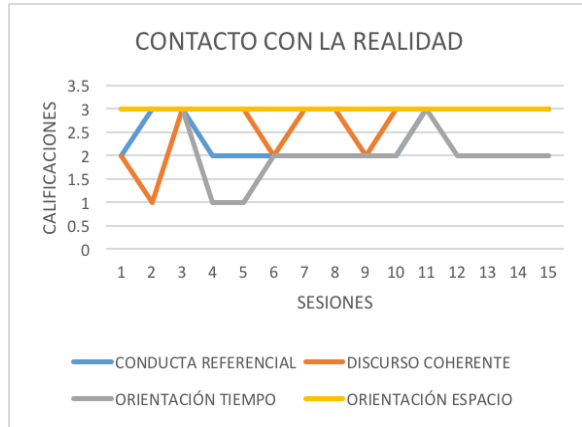
Gráfica 26: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de L.M.



Gráfica 27: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de L.M.



Gráfica 28: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de L.M.

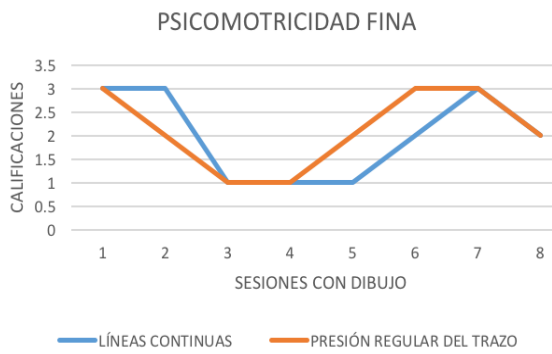


Resultados cualitativos: L.M. mostró los últimos 4 meses una mejora significativa en su contacto con la realidad. Para lograrlo, se reforzaron sus comentarios relacionados con el taller y sus compañeras con atención de nuestra parte, su discurso delirante fue, en contraste, más ignorado. El diálogo con sus compañeras con temas no relacionados con el delirio también aumentó. L.M. mostró un gran apoyo cuando alguien necesita un color o está aislado, L.M. solía ayudar o incluir a la otra persona. En comparación al verano y al principio, tiene más iniciativa para cooperar, ya no es necesario pedirle.

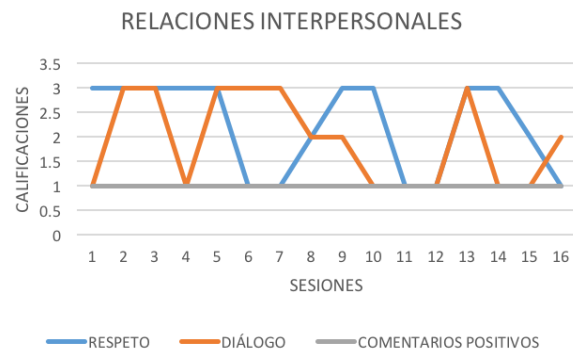
E.P

Resultados cuantitativos: Sus puntajes se señalan de la gráfica 29 a la 32, al principio muestra un descenso significativo en la psicomotricidad fina, se estanca en la ausencia de las habilidades psicomotrices y al final tiene un ascenso nuevamente. En cuanto a relaciones interpersonales, sus comentarios positivos fueron siempre ausentes y cada vez con mayor frecuencia mostró faltas de respeto, que están ligadas al momento en el que tuvo que iniciar utilizando la silla de ruedas. Su diálogo fue intermitente, pero fue más frecuente en la primera mitad del taller.

Gráfica 29: Puntaje de psicomotricidad por sesión de E.P.



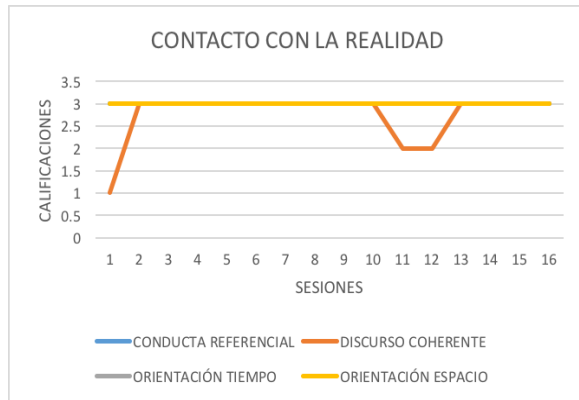
Gráfica 30: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de E.P.



Gráfica 31: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de E.P.



Gráfica 32: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de E.P.



Resultados cualitativos: E.P. tuvo un gran cambio en la representación artística y la psicomotricidad en verano, el tiempo dedicado a ella era más largo y las sesiones más frecuentes. Sin embargo, en otoño, las primeras semanas consistieron en la elaboración de la obra teatral, en ellas E.P. se aisló mucho, dejó de interactuar con las demás casi por completo y al reincorporarse a las artes plásticas, E.P. tuvo muchas dificultades en lograr las actividades.

Agregado a esto, E.P. tuvo una fractura en la pierna y se le prescribió el uso de la silla de ruedas. A partir de eso, E.P. se volvió exigente, demandante y hasta ruda con sus compañeras, lo cual empeoró a lo largo del taller. Cuando esto ocurría, se acudía al diálogo pero las actitudes negativas no disminuyeron. Sin embargo, entiende mejor los límites que fueron establecidos en verano: no tomar Coca-Cola, por ejemplo.

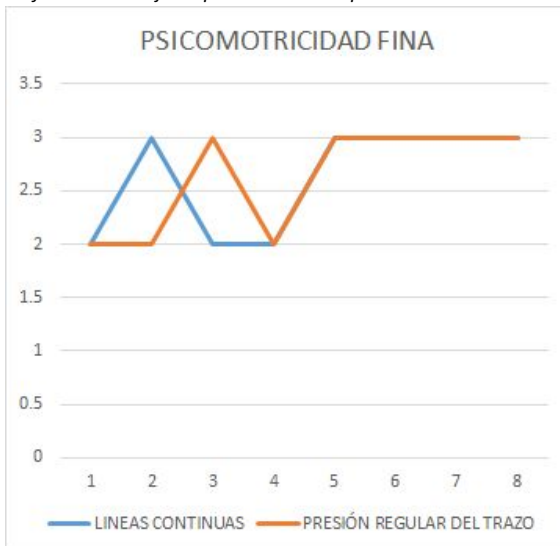
Su manera de comunicarse o entablar relaciones siguen siendo las muestras de afecto como abrazos y besos. Su orientación temporal está intacta y conoce el orden de sus actividades.

M.C.

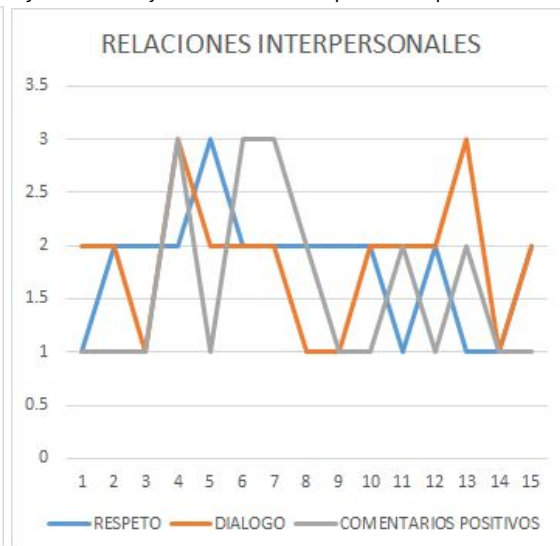
Resultados cuantitativos: Los puntajes por sesión de M.C. son representados en las gráficas 33- 36. Las habilidades de psicomotricidad fina de M.C. se presentaron de manera parcial en la primera mitad de las sesiones de dibujo y total en la segunda mitad. Según la gráfica 34, sus relaciones interpersonales fueron muy inestables, pero en general mostró con mayor frecuencia comentarios positivos y respeto en la primera que en la segunda mitad del taller. El diálogo se presentó en ella intermitentemente sin diferencias significativas en la primera y segunda mitad del taller.

La relación intrapersonal mejoró a lo largo del taller tanto en higiene personal como en los comentarios positivos hacia sí misma, según la gráfica 35. En la segunda mitad del taller se mostró una mejora también en el contacto con la realidad, pues se mostraron puntajes más altos por la presencia más frecuente de discurso coherente, conducta referencial y orientación del tiempo.

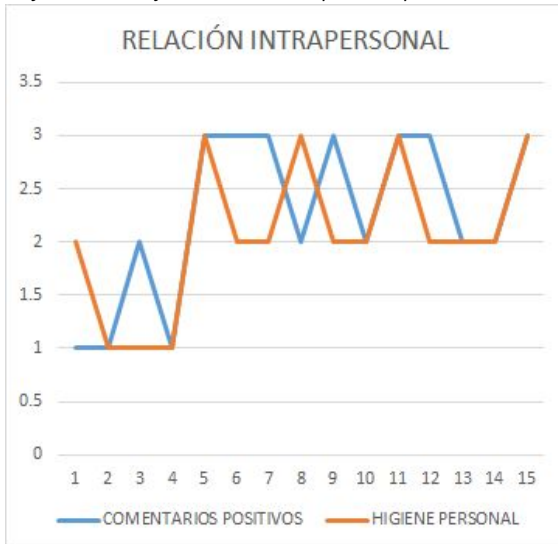
Gráfica 33: Puntaje de psicomotricidad por sesión de M.C.



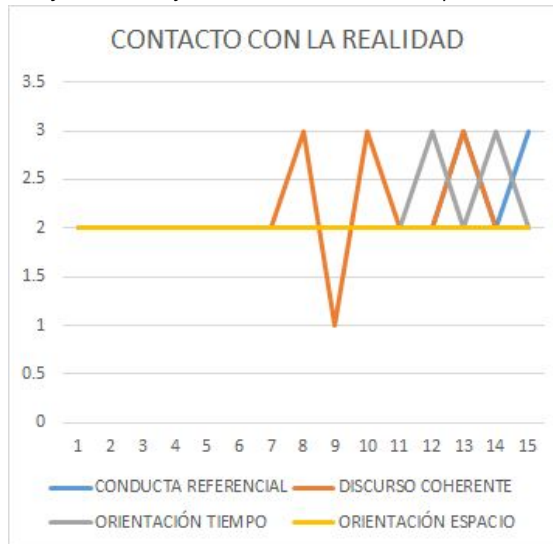
Gráfica 34: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de M.C.



Gráfica 35: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de M.C.



Gráfica 36: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de M.C.



Resultados cualitativos: Al principio del semestre mostró una carencia en su cuidado personal, pero cuando se le mencionó algo respecto, comenzó a bañarse previo cada sesión y además llegaba peinada. Se notó que creaba relaciones y amistades mediante el cigarro; tanto al regalar, como al pedir y cuando fuma con la otra persona. Tiene un discurso coherente, excepto cuando habla de su enfermedad. Está bien orientada de donde está y que ya no quiere estar ahí, sabe que estar ahí la está deprimiendo. No quiere seguir tomando las pastillas. Cuando ha discutía con sus compañeras se le pedía que reflexione y no lo vuelva hacer y lo hizo.

C.Z

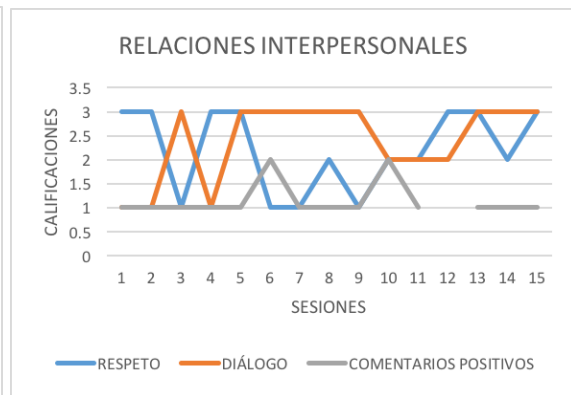
Resultados cuantitativos: Las gráficas que representan el puntaje de C.Z. son las 37-40. Ella mostró habilidades psicomotrices presentes a lo largo de todas las sesiones de dibujo. El diálogo con otras compañeras se mostró ausente solamente en 3 sesiones al principio del taller, pero fueron presentes frecuentemente después. En cuanto al respeto hubo muchas altas y bajas, sobretodo de la sesión 6-11, pero después de ello no volvió a mostrar faltas graves de respeto.

En cuanto a la relación intrapersonal, subió la higiene personal de ser ausente a estar en desarrollo. C.Z. se peinaba más al final y en tres sesiones del final hizo comentarios positivos sobre sí misma. Como se ve en la gráfica 40, ella siempre mostró un buen contacto con la realidad.

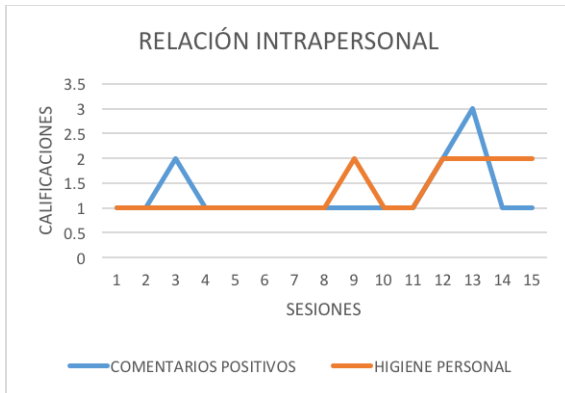
Gráfica 37: Puntaje de psicomotricidad por sesión de C.Z.



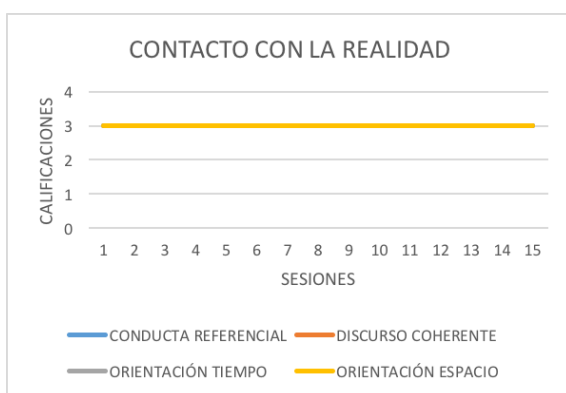
Gráfica 38: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de C.Z.



Gráfica 39: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de C.Z.



Gráfica 40: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de C.Z.



Resultados cualitativos: A la mitad del taller, mostró suspicacia hacia nosotras y un afecto ambiguo, que oscilaba entre muestras de cariño como abrazos y besos a imitaciones burlonas sobre nosotras o acusaciones como “ustedes no saben ni qué están haciendo, ustedes no me ayudan, yo las ayudo”. Cuando estas actitudes se volvieron fuertes, decidimos suspenderla una sesión de taller como castigo y después de esto poco a poco dejó estas actitudes.

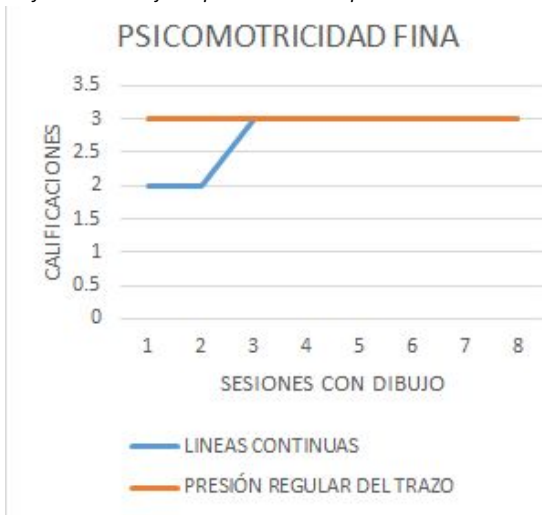
C.Z desarrolló un contacto más fuerte con sus sentimientos y poco a poco consiguió explicar de manera más tranquila lo que le ocurría en lugar de explotar. También comenzó a expresar acciones puntuales del psiquiátrico que le molestan y que ella se da cuenta, además dejó de alterarse cuando no podíamos entender lo que trataba de decir y lo repetía menos enojada que al principio.

Los intentos por manipular y conseguir objetos materiales disminuyeron, dejó de enfocarse tanto en lo que recibía o no recibía para ocuparse de otras cosas, como la actividad artística. Este periodo le permitió a C.Z desarrollar más su talento artístico, generó obras muy elaboradas y con buena técnica, que durante la exposición final, fueron las más cotizadas.

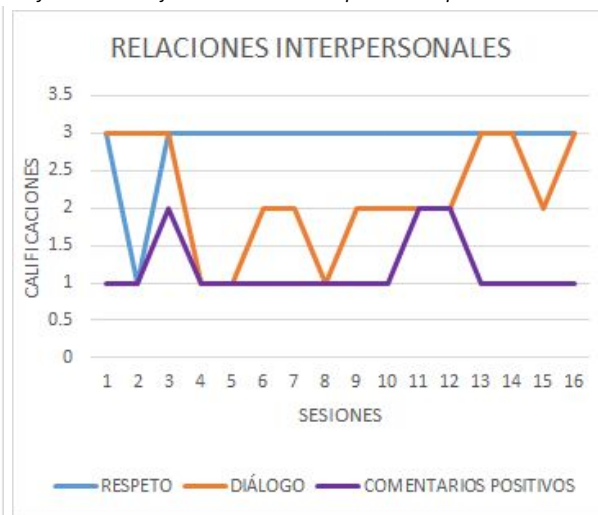
L.Z

Resultados cuantitativos: L.Z. muestra en la gráfica 41 habilidades de psicomotricidad fina presentes en todas las sesiones. Las relaciones interpersonales fueron cambiantes: El respeto estuvo siempre presente excepto por la segunda sesión, el diálogo estuvo ausente solamente en tres sesiones de la primera mitad del taller y los comentarios positivos se presentaron en tres sesiones, una en la primera mitad y dos en la segunda (gráfica 42).

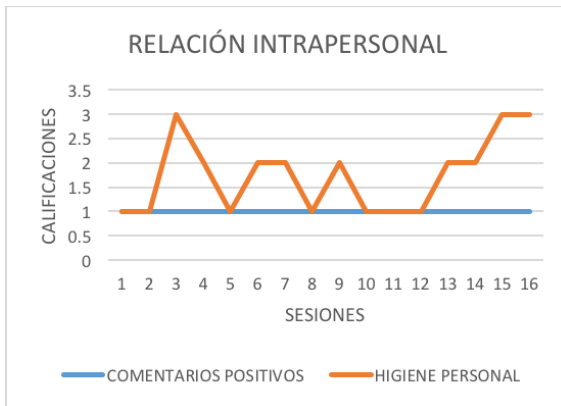
Gráfica 41: Puntaje de psicomotricidad por sesión de G.Z.



Gráfica 42: Puntaje de relaciones interpersonales por sesión de G.Z.



Gráfica 43: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de G.Z.



Gráfica 44: Puntaje de contacto con la realidad por sesión de G.Z.



Resultados cualitativos: En L.Z los cambios más significativos se observaron en su manera de relacionarse con nosotras y sus compañeras. L.Z. comenzó a formar una relación con Mónica, ambas caminan tomadas de la mano aunque rara vez

tienen conversaciones. En cuanto a nosotras, los saludos acompañados de abrazos cuando nos miraba aumentaron.

Su empatía no es impecable, pero ya está presente: ya no insiste tanto en volver cuando sus compañeras no han terminado su obra, sino que se espera fumando un cigarro o agregando detalles a las obras. Cuando una de sus compañeras compartía algo triste y lloraba, ella se acercaba a calmarla diciéndole que “ya no chilles, sino no te van a llevar al paseo”. En general se expresa más, durante la exposición de arte sorprendentemente tomó el micrófono de manera voluntaria para presentarse ante el público y agradecerle por su asistencia.

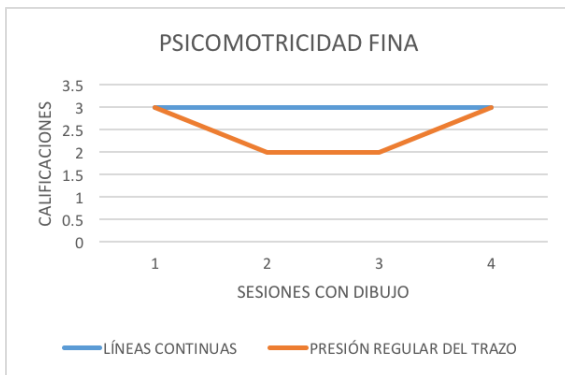
Su rendimiento en la elaboración de las pinturas mejoró, aunque aún necesita de presión externa para terminarlas. Todavía insiste mucho para recibir un premio por su trabajo, pero esto puede ser positivo también, pues es lo que la empuja a trabajar en labores de limpieza en el psiquiátrico y le genera ganancias e independencia.

L.G

Resultados cuantitativos: Se observan en las gráficas 44-47. L.G. asistió solamente a cuatro sesiones de dibujo, en las que no mostró mejoramiento ni empeoramiento, demostró habilidades en la continuidad y presión de los trazos. En cuanto a las relaciones interpersonales, mostró respeto todas las sesiones excepto la última, mencionó comentarios positivos durante las sesiones 3 a la 10 y la presencia del diálogo apareció en todas las sesiones, algunas veces más que en otras.

En cuanto a relación intrapersonal, L.G. mostró una higiene muy ausente, excepto por tres sesiones en la primera mitad del taller y dos sesiones después de no permitirle la asistencia sin bañarse. Los comentarios positivos se presentaron en la mitad del taller durante tres sesiones. Su contacto con la realidad fue presente en todas las sesiones.

Gráfica 44: Puntaje de psicomotricidad por sesión de L.G.

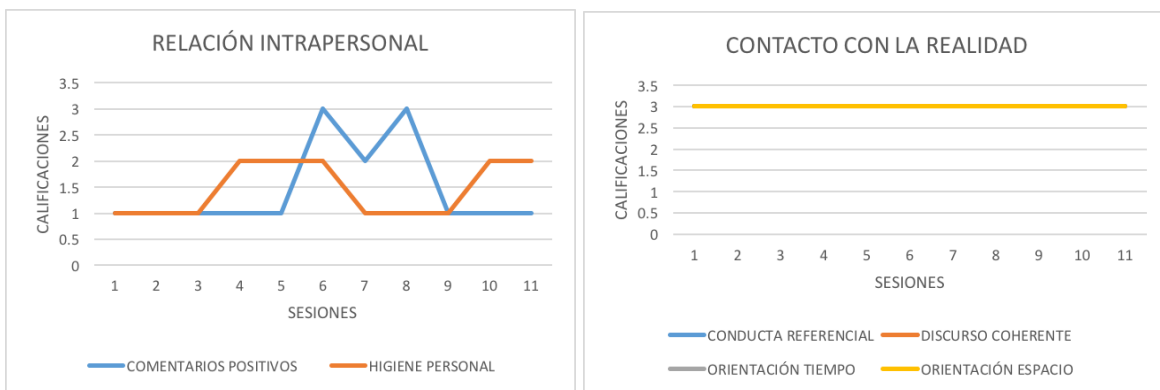


Gráfica 46: Puntaje de relación intrapersonal por sesión de L.G.

Gráfica 45: Puntaje de las relaciones interpersonales por sesión de L.G.



Gráfica 47: Puntaje de psicomotricidad por sesión de L.G.



Resultados cualitativos: L.G. no fue aceptada en el grupo de arteterapia en verano debido a la sugerencia del departamento de enfermería, que explicó que L.G había presentado comportamientos agresivos. Además, cuando entrábamos al patio para recoger a las demás, ella actuaba violentamente. En contraste con esto, al inicio del taller de verano se acercó un par de veces para preguntar si podía asistir, así que fue aceptada y solamente una vez en todas las sesiones se mostró renuente a obedecernos, pero jamás fue agresiva.

Su relación con R.M fue fortalecida. Repetidamente le pregunta cómo se encuentra, le da pequeños obsequios o le intenta ayudar con sus obras de teatro, sin embargo puede llegar a ser un poco controladora, así que cuando L.G le elegía el material a R.M., le agradecíamos pero le recordábamos que ella debía hacerlo por sí misma.

L.G. se esforzó mucho en integrarse con el grupo y poco a poco sus comentarios se volvieron más pertinentes y relacionados a lo que ocurría. Siempre se concentró en el trabajo, pero al igual de L.Z., necesita de presión para elaborar más su obra plástica.

4. Impactos Generados

A nivel grupal se generó lo que se considera como mayor impacto, pues el ambiente de los talleres se volvió más alegre (las internas reían más), más participativo (las mujeres expresaban sus ideas de manera más espontánea), más respetuoso (menos interrupciones entre ellas), más empático (se conocieron historias similares, se apoyaban y se abrazaban cuando una lloraba o contaba su historia), se vio más interés (las chicas contemplaban los trabajos de sus compañeras) y las participantes se abrieron mucho más, contaban sus historias personales.

Se encontraron deseos comunes, que han sido compartidos no solo en la sesión dedicada a ello, se cuenta con historias de vida parecidas y con una historia del taller en común. Es decir, se han logrado conseguir los elementos clave para crear grupalidad entre las pacientes, lo cual se reflejó en las nuevas relaciones entre; M.C. y L.Z., R.M. y L.G. P.L. y L.Z. o P.L. Y M.E. que son las más unidas, pero también entre todas en general.

La grupalidad es importante, pues más allá de generar cambios efímeros, las mujeres integrantes del taller cuentan con una red de apoyo que puede ayudarlas a enfrentar otro tipo de problemas cuando no estemos más. Fortalecieron su contacto con la realidad, conversaron más fuera del delirio y con ello formaron una manera más efectiva de enfrentarse al entorno.

Cuando realizaron la obra teatral se mostraron capaces no sólo de crear una obra desde cero (creación de un personaje, de una historia con principio, problema y desenlace y de los vestuarios), sino también de trabajar en equipo y ser pacientes con la otra. En una ocasión M.P. lloró al escuchar R.M. cantar, le decía: “es que quiero que te mejores”, la mayoría de las participantes respondieron cálidamente, se acercaron a abrazar a M.P. y a decirle “ya no llores”. Esto fue una de las muchas muestras de apoyo y de entendimiento por lo que está pasando la otra. La empatía grupal aumentó.

La exposición artística de *Desetiquetarte* que se organizó en el ITESO generó un impacto tanto en las participantes que expusieron como en las personas que asistieron. Se expresó al final gran agradecimiento por parte de ellas hacia el público por su participación. Además no se presentaron únicamente como pacientes, sino como artistas. Sus obras fueron vendidas y esto también fomenta la autoeficacia de las usuarias, que percibieron sus creaciones artísticas como valiosas. Los espectadores por su parte expresaron sensibilización ante el tema y se dieron la oportunidad de conocer a los artistas, eliminando así el estigma hacia los trastornos psiquiátricos. El impacto es en general la creación de un vínculo entre grupos de personas que normalmente no coinciden.

Propuesta de Mejora

En este apartado se enlistan recomendaciones para el seguimiento de la intervención arteterapéutica a las pacientes de Estancia prolongada de CAISAME.

- Formar equipos que reúnan personas con diferente nivel intelectual facilita que se creen relaciones de ayuda entre pacientes, pero puede causar impaciencia en algunas. Formar equipos que separen a las personas en niveles intelectuales promueve que las conversaciones entre las más funcionales sean más ágiles y por lo mismo de mayor provecho para su desarrollo.
- Para las mujeres con mayor rezago intelectual o que se bloquean ante el papel en blanco, se recomienda hacer ejemplos frente a ella o crear disparadores de la creatividad, como dibujar un modelo simple en su hoja que pueden continuar en algo más complejo.
- Es de gran ayuda preguntar a los enfermeros la actitud de las pacientes antes de elegir las, para prevenir un evento difícil por personas agresivas, por ejemplo o para planear el nivel de las actividades.
- Hacer proyectos más largos, en los que se desarrolle una temática a profundidad, para que los avances sean más claros. Además, se sugiere que las sesiones sean más frecuentes, pues el avance fue significativamente más rápido en el verano que en otoño, sobretodo en el nivel psicomotriz y de representación artística.
- Cuando se quitaron los premios por asistir al taller, las mujeres se concentraron más en la realización de las obras artísticas en lugar de enfocarse a la comida que recibirían después. Fue útil que el fin de la

actividad, fuera la actividad misma, para mejorar la calidad de la participación.

Reflexiones del alumno o alumnos sobre sus aprendizajes, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto.

- Aprendizajes profesionales

Las competencias desarrolladas, tanto las genéricas como las propias de la profesión fueron; los análisis de expedientes y revisión de diagnósticos comparando el expediente con la interacción con las pacientes. Establecer criterios de inclusión-exclusión. Elaboración de un plan de intervención a largo plazo, con base en una teoría elegida y de la capacidad de los pacientes. Creación de actividades basadas en los fundamentos del arte terapia. Manejo y escucha grupal. Gestión de espacio, horarios y permisos. Colaboración, comunicación y coordinación con las distintas estancias de una institución gubernamental. Análisis del contenido del discurso de las participantes. Evaluación cuantitativa por medio de la creación de categorías y elementos a evaluar cada día con un puntaje que describe comportamientos específicos.

Durante nuestras prácticas en el psiquiátrico, aprendimos que las instituciones gubernamentales de salud no son saludables ya que: 1. el personal no está capacitado ni cuenta con condiciones óptimas para desempeñarse. 2. La alimentación que ofrece el hospital es poco variada y las *tienditas* venden comida chatarra que causan adicción. 3. La condición de las instalaciones es deplorable tanto en la higiene como la infraestructura. 4. Los medicamentos son administrados, a veces no hay suficiente y a veces sobre medican. 5. La supervisión de los pacientes es poco frecuente o no se da el seguimiento necesario por parte de los psicólogos o los psiquiatras por parte de los pacientes. 6. Los pacientes son vulnerables a la violencia tanto por parte de los enfermeros o por de los mismos pacientes. 7. Carecen de bienes personales y esto provoca una mayor frecuencia en robos y la falta de identidad. 8. El mejoramiento es poco probable. 9. Se genera una dependencia y esto lleva a que el reingreso sea común. 10. El diagnóstico es equivocado y/o no se actualiza. 11. Hay negligencia y desensibilización institucional hacia los pacientes. 12. No se promueve la sociabilidad entre los pacientes. 13. No existe el espacio privado. 14. Solo aquellos que son funcionales reciben una pequeña oferta de actividades que promuevan el desarrollo o la reinserción social.

Trabajar para instituciones gubernamentales es difícil, ya que el cambio es lento y con obstáculos, sin embargo, la mínima atención a los usuarios de éstas ya genera beneficios, por ende, la intervención en ellos importante. También se aprendió a gestionar un proyecto desde su creación. Por último, no descartar las verdades de otros, por la considerada verdad común, trabajar con las distintas historias existentes.

- Aprendizajes sociales

Para transformar una realidad es necesario poder encontrar un punto de encuentro entre el compromiso con la sociedad y la realidad institucional. Es decir, la manera de causar impacto en la vida de personas que se encuentran en un entorno extremadamente limitante es aprender a trabajar con ellos, desplazando este límite poco a poco.

Con el fin de lograr un proyecto es necesario también establecer objetivos claros dentro de los límites, seleccionar qué se hará específicamente y modificar en el curso del proyecto las metas, después de evaluar cuidadosamente qué genera más impacto.

Hablar de innovaciones a los usuarios dentro de una institución que por su contexto inhabilita el cambio de dichos, es algo difícil. Sin embargo se logró crear un cambio, temporal, de realidad, utilizando como herramienta, algo simple pero difícil de encontrar ahí; el afecto y la atención. El mayor impacto que pudimos presenciar es la creación de las relaciones interpersonales. También se notó una mejoría en las habilidades comunicativas y expresivas. Este cambio era en cierta medida esperado, ya que el proceso creativo y la interacción con el arte genera mejoras en expresión, calidad de vida, autodependencia y relaciones.

Aunque los beneficios no hacen gran impacto en un contexto público, son de gran importancia para las mujeres que fueron atendidas, ya que el propósito se concentra en mejorar sobre todo su estancia y su calidad de vida. El servicio además intervino con personas que carecen de casi todos los recursos (higiene, red de apoyo...), fuera de los más básicos como alimentación, techo y vestido.

Aprendimos que el contexto social define altamente cómo vive la persona un trastorno mental. En un entorno de alta violencia de género, las

mujeres que participaron en nuestro taller son víctimas de violaciones y explotación sexual por ser mujeres y por su vulnerabilidad como pacientes psiquiátricas. Desde el taller de arteterapia es difícil prevenir o atacar el problema de la violencia de género, que es un problema social muy arraigado, pero sí se pudo crear una unión entre las participantes que sustituye hasta cierto punto las relaciones violentas de las que formaron parte a temprana edad y también un contacto paulatino con esa realidad que vivieron para poder comenzar a sanar.

Los saberes aplicados en el proyecto son transferibles a diferentes escenarios de instituciones gubernamentales de salud en los que existan límites por poco presupuesto, negligencia, poca disposición del personal o corrupción de estos mismos. Aprendimos a trabajar dentro de estos límites y a priorizar el bienestar de los pacientes antes que el reconocimiento personal, a escuchar historias de negligencia sin perder la sensibilidad y a conseguir recursos o utilizar los pocos que se ofrecen.

El proyecto PAP sirve como formación para el alumno, pero es importante dar seguimiento y no permitir que las personas con las que se intervino se queden sin apoyo de pronto. Poco a poco se deben empoderar y dejar en ellas el beneficio de sus nuevas relaciones, sin embargo, debido al contexto de encierro y del proceso de dependencia al psiquiátrico, es imprescindible que no se abandonen los casos.

En el mejor escenario, las mujeres de estancia permanente que formaron parte en el taller, continuarán en él aunque deba ser dirigido por la siguiente generación de alumnos. En este traslado, se tiene la responsabilidad de explicar al siguiente grupo la situación de las mujeres y la intervención que ya se ha hecho, para que el taller sea una continuación que permitan el mejoramiento y no un comienzo desde cero.

En general, nuestra visión del mundo social ha cambiado radicalmente, ha ampliado, así como conocemos más de cerca lo que la sociedad intenta ocultar, la gente que no desea y deja en patios de concreto lleno de moscas, también conocemos que en condiciones difíciles existe mucho potencial. Muchas personas intentan mejorar y tienen una gran capacidad por haberse podido a adaptar en un entorno como el del psiquiátrico.

- Aprendizajes éticos

La decisión más difícil ha sido entre mantener la relación con la institución o denunciar todo lo que veo incorrecto en ella. Al principio se hizo caso omiso, pero durante el curso, Everardo nos proporcionó maneras para poder actuar: enseñar los rincones de las áreas a la encargada de calidad, hacer la denuncia de una violación, etc. Al ver lo importante que es tomar acción en los problemas que se dan aunque no sean propios es cuestión de ética, de no dejar pasar que las personas sufran sin consecuencias.

El PAP tomó la decisión de optar por proteger los derechos humanos, denunció y se encuentra actualmente en la posibilidad de perder permanentemente la relación con la institución. Este es un aprendizaje importantísimo, pues es un golpe de realidad: los derechos humanos son siempre prioridad.

En fin, lo importante es que, a través de la experiencia, hemos entendido que la acción fuera de los talleres es importante, esto nos lleva a poner atención a las problemáticas y a atrevernos a intervenir no solamente como estudiantes de psicología sino como ciudadanos responsables con cultura de denuncia.

Después de esto es posible que nosotras queramos dirigirnos al sector privado, pero creo que difícilmente olvidaremos a la población con bajos recursos y que se encuentra alejada y marginada, creo que nunca dejaremos por completo de atender esta parte de nuestra sociedad.

- Aprendizajes en lo personal

Nicole: el PAP me dio un escenario real en el que conocí mis habilidades reales como psicóloga, no en un espacio simulado, sino un lugar con una problemática fuerte y la oportunidad de influir en él. Me dio además la asesoría personal y dedicada de un profesor, para poder llevar a cabo un proyecto responsable.

Tuve un cambio radical en mi manera de ver al ser humano, pues al conocer a personas con psicopatologías, a las mujeres que no tienen tanta inhibición, conocí también un reflejo y partes de mí y del ser humano que normalmente se esconden, pero que son reales, que surgen por alguna necesidad que debe ser cubierta. Entre ellos conocí la tristeza, el dolor, el miedo y la agresión, que está en todos nosotros de maneras ilimitadas, que todos como humanos compartimos; no somos tan diferentes unos de otros.

Entendí más sobre el impacto del arte en la salud mental, lo cual había querido desde antes de empezar la carrera. Considero el arteterapia como una rama compleja y seria de la psicología, que me gustaría desarrollar. Entendí también la variedad tan extensa del arteterapia, los beneficios distintos entre un arte y otra (música, teatro y artes plásticas). Conocí el proceso creativo y sus beneficios.

Desarrollé la capacidad para dirigir un taller dejando el miedo al público atrás. Aprendí a estar más presente en mi contacto con el dolor, a no volverme ausente cuando la realidad es difícil de encarar, sino enfrentarla genuinamente.

Samantha: para mí el proyecto me reafirmo la habilidad expresiva del arte. Cuando yo me acerqué al arte era un momento de mi vida que creía que no tenía voz, así que encontré una fuga, el arte. Quise darle eso a ellas, la voz que se les fue robada, su verdad que les es cuestionada. Quise darles, en un espacio pequeño, la oportunidad de sacar todo eso que problema, por más grande que sea.

Además del arte, hice amigas. Fue muy difícil quitarme la etiqueta que me creaba la bata, de una jerarquía superior. Pero cuándo fue así, nos molestamos, nos contentamos, reímos, como amigas, porque creamos un vínculo de confianza y afecto.

Algo pasaba, que pesar si tuve un mal rato o un mal día, cuando estaba ahí en el taller, me sentía muchísimo mejor. Comprendía que para ellas era muy importante mi presencia y esa hora que les daba, pero también comprendí lo importante que era para mí.

Sí hubo varios avances profesionales, pero fue gracias a todos los proyectos que tuve previos. Me dí cuenta que si no hubiera llevado el P.I.P. y P.F.P. que llevé, me hubiera costado muchísimo trabajo. Mi conocimiento previos en creación de talleres con instituciones me facilitó mi trabajo. Y mucho más me ayudó que ya había hecho un proyecto al comienzo de mi carrera en el Zapote. Por lo que, donde empecé mi ciclo de carrera, es donde lo terminaré.

Para finalizar el aprendizaje que me llevo para siempre es; abogar por los derechos humanos. Cuando uno se enfrenta a instituciones gubernamentales es probable encontrarse con injusticias, se puede optar callarlas y continuar, pero cuando formas un vínculo tan fuerte, el enojo se vive en carne propia. He aprendido a nunca callarme.

Me voy contenta, confío plenamente en ellas y su propia agencia. Vanessa: el PAP para mi significó muchísimo. Desde lo profesional, el proyecto me permitió conocer otra área laboral dentro de la psicología. El poder tener un ejercicio dentro de un contexto más enfocado a la salud, me ayudó a adquirir herramientas muy útiles para mi ejercicio profesional, por ejemplo: problematizar, planear y elaborar talleres, elaboración de un caso clínico (considerando la prospectiva), cómo intervenir profesionalmente con pacientes con algún trastorno psiquiátrico.

Por otro lado, me parece increíble y preocupante cómo es que el mal uso de psicofármacos, la falta de estimulación, el poco autocuidado o la falta de red de apoyo puede propiciar la permanencia dentro de un pabellón psiquiátrico. Encontrar dentro de Zapote a tantos pacientes que se encuentran en esta situación me hace reflexionar sobre la importancia que tiene el proyecto en esta población y como los talleres tienen efectos positivos en ellos.

Me ha costado muchísimo toparme con las dificultades institucionales, burocráticas y gubernamentales. Me molesta saber que, si optará por dedicarme a esta área, me tendría que encontrar constantemente con estas dificultades. Esto, aunado a mi perspectiva con un enfoque en la psicología social, me ha hecho pensar en las constantes implicaciones que tienen las intervenciones profesionales en instituciones gubernamentales. Lo que más me pesa es saber que el bienestar de las personas, siempre queda en segundo o tercer plano.

Estoy muy satisfecha con el trabajo que realice con las usuarias y con mi equipo y estoy lista para seguir aprendiendo e interviniendo en un proyecto tan bonito y con resultados tan positivos.

Conclusiones

Una intervención terapéutica no funciona como un hechizo que se expande por donde se haga, no solamente porque la planeación y la manera de organizarla difícilmente es correcta desde el principio, sino porque depende de distintos factores del contexto de las personas que reciben la intervención. En este apartado se discuten los avances y el por qué se dieron o no en diferentes pacientes.

Las soledades creadas en los patios propician seres embotellados. Es peligroso caer en los efectos del encierro y pensar que dentro de este no hay posibilidad de expresión; Se deben encontrar fugas que ayuden a que el estrés causado por el encierro salga de alguna manera, para algunas la manera más óptima es la expresión artística. Sin embargo, queda en duda, ¿es para todos? Sí, siempre y cuando haya constancia e interés, de otro modo el beneficio no es tan grande. No es necesario premiar a las participantes con algún reforzador extra, pues se busca que el motor principal sea que la persona esté comprometida e interesada.

Con frecuencia, un hospital psiquiátrico, que se dice centro de rehabilitación y convivencia, se contradice hasta en su propio nombre. No promueve la salud de los individuos, genera más enfermedad. Aísla y abole a los individuos, a un límite insano. Al “loco” se le privan incluso los derechos básicos de una persona como el derecho de expresarse.

Por un lado, las condiciones de carencia significan un gran reto, ya que los recursos para intervenir son extremadamente escasos, sin embargo, esto también permite que algo tan simple como el afecto (la escucha, un abrazo, recordar su nombre, regalarles una Coca-Cola) genere un gran cambio. Este hecho puede poner en duda la efectividad real del arteterapia, ¿realmente funciona o simplemente el espacio y tiempo de atención marcan la diferencia para las usuarias?

Existe algo que destaca en la arte-terapia y que creemos que es el principal responsable de mejoras en la autoestima y la expresión: el proceso creativo. Al ser creativo, el ser humano no solo se basa en lo que es, en una imitación de la realidad, sino en el descubrir nuevas soluciones, en “lo que puede ser”. El ser el creador de nuevas soluciones en terapia, significa colocarse como agente activo dentro de su propia vida y los cambios que desea.

El empoderamiento que le sigue al proceso creativo también conlleva a un mayor cuidado de sí y de hecho esto se reflejó en la atención a las necesidades propias y a creerse capaces de curarse. En el cultivo de sí es clave el volverse a sí mismo, el arte provee de eso, de contacto con el exterior y con el interior, de contacto con el momento. También implica darse tiempo para conocer las necesidades. Las mujeres del taller expresaron más sus pequeñas necesidades: zapatos, más sesiones o incluso un tipo de pincel. Al permitir a las participantes elegir, ellas reconocieron poco a poco qué es lo que quieren.

Las técnicas fueron variadas, se utilizó la expresión plástica, pero también la teatral e incluso una sesión fue dedicada a la parte musical. La expresión artística no se perfeccionó pero sí se diversificó, lo cual genera un impacto, pues las mujeres cuentan ahora con más recursos para el contacto con el mundo exterior e interior

Una mejor comunicación de emociones se logró en M.E. y C.Z., que consiguieron contener un poco su enojo y que explicaran las razones de su irritabilidad antes que continuaran descargándose con las compañeras. No hubo un cambio notorio con las demás en este rubro, pero sí en la comunicación en general. L.M. y R.O. son ejemplos de participantes que mejoraron su capacidad comunicativa y capacidad de estar presentes, de dejar los delirios y el ensimismamiento a un lado para salir del cascarón para contactarse con las compañeras o las facilitadoras del taller.

Sin embargo, en algunos casos los delirios no fueron fáciles de desaparecer o siquiera disminuir, en especial en M.P. La razón de estas variaciones puede estar ligada al tipo de medicamentos que se administran o el avance del trastorno en sí, pero también puede explicarse con la manera en que interactuamos con ellas. Es decir, entre menos respondimos a los delirios y más empujamos a la persona a concentrarse en otra cosa, menos se presentaban. Sin embargo negar un delirio no es cualquier trabajo, pues en el caso de M.P. y L.M representan un gran motivador y apoyo, un equilibrio para sobrellevar la situación de encierro que viven.

Sobre la estructura del taller se concluye que la poca constancia del taller en otoño se reflejó en el estancamiento de las habilidades psicomotrices de casi todas. La frecuencia de las sesiones afecta directamente los resultados, cuando hay mucho espacio entre las sesiones, el tema se pierde, los “darse cuenta” pueden no llegar a concretarse.

Se observó un gran cambio en la grupalidad de las participantes, que combate con la soledad generada en el ambiente del psiquiátrico que antes mencionamos. Las muestras empáticas aumentaron significativamente y esto puede estar relacionado a un compartir más abierto y más conectado, en el que las participantes pudieron darse cuenta que viven muchas situaciones y sentimientos parecidos con sus compañeras. La participación en los grupos fue acompañada con reglas de convivencia, lo cual logró un ambiente más seguro para relacionarse.

Se considera que la motivación de las usuarias para seguir participando fue gracias a que: 1. ya existían trabajos previos con ellas relacionados con la expresión artística. 2. hay una gran necesidad de salir de las cuatro paredes del patio, ver caras frescas y escuchar cosas distintas y 3., la más importante, es que creamos un vínculo con ellas, una relación de afecto y respeto.

También se pone en duda el origen del malestar de las pacientes, ¿es este generado por la enfermedad o por cómo se vive en su contexto? Muchas de las participantes son tratadas con negligencia y aislamiento, otras se vuelven víctimas “fáciles” de la violencia de género, en forma de explotación y abusos sexuales. Surge con esto una segunda pregunta: ¿son los trastornos una causa o un efecto de una calidad de vida denigrada? Concluimos que por lo menos su empeoramiento son un efecto de la ausencia total de cuidados adecuados.

La perspectiva social que existe sobre las usuarias las afecta directamente en la manera que se conciben a ellas mismas y en consecuencia, como se comportan. Las participantes nos explicaron como las llaman “putas”, “locas” y “enfermas de los nervios”, que son denominaciones que de por sí son adjudicadas a todas las mujeres, pero con ellas existen diagnósticos que lo vuelven un discurso “real”: “hipersexual” “esquizofrénica” “bipolar”. Una propuesta como lo es el proyecto *Desetiquetarte* (www.desetiquetarte.tumblr.com) intenta deshacer esos discursos y crear por medio del arte una identidad más cercana al propio sentir.

Referencias

- Aranguren, M. Porta y León, T.E. (2011). Creatividad: su expresión en la psicosis. *Psicoanálisis*. Vol. 33 (3). Recuperado en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/creatividad-expresion-psicosis-aranguren.pdf>
- Blatner, A. (2005). *El psicodrama en la práctica*. México: Editorial Pax México.
- Constino, C. (1998). Historia de la Neurología: La Salpêtrière. *Revista Peruana de Neurología*. Vol 4 (1-3) Recuperado en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neurologia/v04_n1-3/la_salpetriere.htm
- Dumas, M., & Aranguren, M. (2013). Beneficios del arte-terapia sobre la salud mental. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía de la Pontificia Universidad Católica Argentina/ Buenos Aires, 2013). Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- Fernández-Christlieb, P. (2004). La calidad de vida. En P. Fernández-Christlieb, *La sociedad Mental*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Foucault, M. (2005). El poder psiquiátrico. En *Curso 1973-1974*. Buenos Aires: FCE.

- Foucault, M. (1999). Asilos, sexualidad, prisiones. En *Obras esenciales Volumen II* (pp. 283- 297), Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2009) *Historia de la sexualidad Humana y la Inquietud de sí*. Gandhi ediciones. México
- Foucault, M. (2015) *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M (1978) *La Historia de la Sexualidad I: La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar; Nacimiento de Prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Gardner, H. (1999) *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century*. Nueva York: Basic Books.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Buenos Aires: Paidós Básica
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos de la situación mental de los enfermos mentales*. 1a. ed. 3a reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2009) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hacking, I. (1990). El estado Normal. En *Domesticación del azar*. Barcelona: Gedisa. pp. 231-243.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca

López-Barberá, E. & Población, P. (1997). *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.

López Romero, B. (2004). Arte terapia. Otra forma de curar. En *Educación y futuro: revista de educación aplicada y experiencias educativas*. Vol. 1(10) pp 101-110. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2044648>

López, S., Pérez, A., Simón, A. & Scarpinelli, J. P. (2012). Pensando la grupalidad en contextos de encierro. *VII Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2012*. La Plata, Argentina: Memoria Académica. Recuperado en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2054/ev.2054.pdf

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1994), (4ªed.)(DSM-IV), Washington, D.C., American Psychiatric Association.

Menéndez, C. & Del Olmo Romero-Nieva, F. (2010). arte-terapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. En *Informaciones Psiquiátricas*. Vol. 3 (201) pp 367-380. Recuperado en: http://www.academia.edu/6303632/ARTETERAPIA_O_INTERVENCION_TERAPeutICA_DESDE_EL_ARTE_EN_REHABILITACION_PSIICOSOCIAL

Luque, R. & Vilagrán, J.M. (2000) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Trotta: Madrid. Pp. 19-38

Salaverry, O. (2012). *La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental*. *Revista Peruana de Neurología*. 29(1) Pp. 143-48. Recuperado en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>

Salovey, P., & Mayer, J.D. (1989). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*. 9(3) Pp .185-211

Anexos

	SESIONES	30.08	1.09	6.09	8.09	13.09	15.09	20.09	22.09	27.09	29.09	4.10	6.10	11.10	13.10	18.10	20.10	25.10	27.10	01.11	03.11	08.11	10.11
Psicomotricidad fina	Líneas continuas	2		N1	2	N1		3		N1	N1	N1		N1	N1	N1	3	3		3		3	3
	Presión regular del trazo	3		N1	3	N1		3		N1	N1	N1		N1	N1	N1	3	3		3		3	3
Relaciones interpersonales	Respeto hacia compañeras	3		1	3	3		3		3	3	3		3	3	3	3	3		3		3	3
	Diálogo con compañeras	3		3	3	1		1		2	2	1		2	2	2	2	3		3		2	3
	Comentarios positivos hacia compañeras	1		1	2	1		1		1	1	1		1	1	2	2	1		1		1	1
Relación intrapersonal	Comentarios positivos hacia sí mismas	1		1	1	1		1		1	1	1		1	1	1	1	1		1		1	1
	Higiene personal	1		1	3	2		1		2	2	1		2	1	1	1	2		2		3	3
Contacto con la realidad	Conducta referencial	3		3	3	3		3		3	3	3		3	3	3	3	3		3		3	3
	Discurso coherente	3		3	3	3		3		3	3	3		3	3	3	3	3		3		3	3
	Orientación tiempo	3		3	3	3		3		3	3	3		3	3	3	3	3		3		3	3
	Orientación espacio	3		3	3	3		3		3	3	3		3	3	3	3	3		3		3	3











