



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TERAPIA ARTÍSTICA  
PARA MODIFICAR CREENCIAS IRRACIONALES EN  
MUJERES CON DEPRESIÓN.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ARZALUZ REYES STEFFI VICTORIA**

**DIRECTORA DE TESIS: MTRA. PIEDAD DORA ALADRO LUBEL**

**REVISORA: MTRA. MARIA CONCEPCIÓN MORÁN MARTÍNEZ**

**SINODALES: MTRA. MARIA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA**

**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**

**MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ**



**MÉXICO, D.F. 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

Le agradezco a Dios y a la vida por cada oportunidad que me ha dado para superarme, y por poner en mi camino a cada una de las personas que conocí y que contribuyeron a mi formación como persona y profesionista.

Agradezco a mi asesora la Mtra. Piedad Aladro, por haber confiado en mí y en mi proyecto, por asesorarme oportunamente, darme los mejores consejos y apoyarme en todo este largo y gratificante proceso que significo mi tesis.

También agradezco a mi revisora la Mtra. Concepción Morán, porque desde que tomaba clase con ella, empecé a idealizar y darle forma a mi proyecto de tesis, y gracias a sus intervenciones ya es una realidad.

A mis sinodales, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Mtra. María del Rosario Muñoz Cebada, y Mtro. Jorge Álvarez Martínez, gracias por su tiempo y sus sugerencias que ayudaron a mejorar mi proyecto.

¡Gracias! Familia por apoyarme en mis decisiones, por comprenderme y aguantar mis cambios de humor en mis momentos difíciles. Mi principal agradecimiento es hacia mi mamá, Margarita Reyes, quien me sacó adelante sin importar lo difícil que fuera y que toda su vida me ha dado su amor, apoyo y todo cuanto necesité para ser una gran mujer como ella. Agradezco a mis hermanos, Giovanni, Jennifer, Michelle y Richard; pues de cada uno he aprendido algo para ser una mejor persona, y aunque a veces peleamos nunca dejamos de querernos. Agradezco a mi cuñada Maxi y mis sobrinos Aldebharán y Dannaë, por hacerme reír y hacerme ver mis errores cuando no los puedo ver. Agradezco a mi tía Aracelly que siempre me ha apoyado tanto en lo económico como en lo personal para salir adelante. Y también agradezco a mi padre, Gerardo Arzaluz, que aunque ya no está conmigo físicamente, sé que siempre cuida de mí.

Agradezco con especial cariño a mis amigas de la preparatoria, Miriam, Ilse, Yoselin, Alexandra, Fabiola, Carmen y Judith; con las cuales compartí tan hermosos y divertidos momentos de la mejor etapa de mi vida, y con las cuales no solo comparto un cariño de amigas, sino también un cariño de hermanas, pues sé que siempre que las necesite

estarán conmigo, al igual que yo con ellas. Y a pesar de que han pasado los años y cada una ha elegido un camino diferente, nos mantenemos juntas siendo siempre las mejores amigas.

Agradezco igualmente a mis amigos y compañeros de la facultad, con los que compartí no solo un gran amor por la psicología sino también una gran amistad que espero perdure por siempre. Especialmente a Cristina, Julio, Karyna, Patricia, Martha y Paula; por ser mis amigos y compartir conmigo tan agradables momentos tanto en la carrera como en fiestas y convivencias que siempre recordare. Ustedes han aportado mucho a mi vida no solo profesional si no también personal, los quiero y nunca los cambiaria por nada en este mundo.

Por último agradezco al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en especial a la psicóloga Ma. Guadalupe Trejo Corona por darme la oportunidad de ser parte de su equipo en el área de terapia recreativa, donde aprendí gran parte de mi formación profesional, pues ahí aprendí todo lo que los libros no te pueden enseñar y que solo la experiencia te puede dar. Gracias Lupita, Alma y Paul, por ser mi apoyo dentro de mi formación como terapeuta, no solo fungieron el papel de jefes, sino también el de orientadores y amigos. De ustedes aprendí mucho del trabajo del psicólogo con pacientes psiquiátricos, principalmente de los grandes beneficios que tiene la terapia artística dentro de ese campo y que motivo este proyecto que ahora presento como tesis y que me esta dando la oportunidad de titularme.

Otro maravilloso regalo que me dio pertenecer al área de terapia recreativa, es haber encontrado grandes amigas como Belén, Sherel, Pilar, Claudia, Fernanda y Alicia, gracias por brindarme su amistad, por vivir conmigo momentos tristes, felices y otros divertidos; por apoyarme cuando lo he necesitado y aconsejarme en los momentos precisos. Sé que siempre puedo contar con ustedes y que además de contar con grandes amigas, también cuento con excelentes colegas. Siempre podrán contar mi cariño y mi ayuda incondicional.

*No es el fin, es el inicio de un nuevo y mejor capítulo en la fascinante historia  
de mi vida... ♥*

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Depresión. Aspectos generales.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Síntomas y criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 para la depresión.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Causas de la depresión en la mujer.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Tipos de tratamiento para la depresión.....</b>	<b>27</b>
4.1 Tratamiento con antidepresivos.....	28
4.2 Terapia Electroconvulsiva (TEC).....	29
4.3 Psicoterapias más usadas para el manejo de la depresión.....	29
4.3.1 <i>Terapia de grupo</i> .....	30
4.3.2 <i>Terapia familiar</i> .....	33
4.3.3 <i>Terapia de orientación psicodinámica</i> .....	34
4.3.4 <i>Terapia interpersonal</i> .....	35
4.3.5 <i>Terapia cognitivo – conductual</i> .....	36
<b>5. Terapia por medio del arte.....</b>	<b>42</b>
5.1 Terapia artística. Enfoque Psicoanalítico.....	44
5.2 Terapia artística. Enfoque Jungiano.....	45
5.3 Terapia artística. Enfoque Humanista.....	46
5.4 Terapia artística. Enfoque Gestáltico.....	47
5.5 Relación del arte con la terapia.....	48
5.6 Beneficios terapéuticos de la terapia artística.....	49
5.6.1 <i>Beneficios de la pintura y el dibujo</i> .....	53
5.6.2 <i>Beneficios del modelado</i> .....	54
5.6.3 <i>Beneficios de la escritura (Diario)</i> .....	54
5.6.4 <i>Beneficios de los títeres y la representación teatral</i> .....	57

<b>6. Estructura de la terapia artística.....</b>	<b>60</b>
6.1 Las sesiones de terapia artística.....	60
6.2 Función del terapeuta artístico.....	62
<b>7. ¿Cómo se podría aplicar la terapia artística en el tratamiento de la</b>	
<b>    depresión? .....</b>	<b>64</b>
7.1 Utilización de la terapia artística dentro de la salud mental. ....	65
7.2 Cómo utilizar la terapia artística en la depresión. ....	69
<b>Metodología.....</b>	<b>74</b>
Planteamiento del problema. ....	74
Objetivos. ....	74
Participantes. ....	75
Formas de evaluación. ....	75
Procedimiento. ....	76
<b>Conclusiones. ....</b>	<b>78</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>83</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>86</b>

## Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha reportado que la depresión es un problema de salud muy común hoy en día sobretodo en la población femenina. Donde la presencia de creencias irracionales, los sentimientos y las conductas que éstas producen, pueden originar o agravar la sintomatología depresiva. Por esto es importante proponer nuevas alternativas de tratamiento que complementen las ya existentes o que se pueda llevar de manera individual.

En este trabajo se hizo una revisión sobre las características del trastorno depresivo considerando sus criterios diagnósticos, causas de la depresión en la mujer y los distintos tratamientos médicos y psicológicos. Además de una revisión de qué es la terapia artística y sus enfoques psicoanalítico, jungiano, humanista, y gestáltico.

Con base en esta revisión se propone un programa de intervención psicológica en terapia artística para modificar las creencias irracionales, desde la perspectiva de Albert Ellis (1962), que presentan las mujeres con trastorno depresivo. La metodología está basada en la teoría cognitiva conductual y en una serie de 12 sesiones donde 10 mujeres con diagnóstico de depresión trabajaran actividades artísticas, utilizando diferentes técnicas. Se pretende trabajar dentro del diseño pretest – posttest para la administración de la escala de depresión de Beck y la escala de actitudes y creencias de Burgess, con el propósito de observar posibles cambios en el nivel de depresión y categorización de creencias.

Esta propuesta es una nueva alternativa para el tratamiento de la depresión, que puede ser complementaria a un tratamiento farmacológico, donde se espera que las participantes modifiquen sus creencias irracionales y construyan una autoestima positiva.

**Palabras Clave:** Terapia artística, Depresión, Creencias irracionales.

## Introducción

En la actualidad son muchas las personas que expresan sentirse tristes o sentirse deprimidos sin hacer diferencia alguna entre ambos conceptos. A pesar de haber una estrecha relación entre ambos, la infelicidad o la tristeza no debe confundirse con un trastorno depresivo, ya que no todas las personas que tienen un trastorno depresivo están tristes, puesto que lo pueden manifestar de otra forma como enojos o síntomas somáticos; y no todas las personas que están tristes tienen un trastorno depresivo, ya que la tristeza es un sentimiento natural transitorio ante una pérdida o fracaso.

De acuerdo con la OMS (2002), la Depresión es la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera y para el 2020 se estima que alcanzará el segundo lugar. Por esta razón se hace de suma importancia prestarle especial atención al estudio de este trastorno para plantear no solo un tratamiento, si no también alguna forma de prevención.

El tratamiento para la depresión va desde lo farmacológico hasta la psicoterapia. En instituciones como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz el tratamiento de la depresión es de una manera integral, ya que el tratamiento farmacológico coadyuva con el tratamiento psicológico. En pacientes internos se proporciona terapia recreativa, en donde se llevan a cabo actividades artísticas, lúdicas y recreativas; todo esto más con una finalidad ocupacional que terapéutica. Durante mi experiencia obtenida trabajando con pacientes psiquiátricos en el área de Terapia Recreativa de dicha institución\*, pude observar que los pacientes al estar realizando ciertas actividades artísticas tienen modificaciones en la expresión de sus ideas, al igual que cuando se discute el objetivo de la actividad y lo experimentado durante la realización de ésta al final de la sesión mediante una retroalimentación. En especial las mujeres internas diagnosticadas con Trastorno Depresivo Mayor (TDM), han presentado una mejor respuesta a la realización de actividades artísticas, donde sus ideas de minusvalía, autodevaluación, falta de mérito y desesperanza, se van

---

\* Gracias a la Psic. Ma. Guadalupe Trejo Corona responsable del área de Terapia Recreativa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, quien me aceptó en su programa "Rehabilitación del paciente psiquiátrico interno mediante terapia ocupacional, actividades artísticas y recreativas".



modificando de forma positiva. Por todo esto, nace el interés de investigar si es posible que las mujeres diagnosticadas con TDM pueden modificar las creencias irracionales que presentan, al darse cuenta de ellas mediante actividades artísticas.

Esta investigación tiene la finalidad de proponer un programa de intervención de terapia artística, el cual busca comprobar si las actividades artísticas inciden en el mejoramiento del padecimiento de las mujeres diagnosticadas con TDM, en especial en la modificación de las creencias irracionales que ellas pudieran presentar. Esto con el propósito de aportar nueva evidencia al campo de estudio de la Terapia artística y proporcionar una alternativa complementaria al tratamiento ya actual para la depresión.

Marty (1999), autora del libro *psicología del Arte*, cita a Arnheim quien considera que el arte es un instrumento indispensable para enfrentarse a las tareas que el vivir nos impone y que mantenía la suposición de que el arte no solo es susceptible de ser comprendido de manera psicológica, si no que su explicación es del todo necesaria para un estudio completo de la conducta humana.

Covarrubias (2006) en su monografía para optar por la especialización en Arte Terapia, planteo las ventajas que tiene la terapia por el arte, entre las cuales menciona: 1) es una *terapia no verbal*, lo que permite expresar diversas experiencias de manera simbólica y que de manera verbal el paciente no podría expresarlo; 2) es *proyectivo*, ya que al realizar un producto espontáneo, permite suponer que se relaciona con el mundo interno del autor; 3) tiene *poder catártico*, ya que en el proceso de la expresión plástica se estimula la liberación de emociones previamente contenidas y así ayuda a abordar situaciones conflictivas sin experimentar demasiada ansiedad; 4) *disminuye las defensas*, debido a que el arte es un medio menos utilizado que el lenguaje y por lo tanto es menos susceptible de que el paciente lo controle; y por último tiene la ventaja de 5) la *permanencia*, esto por que la obra creada conlleva una experiencia, es por esto que se puede revivir los sentimientos que se tuvieron al crearla con solo mirarla.

Nuestro supuesto es que la aplicación de éstas ventajas en las pacientes depresivas se daría de la siguiente manera: las personas con depresión tienden a poner cierta resistencia al tratamiento por la desesperanza que sienten, ya que consideran que nadie los puede ayudar, pero mediante la actividad artística se puede traspasar

esas defensas, además de que les ayuda a expresar lo que no pueden expresar verbalmente y que conllevaría una catarsis que les ayuda a aminorar algunos de sus síntomas; la característica de la *permanencia* de la obra le ayuda al paciente depresivo a reforzar lo aprendido durante la elaboración de la misma, ya que si en algún momento tenía la creencia de “soy una inútil” o “no hago nada bien”, trabajándose de manera adecuada, las palabras del terapeuta para cambiar esa creencia queden reforzadas con la evidencia física que sería la obra creada, y cada vez que se vea ésta, se recuerde lo aprendido durante su elaboración.

Se propone trabajar con mujeres que tengan el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y edad de 25-40 años. El diseño propuesto es cuasiexperimental de grupo con pretest-postest, donde los instrumentos de medición serían la *Escala de depresión de Beck* y la *Escala de actitudes y creencias de Burgess*, éstos para confirmar el diagnóstico de TDM de las mujeres y categorizar el tipo de creencias que están presentando al momento de iniciar el programa; al final del programa se utilizarían los mismos instrumentos para medir si hubo una disminución en el nivel de depresión y un cambio en la categorización de creencias.

Con base en la literatura revisada se plantea que para cada sesión, primero, se lleve a cabo una dinámica grupal, que tiene como objetivo general la formación de grupos, cohesión, aceptación para pertenecer a un grupo y crear un clima de compañerismo; esto ayuda a la integración de las participantes no solo al grupo si no a un ambiente más cálido, lo que genera un estado motivacional para posteriormente continuar con la actividad artística. Para concluir se hará un cierre terapéutico, donde se explican los objetivos generales de la actividad, donde las pacientes pueden comentar acerca de la misma y de su sentir; el terapeuta intervendrá de forma que el paciente haga insight acerca del beneficio terapéutico que obtuvo durante la sesión y la manera en que puede aplicarlo a otras áreas de su vida.

Se espera que las actividades artísticas modifiquen de manera positiva las creencias irracionales que presentan las mujeres con TDM al final del programa, y que esto a su vez propicie en ellas la construcción de una mejor autoestima, que las haga sentirse competentes y satisfechas consigo mismas.

## 1. Depresión. Aspectos generales.

*“Yo sólo estaba cansada, agotada, los brazos me pesaban, los dedos eran de plomo, me escondía de todo el mundo, necesitaba de la soledad, donde poder ser nadie...” (Rosell, 2003).*

Hoy en día es muy común escuchar a las personas decir “me siento triste” o “que deprimido me siento”, pero son más las personas que no lo verbalizan y que pueden estar padeciendo un Trastorno Depresivo sin que los demás, y a veces sin que ellos mismos lo sepan; puesto que pueden creer que es algo normal y pasajero, por lo que no piden ayuda. Solamente hasta que la enfermedad afecta de manera considerable la forma de vida de la persona que la padece es cuando se empieza a considerar un tratamiento.

La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y, de la experiencia de sentirse bien consigo mismo y de ser competente (autoestima); con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional (Kaplan y Sadock, 1989/1992).

Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno depresivo como para quienes se preocupan por la persona. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

En México hay datos que revelan cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico reforzado por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. De acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar (seguida de la ansiedad y las fobias); se trata de una enfermedad frecuente con

alto nivel de discapacidad, donde el 6.4 % de la población la padece (Heinze y Camacho, 2010).

La depresión surge de la interacción dinámica de varios factores que operan sobre los intercambios entre una persona y su ambiente. En todas las experiencias de depresión están implicados dos dominios relacionados entre sí. En el dominio intraorganísmico, los procesos biológicos y psicológicos permanecen en interacción constante y recíproca. El ambiente, que representa al dominio extraorganísmico, continuamente presenta desafíos para la persona, mismos que son afrontados de manera eficaz o no (McCullough, 2000/2003).

La depresión también puede presentar síntomas somáticos que pueden enmascarar el padecimiento; por ejemplo, dolor de cabeza, dolores faciales atípicos, mareos, vértigo, taquicardia, asma, neurodermatitis, acatisia, frigidez, etc. (Chinchilla, 2008). Estos síntomas hacen que no se identifique tempranamente el trastorno depresivo y que el paciente solo se dedique a aliviar su malestar físico.

Hoy en día enfermedades mentales como la depresión, a pesar de su alta incidencia en la población, sigue siendo para las personas un tabú que conlleva a un estigma social, lo que provoca que la persona que la padece se niegue a aceptar que presenta un trastorno psiquiátrico, sobre todo si la mayoría de las manifestaciones del padecimiento son de tipo somático. De ahí la importancia de abordar este padecimiento desde una perspectiva multidisciplinaria para su diagnóstico y tratamiento.

## 2. Síntomas y criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 para la depresión.

*“La constelación de síntomas es como la constelación de las estrellas en el firmamento, que muestra al navegante el camino del puerto. Le permite situarse en el mapa, disipa las tinieblas y ahuyenta las dudas. Sucede como en un sueño en el que durante gran parte de la noche se nos aparece un desconocido que de repente se revela como alguien muy conocido y cercano. Ese instante, ese destello en que lo desconocido se convierte en lo conocido, se llama diagnóstico.” (Szczeklik, 2010)*

¿Cómo podemos detectar cuando una persona está deprimida? No todas las personas que padecen un trastorno depresivo presentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular, cada persona puede sentirla y vivirla de manera distinta. Rosell (2003) en su libro “Espejo roto (La depresión por dentro)” describe la historia y la manera en que Paola refiere estar viviendo su depresión, para lo cual Paola describe así sus síntomas:

“No conciliaba el sueño ni era capaz de comer y, sin mi coraza, no encontraba palabras para responder a nada ni nadie de quienes me rodeaban. Y lo peor era que no hallaba respuestas para mí. No me respondía la cabeza, no me centraba, no seguía una conversación. Volví a mi torpeza de niña a cuando todo se me caía de las manos...”

A pesar de las diferencias en que las personas manifiestan y viven su padecimiento, hay criterios generales que nos ayudan a detectar oportunamente este trastorno. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR)\**, clasifica a la depresión dentro de los trastornos afectivos, donde el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

A continuación en el cuadro 1 se presentan los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor y en el cuadro 2 se presentan los criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único.

---

\* Se tomo la clasificación del DSM-IV-TR, debido a que el DSM-V aun se encuentra en revisión para su versión en castellano.

## Cuadro 1. Criterios para el episodio depresivo mayor.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
  - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
  - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
  - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
  - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
  - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
  - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
  - (8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
  - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin plan específico o una tentativa de suicidio o un plan de específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas e inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* (T. De Flores, Trad.) Barcelona: Masson.

## **Cuadro 2. Criterios para el diagnóstico de F32. X Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2x].**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o sus síntomas:

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos**

**Crónico**

**Con síntomas catatónicos**

**Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípicos**

**De inicio en el periodo de posparto**

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

**En remisión parcial, en remisión total**

**Crónico**

**Con síntomas catatónicos**

**Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípicos**

**De inicio en el posparto**

Fuente: American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* (T. De Flores, Trad.) Barcelona: Masson.

En el caso de la Clasificación Internacional de Enfermedades decima versión (CIE-10), la Organización Mundial de la Salud toma en cuenta los siguientes criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo:

### **Cuadro 3. Criterios Diagnósticos Generales para Episodio Depresivo según la CIE-10 (F32).**

**G1.** El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

**G2.** No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30.-) en ningún periodo de la vida del individuo.

**G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia.** El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

#### **Síndrome somático**

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denomina “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes en actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid - España : Editorial Médica Panamericana.

En el caso de episodio depresivo leve, suelen estar presentes dos o tres de los síntomas, donde el paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.



#### **Cuadro 4. Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Leve según la CIE-10 (F32.0).**

**A.** Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

**B.** Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

**C.** Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimientos (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente peso.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del “síndrome somático”:

F32.00 Sin síndrome somático.

F32.01 Con síndrome somático.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid - España : Editorial Médica Panamericana.

Para el episodio depresivo moderado, normalmente están presentes cuatro o más de los siguientes síntomas, y en este caso es muy probable que el paciente tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

### **Cuadro 5. Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Moderado según la CIE-10 (F32.1).**

- A.** Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
  - B.** Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
  - C.** Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.
- Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del “síndrome somático”:
- F32.10 Sin síndrome somático.
  - F32.11 Con síndrome somático.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid - España : Editorial Médica Panamericana.

Por último, el episodio depresivo grave, puede ser con o sin síntomas psicóticos, en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan gravemente la vida del paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. Son comunes las ideas o actos suicidas y estar presentes cuatro síntomas somáticos. En el episodio con síntomas psicóticos, además se presentan alucinaciones e ideas delirantes que pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo, enlentecimiento psicomotriz suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias.

### **Cuadro 6. Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos según la CIE-10 (F32.2).**

- A.** Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B.** Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C.** Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D.** Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid - España : Editorial Médica Panamericana.

### **Cuadro 7. Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos según la CIE-10 (F32.3).**

**A.** Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

**B.** Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.

**C.** No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0 – F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).

**D.** Presencia de cualquiera de los siguientes:

1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.
2. Estupor depresivo.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

F32.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de culpa, inutilidad, de enfermedad corporal o de desastre inminente, o alucinaciones auditivas de burla o condenatorias).

F32.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin un contenido afectivo).

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid - España : Editorial Médica Panamericana.

Dentro de los trastornos del estado de ánimo también se encuentra el trastorno distímico, el cual se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. En el DSM-IV-TR, la característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, la mayoría de los días. Las personas con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado” y habitualmente, en el marco clínico, presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento.

### Cuadro 8. Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico [300.4].

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

**Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Pérdida o aumento de apetito.
- (2) Insomnio o hipersomnia.
- (3) Falta de energía o fatiga.
- (4) Baja autoestima.
- (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- (6) Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ya ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo durante 2 meses). Además, tras los 2 primeros años de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica.

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar si:*

**Inicio temprano:** si el inicio es antes de los 21 años.

**Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Fuente: American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* (T. De Flores, Trad.) Barcelona: Masson.

En la CIE-10, la distimia, es como una depresión crónica del estado de ánimo que se prolonga al menos varios años, pero que no es suficientemente severa.

#### **Cuadro 9. Criterios diagnósticos para la Distimia según la CIE-10 (F34.1).**

- A. Presencia de un periodo de al menos dos años de humor depresivo constante o constantemente recurrente. Los periodos intermedios de estado de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.
- B. Ninguno, o muy pocos, de los episodios individuales de depresión en este periodo de dos años debe ser lo suficientemente severo o prolongado para cumplir criterios de trastorno depresivo recurrente leve (F33.0).
- C. Presencia de por lo menos tres de los siguientes síntomas durante, al menos, alguno de los periodos de depresión:
  - 1. Disminución de la energía o de la actividad.
  - 2. Insomnio.
  - 3. Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimiento de inferioridad.
  - 4. Dificultad para concentrarse.
  - 5. Llanto fácil
  - 6. Pérdida de interés o satisfacción por el sexo y otras actividades placenteras.
  - 7. Sentimientos de desesperación o desesperanza.
  - 8. Percepción de incapacidad para afrontar las responsabilidades rutinarias de la vida diaria.
  - 9. Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
  - 10. Aislamiento social.
  - 11. Disminución de la locuacidad.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid - España : Editorial Médica Panamericana.

Tanto la clasificación del DSM-IV-TR como la clasificación del CIE-10 son aceptadas y utilizadas con frecuencia en las instancias psiquiátricas para el diagnóstico y clasificación del episodio depresivo o el trastorno depresivo mayor. Esto ayuda a tener una visión más clara sobre el diagnóstico y distinguirlo de otros trastornos como el distímico, para que se pueda armar un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades del paciente y con base en las características de los síntomas que se están presentando.

### **3. Causas de la depresión en la mujer.**

Hombres y Mujeres nos diferenciamos en muchos aspectos, el comportamiento de ambos es diferente tanto en sus objetivos como en la forma en que afrontan los retos que éstos suponen. Estas diferencias vienen determinadas por múltiples factores, como lo son la estructura física, la carga genética y hormonal de cada uno, hasta determinantes ambientales como la educación en sus roles sociales.

La OMS señaló que las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión y la ansiedad. Unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. Se calcula que los trastornos mentales, entre otros la depresión, afectan aproximadamente a un 13% de las mujeres en el año siguiente al parto. Los datos epidemiológicos coinciden en señalar una razón de dos a uno en la prevalencia de depresión entre mujeres y hombres. La prevalencia actual de depresión en México es de 4.1% en mujeres y 1.6% en hombres (Lara, Acevedo, y Berenzon, 2004).

En la literatura se ha encontrado que hay múltiples factores que predisponen a las mujeres a sufrir depresión, entre los tienen mayor influencia se encuentran el embarazo, el parto, la menopausia, la infertilidad, los factores sociales, la personalidad, los acontecimientos vitales, el estrés, los aspectos conyugales y de familia.

Un evento importante en la vida de las mujeres es el embarazo. El cual supone época de cambios y sentimientos encontrados en la mujer, además una alteración de la imagen corporal, con cambios rápidos y bruscos. Aparecen sentimientos de inseguridad sobre la viabilidad del feto o el temor a no ser una “madre suficientemente buena”. Las relaciones de pareja cambian, ya que se debe preparar el camino para dejar de ser una pareja para convertirse en una familia, modificando sus funciones, obligaciones, cambios en relaciones de amistad y extrafamiliares, las cuales giraran entorno al cuidado del niño. Los cambios hormonales y físicos condicionan la aparición de un ánimo disfórico, con frecuente irritabilidad y aumento en la sensibilidad; puede aparecer llanto inmotivado, cambios bruscos de humor y ansiedad, que quizá no sean comprendidos por la mujer y su pareja (Leal, 2000).

El parto es el momento más deseado y temido durante el embarazo. Supone muchas veces enfrentarse al dolor, generalmente desconocido, terminar con la incertidumbre y saber por fin, si el bebé está bien o padece alguna enfermedad (Leal, 2000). Las mujeres con frecuencia presentan síntomas depresivos ligeros tras el parto, que pueden asociarse con molestias físicas, el no saber qué hacer con el bebé, la falta de sueño, cansancio, temor a no reconocer las necesidades del bebé, a no ser capaz de alimentarlo o cuidarlo adecuadamente. Esto suele tener una duración corta. La aparición de sintomatología de depresión leve podría ser secundaria tanto al cambio hormonal y corporal que aparece de forma brusca como a la asunción del nuevo rol de madre, y a las múltiples circunstancias que se relacionan con esta nueva situación (cambios corporales, cambios en la relación de pareja, aumento de la responsabilidad, etc.). Esta depresión es frecuente pero no suele alcanzar entidad suficiente para precisar tratamiento o incluso ser diagnosticada como un trastorno depresivo, y no debe confundirse con las depresiones postparto (Chinchilla, 2008).

Así como el embarazo y el parto pueden producir en algún momento sintomatología depresiva, el caso contrario, la infertilidad también puede producir este tipo de síntomas en la mujer que la padece.

La infertilidad se define como la imposibilidad de una pareja de tener descendencia. Puede deberse a causas propias de la mujer o del hombre o a la incompatibilidad entre ambos miembros de la pareja. Culturalmente la infertilidad se ha atribuido a causas femeninas, además que los hombres son más renuentes a la realización de pruebas de fertilidad, pues lo relacionan con el cuestionamiento de su potencia sexual y la carga cultural que tiene tal concepto. La mujer vive la infertilidad con más ansiedad que el hombre; se asocia, además, el sentimiento de no “estar realizada”, sentimientos de incapacidad o de sentirse incompleta. Si pese a los tratamientos, la mujer no consigue el embarazo, es frecuente la aparición de una reacción depresiva similar a un duelo. Si la mujer tiene intereses fuera de casa o empieza a tenerlos después de la tentativa del embarazo, es más probable que los síntomas depresivos y de ansiedad sean menores, que aparezcan menos sentimientos de culpa y menor temor a ser abandonada y estar sola en el futuro (Leal, 2000).

Otro acontecimiento importante en la vida de la mujer es la menopausia, la cual implica un cambio físico en un momento de acontecimientos vitales que suponen cambios en el rol social y que en la mayoría de los casos es vivida como envejecimiento, ya que suele aparecer entre los 50 y 52 años. Esto puede suponer un acontecimiento vital tan estresante por las consecuencias reales o imaginarias que tiene sobre la vida de la mujer. La depresión que aparece en ésta etapa está influenciada por la expectativa que tiene la mujer sobre los cambios que están por ocurrir. En general, entre más negativa es la percepción de la menopausia es peor, la menopausia se ve como el momento en el que empieza el declinar de la vida, la pérdida de la capacidad reproductiva y del atractivo físico. Otras mujeres, sin embargo, ven el inicio de la menopausia como una liberación, por la pérdida de la preocupación de la posibilidad de embarazos no deseados, menor responsabilidad directa en el cuidado de la casa y plenitud de la vida profesional. En estos casos es menos probable la aparición de síntomas depresivos (Chinchilla, 2008).

La exposición a determinados acontecimientos vitales de naturaleza estresante en la vida de la mujer, la insatisfacción con su situación ocupacional y la falta de apoyo social son los factores sociales que mejor explican la morbilidad psiquiátrica del trastorno depresivo durante la menopausia (Leal, 2000). Chinchilla (2008) comentó en su libro que alrededor de la menopausia existe una serie de creencias que pueden contribuir a la aparición de síntomas depresivos, algunas reales como la pérdida de la capacidad reproductiva, y otras imaginarias como ideas de haber perdido la capacidad de ser mujer, temores a la vejez y a la muerte. Además planteó que según el esquema cognitivo (triada cognitiva de Beck) la menopausia podría elicitar creencias negativas sobre el futuro, el presente y la capacidad de enfrentarse a los problemas que se anticipan. En las mujeres que presentan síntomas depresivos durante la menopausia, éstos tienden a disminuir hacia el final de ésta.

Respecto a los factores sociales que favorecen la depresión, el papel social que se ha atribuido tradicionalmente a las mujeres se ha caracterizado por la sensibilidad, complacencia, dulzura, pasividad, obediencia, necesidad de contrato afectivo, dependencia y fragilidad. Desde el punto de vista social, el estereotipo clásicamente femenino es comparable con algunas características de los cuadros depresivos, como



la sumisión, la dependencia o la falta de iniciativa. Cuanto más estereotipada sea su feminidad mayor predisposición a la depresión encierra (Bleichmar, 1991).

Aunque en la sociedad occidental actual de la mujer tiende a tener un papel más importante en la vida social, los prejuicios sobre las responsabilidades de la mujer en la sociedad y en la familia se mantienen y, la mujer tiene que compaginar el trabajo fuera de casa con el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, lo que supone una fuente más de estrés. Cuando aparece una depresión en este contexto, puede mejorar si se consigue que el paciente adquiera un sentido de control y dominio. Es menor la prevalencia de las mujeres que trabajan fuera de casa de síntomas depresivos frente a las que únicamente se dedican al cuidado del hogar. Parece que lo patógeno no es la doble jornada, sino, la restricción al ámbito de lo privado, con la consiguiente limitación de los espacios propicios a la sublimación que, a su vez, son una fuente de satisfacción personal y de aumento de la autoestima (Chinchilla, 2008).

En un estudio que realizó Lara y colaboradores (2004), reportaron que las mujeres son muy exigentes consigo mismas, se exigen que todo este bien y, sobre todo, que no “se les acumule el trabajo”. Además internalizan esta demanda excesiva ya que no hay ningún reconocimiento del exterior y sienten que no se les valora.

Incluso las mujeres que están emancipadas y tienen una vida profesional satisfactoria, basan en gran medida su autoestima en la creación y mantenimiento de las relaciones afectivas, por lo que, ante la pérdida de estas, pueden aparecer síntomas depresivos. Todavía en las tareas domésticas, aunque ambos miembros de la pareja trabajen, la mujer es la encargada de ésta y el hombre, por mucho, tiene una función de “ayuda”.

Chinchilla (2008) también mencionó que hay factores que se asocian a la personalidad de la mujer, aunque cualquier persona, independiente de sus rasgos de personalidad, puede llegar a deprimirse en un momento determinado de su vida, es mayor el riesgo de depresión en personas con estructura de personalidad oral-dependiente, obsesiva-compulsiva e histérica, frente a las personalidades antisociales, paranoides u otros grupos, que utilizan la proyección para librarse de los sentimientos negativos. Es posible que existan más mujeres con tipos de personalidad con riesgo de

depresión, frente a los hombres con perfiles de personalidad que incrementan el riesgo de conductas adictivas. Pero las mujeres también son propensas a adquirir estas conductas adictivas, ya que las mujeres que consumen alcohol presentan más síntomas depresivos que en las mujeres que no lo hacen (en los hombres no aparece esta asociación). Este efecto podría ser atribuido a factores biológicos (mayor vulnerabilidad biológica al efecto neurotoxicológico del alcohol en las mujeres), factores sociológicos (distinta tolerancia social al consumo femenino y masculino de alcohol) o factores psicológicos (las mujeres suelen beber más en solitario como forma de automedicación como ansiolítico o antidepresivo). Tanto la depresión como el alcoholismo son factores de riesgo el uno del otro.

Para la mujer parece tener una especial importancia la intimidad y la conexión emocional, por lo que las pérdidas afectivas parecen afectarles más que a los hombres. Así mismo, son más frecuentes las quejas sobre la falta de intimidad y el sentimiento de pérdida de algo, que ha sido interpretado como expresión de la dependencia afectiva.

La dependencia crucial en la causación de depresión es la dependencia del juicio del otro para el mantenimiento de la autoestima. Cuanto más una persona depende en forma exclusiva o casi exclusiva para la regulación de su autoestima, más facilitado es el camino para la depresión. Las vicisitudes de la relación y su eventual riesgo de pérdida provocan constantes e intensas fluctuaciones en la autoestima que originan gran parte de las manifestaciones depresivas: mal humor, desgano, irritabilidad, tristeza (Bleichmar, 1991). Además, las mujeres tienen una autoestima más baja porque en la actitud de observarse a sí mismas, analizarse y juzgarse, tienden a incluir el aspecto físico más que el hombre, con unas connotaciones negativas.

Muchas veces las mujeres se quejan de no recibir suficiente apoyo en momentos duros o suficiente cariño después de haber pasado años entregadas al cuidado de los suyos, porque esperan una reciprocidad de los cuidados y suponen que, ya que ellas han sido capaces de interpretar los pequeños signos de malestar de su marido e hijos, éstos han de ser capaces de interpretar de igual manera sus necesidades. La incapacidad de explicar sus necesidades puede llevar a la aparición de frustraciones, sentimientos de no ser querida y cuadros depresivos, además de deteriorar las

relaciones interpersonales y familiares. Según la teoría cognitiva de la depresión, los errores cognitivos más frecuentes en la depresión son las distorsiones negativas de las experiencias vitales, la autoevaluación negativa, el pesimismo y la desesperanza. (Chinchilla, 2008).

Para algunas mujeres queda claro que la depresión se puede expresar de distintas maneras, pero en muchas ocasiones, no encuentran una manera de canalizar estos sentimientos que no sea “desquitándose” con los hijos (Lara, y col., 2004).

Cuando uno de los miembros de la pareja sufre un cuadro depresivo, el clima familiar puede estar afectado gravemente y supone un factor que incrementa la probabilidad de la mala adaptación marital. Se ha descrito en amas de casa deprimidas un estilo consistente en disminución de la comunicación, aumento de la dependencia y de los conflictos conyugales y tendencia a controlar al otro a través de sus manifestaciones sintomáticas. La mayor incompetencia social de la mujer deprimida hace que ésta reduzca sus contactos sociales y se refugie en el ámbito familiar. Debido también a la enfermedad de la mujer, el ambiente familiar suele estar alterado, con tensión, ansiedad y agresividad, con tendencia a aislar a la persona enferma agravando el cuadro depresivo. La falta de un apoyo social adecuado puede ser, así, tanto causa como efecto de la depresión (Chinchilla, 2008).

En conclusión, la mujer es más vulnerable a sufrir un trastorno depresivo que el hombre, esto debido a múltiples factores, donde intervienen sus niveles hormonales, la educación, el rol social, los factores ambientales y sociales. En cada etapa de vida de la mujer unos factores etiológicos pesan más que los demás, interactuando en todo momento la variabilidad biológica, psicológica y social de cada mujer. En cualquier caso, las diferentes causas están interrelacionadas e influyen unas sobre otras, siendo imposible aislarlas, siendo importante considerar todas ellas a la hora de elaborar un plan de intervención o prevención que ayude no solamente a mejorar los síntomas físicos, sino que además ayude a mejorar de manera positiva el autoestima de las mujeres el cual se verá reflejado en la sensación de sentirse bien consigo mismas, sentirse competentes y por consiguiente un cambio en sus creencias y su conducta.

#### 4. Tipos de tratamiento.

Lo primordial antes de indicar cualquier tipo de tratamiento, es establecer con certeza el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM); para esto, además de tomar los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el CIE-10, es necesario prestar atención a todo lo que hay alrededor, como a los factores de riesgo, la comorbilidad con otros trastornos, si se ha tratado anteriormente, cómo ha sido la respuesta al tratamiento anterior (si lo hubo), etc. Además de descartar otros factores que puedan explicar la sintomatología depresiva como patologías somáticas (cáncer, hipertiroidismo, etc.) y el consumo de medicamentos o sustancias psicoactivas (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, y Uribe, 2008)

Después de tener el confirmado el diagnóstico, la decisión principal es determinar si es posible el tratamiento ambulatorio o si se debe iniciar tratamiento con hospitalización. Los factores a considerar son:

- a) Riesgo de suicidio.
- b) Capacidad del paciente para seguir recomendaciones.
- c) Recursos psicosociales (red de apoyo).
- d) Gravedad de los factores estresantes psicosociales.
- e) Grado de compromiso funcional.

La hospitalización solo es necesaria en pacientes con episodios depresivos mayores, cuyo cuadro represente peligro para sí mismo o sus allegados. Por lo tanto, se debe evaluar el riesgo o intento de suicidio u homicidio, síntomas psicóticos, pobreza del juicio, conflictos severos con terceros a consecuencia de su enfermedad, no toma de los medicamentos recomendados, falta de cuidados básicos hacia sí mismo, que lleven a pensar en la necesidad de optar por una hospitalización (Gómez, y col., 2008).

Tomando en cuenta todo esto se procede a la elección del tratamiento, el cual puede ser: medicación, psicoterapia, o terapia electroconvulsiva (TEC).

## 4.1 Tratamiento con antidepresivos

Los antidepresivos tienen la función de normalizar las sustancias químicas naturales del cerebro con el nombre de neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos actúan sobre la normalización del neurotransmisor dopamina. En general hay tres tipos de medicamentos que se le pueden dar a un paciente depresivo.

- a) *Inhibidores de la monoaminoxidasa*. La iproniacida es un agonista de las monoaminas al inhibir la actividad de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que descompone los neurotransmisores monoaminérgicos en el citoplasma de la neurona (Pinel, 2006/2007). La iproniacida inhibe la actividad de la MAO, así, este fármaco aumenta la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina (Carlson, 2004/2006).
- b) *Antidepresivos tricíclicos*. Reciben su nombre por su acción antidepresiva y por que su estructura química incluye una cadena de tres anillos. Los antidepresivos tricíclicos impiden la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, lo que por lo tanto da lugar a un aumento de sus niveles en el cerebro. Suponen la alternativa más segura a los inhibidores de la MAO (Pinel, 2006/2007).
- c) *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) tienen efectos agonistas sobre la transmisión serotoninérgica al bloquear la recaptación de la serotonina de la sinapsis. Tienen pocos efectos secundarios (Pinel, 2006/2007). Los tipos de medicamentos antidepresivos más usados del grupo de los ISRS se encuentra la fluoxetina, el citalopram, la sertralina, la fluvoxamina y paroxetina (Honorato, 2012).

Es importante tener presente que los antidepresivos actúan entre los 15 y 30 días posteriores a su administración, pero pueden demorar en promedio 30 – 60 días en actuar plenamente (en ocasiones más). Se recomienda iniciar los medicamentos explicando a los pacientes tanto sus efectos secundarios, con el fin de aumentar la adherencia, como la manera de tomarlos (Gómez, y col., 2008). No todos los fármacos de una misma clase o grupo farmacológico consiguen los mismos resultados

terapéuticos de igual manera y en algunos casos unos efectos son más preferibles a otros.

La elección del antidepresivo está en función de las características farmacocinéticas del medicamento elegido, o sea, lo que el organismo es capaz de hacer al fármaco, así como de las características farmacodinámicas, esto es, las acciones y efectos que el fármaco causa en el organismo (Honorato, 2012).

La medicación y la dosis de mantenimiento debe ser la misma que fue efectiva para controlar el episodio agudo. La suspensión del antidepresivo debe hacerse de manera lenta y bajo supervisión médica para evitar una recaída (Gómez, y col., 2008).

#### **4.2 Terapia electroconvulsiva (TEC)**

En el caso de las depresiones más resistentes, donde no ha habido buenos resultados con los medicamentos ni con la psicoterapia, se utiliza la terapia electroconvulsiva (TEC).

Antes de administrar la TEC, al paciente se le administra un relajante muscular y se le anestesia brevemente para prevenir las lesiones que pudiera producir la convulsión. El paciente permanece conectado a un respirador hasta que desaparecen los efectos del fármaco. Se colocan unos electrodos al cuero cabelludo del paciente (por lo general en el hemisferio no dominante para el lenguaje, para evitar daños de la memoria verbal), y una sacudida eléctrica desencadena la convulsión. El paciente puede recibir tres sesiones por semana hasta que se observa la máxima mejoría, lo cual suele requerir entre seis y doce sesiones. Esta terapia puede ocasionar efectos secundarios de corto plazo, como pueden ser confusión, desorientación, y pérdida de memoria; pero estos efectos, por lo general, desaparecen pronto después del tratamiento (Carlson, 2004/2006).

#### **4.3 Psicoterapias más usadas para el manejo de la depresión**

En general todo paciente con trastorno afectivo debe realizar psicoterapia con el fin de lograr un mejor manejo del cuadro clínico, mejorar la introspección, el modelo de interacción y actuar sobre los problemas de base. Las psicoterapias pueden ser de

diversos tipos y ello dependerá del interés del paciente, así como de la mejor conveniencia en base a las necesidades de quien la solicite.

#### *4.3.1 Terapia de grupo.*

Utiliza con intensidad curativa las complejas interacciones que se dan en los grupos humanos y que el terapeuta puede señalar explícitamente. La experiencia grupal es, por sí misma, capaz de provocar modificaciones favorables innegables, no solo en la depresión, sino también en patologías más graves (Gómez, y col., 2008).

El grupo es considerado un agente terapéutico en sí mismo. Díaz (2000) explicó que en un grupo terapéutico es necesario crear un clima que permita a los miembros sentir la confianza y el interés recíproco a fin de exponer los pensamientos, las acciones y los sentimientos que revelan sus necesidades inconscientes y el origen de las fuerzas que se les oponen. Así como para auxiliar a los compañeros a realizar esta labor e identificarse con sus necesidades y dificultades para satisfacerlas, a fin de encontrar formas más adaptativas de dar salida a sus requerimientos. Además esta autora retoma las ideas de Yalom (1975), quien reconoce que el cambio terapéutico en los grupos tiene lugar a través de quince “factores curativos”, que pueden ser parte del proceso, condiciones o factores del cambio en sí.

- Catarsis: Es la verbalización acompañada de la expresión de sentimientos. Es un instrumento de comunicación, una parte del proceso interpersonal que conduce a poder decir lo que molesta, aprender a expresar los sentimientos. Además, es un alivio emocional transitorio que debe culminar en el insight.
- Aprendizaje interpersonal: En la terapia grupal, representa el análogo del insight, elaboración a través de la transferencia, experiencia emocional correctiva y proceso técnico del encuadre del grupo. Los miembros del grupo observan las habilidades y deficiencias interpersonales de los otros para afirmar sus percepciones y relaciones con los demás; aprenden que un mismo hecho tiene distinto significado para sujetos distintos y por lo tanto, comprenden que no existe un único punto de vista verdadero. El aprendizaje interpersonal no se

produce por simple imitación, en general, se requiere primero disminuir las defensas de los participantes.

- Desarrollo de técnicas de socialización: En los grupos de terapia dinámica, el estímulo a la retroalimentación aporta a los pacientes información adecuada con respecto al comportamiento interpersonal que los expone al rechazo o maltrato. La posibilidad de reconocer y alterar deliberadamente el comportamiento social puede ser muy útil para iniciar el cambio terapéutico, gracias a la disminución de la crítica y la facilitación de la experimentación y expresión de empatía en el grupo, lo que ayuda a las futuras interacciones sociales en el exterior.
- Universalización: Es la percatación de que la mayoría de los hechos y pensamientos humanos constituyen experiencias compartidas por un gran número de personas. Después de oír a otros descubrir sus preocupaciones y encontrarlas similares a las propias, los pacientes se sienten aliviados del sentimiento de ser los únicos con problemas, con pensamientos, con impulsos y fantasías anormales.
- Instilación de esperanza: Es la fe en el tratamiento, necesaria para mantener al paciente en terapia. Una alta expectativa de ayuda preterapéutica se correlaciona con un resultado terapéutico positivo. Una buena parte de la motivación del paciente para el tratamiento incluye la esperanza consciente de beneficiarse a través de él.
- Altruismo: Es olvido de sí mismo para absorberse en algo o alguien más, proporciona un alivio al aislamiento, disminuye la devaluación y aumenta la autoestima. Cuando el altruismo es producto de la aceptación y revaloración de sí mismo, del uso de la capacidad de comprender y compartir, sin temor a ser despojado y manipulado y no implica colocarse en la situación de suponer que no se necesita de los demás, refuerza el cambio terapéutico a través de la devolución de la autoimagen valiosa y aceptable para los otros.
- Factores existenciales: Incluyen el reconocimiento de que la vida es a veces injusta, caprichosa; que no puede escaparse de algunos dolores (contingencias), de la muerte, de un cierto grado de soledad básica, independientemente de que se cuente con relaciones cercanas satisfactorias; y la aceptación de la



responsabilidad sobre la forma de conducir la propia vida, a pesar de la ayuda y sostén de los demás. La aceptación de estos factores es producto de una terapia exitosa, que ha logrado incrementar la tolerancia a la demora, disminuir la omnipotencia, el pensamiento mágico, la dependencia de objetos idealizados y las exigencias irracionales.

- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: Se facilita más en el grupo que en la terapia individual, porque los miembros repiten en su interacción con pares y terapeutas, las pautas de relación que tuvieron con padres, hermanos y otros miembros de la familia. Lo importante no es que recapitulen los tempranos conflictos familiares, sino que comprendan, rectifiquen y reconstituyan. El pasado es importante en cuanto explica la realidad actual del paciente en su relación con otros miembros del grupo.
- Asociación libre: Es la verbalización de pensamientos, recuerdos y sentimientos tal como surgen en la consciencia del paciente. No tiene necesariamente un orden lógico ni un tema bien definido. El terapeuta es el encargado de establecer en el grupo la cultura que permite asociar libremente, a través de sus invitaciones iniciales a participar en la interacción, para posteriormente interpretar la resistencia a hacerlo.
- Fenómenos condensadores: Súbita descarga de material profundo y primitivo, consecuencia de la acumulación de asociación de ideas (sueños, temores o fantasías grupales). La descarga resulta sorpresiva debido a la ausencia de relaciones causales y conscientes, dado que la tensión se ha acumulado en forma inconsciente.
- Fenómeno de cadena (de ideas y sentimientos): Surgen en los miembros como respuesta a la comunicación o actuación de uno de ellos, en virtud de inducción mutua, identificación y empatía. La reacción en cadena puede abarcar a todo el grupo o sólo a algunos integrantes y cuando no es posible discernir su relación con el estímulo que la provocó, es necesario investigarlo.
- Fenómeno de resonancia: Es el efecto de los acontecimientos grupales sobre los miembros, que responde de acuerdo con su nivel de fijación o regresión. Las

mismas circunstancias pueden activar en un miembro referencias al pecho materno, revelar a otros sus preocupaciones excretorias, etc.

- La interpretación: Está diseñada para transmitir la comprensión del significado dinámico o latente de la conducta y comunicación de los pacientes y el de los sucesos que afectan al grupo.
- Insight: Implica una toma de contacto, intelectual y afectiva con vivencias que hasta ese momento habían permanecido inconscientes. Es la obtención de una visión adecuada o integrada del mundo interno como algo diferente del mundo externo. También es considerado como el descubrimiento importante sobre sí mismo.
- Elaboración: Una vez obtenido el insight, el terapeuta y el paciente buscan opciones alternativas ante la presencia del conflicto en las distintas áreas de la vida. La elaboración es el análisis de las resistencias y otros factores que evitan el insight. El proceso de elaboración se facilita en un grupo, por la actuación ante los otros de conductas patológicas, que incluyen uno o varios miembros. La repetición de diversas facetas del trastorno del paciente en las distintas fases del tratamiento es útil para reafirmar las ventajas de la realidad sobre la fantasía.

Estos factores son interdependientes, no se presentan solos, ni funcionan por separado, y son lo que le da una parte del gran al tratamiento su beneficio terapéutico, independientemente del enfoque en que se base.

#### *4.3.2 Terapia familiar.*

La premisa básica en la que se fundamenta la terapia familiar es que hay muchos niveles de organización en las vidas de las personas, y de que cada nivel interactúa con los demás e influye sobre ellos. Este tipo de terapia es la mejor opción cuando las personas se ponen en tratamiento quejándose de problemas con el cónyuge o la familia. Se considera a los miembros de la familia como aliados potenciales que pueden ser útiles colaboradores en los esfuerzos del tratamiento (Beavers y Hampson, 1990/1995).

Para Beavers y Hampson (1990/1995), el terapeuta proporciona a todo el sistema o subsistema familiar disponible información sobre cómo apoyar a un miembro enfermo y principios de habilidad de asesoramiento-afrontamiento de la tensión. Debe ayudar a las familias a comprender lo que esperan conseguir durante el período de crisis y a construir estrategias para afrontar la crisis o enfermedad. Las consideraciones que toma en cuenta un terapeuta familiar es ayudar a los miembros de la familia a comprenderse mutuamente, desarrollando una discusión coherente; clarificar el contexto del tratamiento y de las relaciones, definir las expectativas de las personas que participan en la terapia; Sacar a colación el sentimiento opuesto de todo sentimiento o actitud que se exprese, estableciendo de esta forma un lugar seguro para reconocer y expresar la ambivalencia; ofrecer esperanza siempre que sea posible, pero reconocer la propia desesperación cuando ésta se produzca.

La terapia familiar no suele considerarse terapia primaria para el tratamiento de la depresión, pero su uso está indicado en los casos en que la depresión de un individuo parece dificultar seriamente su funcionamiento matrimonial o familiar, o cuando la depresión de un individuo parece estar promovida y mantenida por las pautas de interacción familiar. Las dificultades emocionales individuales proceden de los trastornos en la interacción total de la familia. El tratamiento se centra en la familia como una unidad biosocial natural y engloba a todas las personas dentro de esta unidad (Kaplan y Sadock, 1989/1992)

#### *4.3.3 Terapia de orientación psicodinámica.*

Es una terapia a mediano o largo plazo que busca hacer consciente lo inconsciente, buscar los conflictos subyacentes, reforzar los mecanismos de defensa adaptativos y mejorar la capacidad del yo para enfrentar diversas situaciones (Gómez, y col., 2008).

En 1938, Freud planteó dentro del esquema del psicoanálisis *la existencia del inconsciente*, donde se enfatiza en que las causas del sufrimiento del paciente a menudo no son conocidos por éste; y además la existencia de tres estructura de la mente, el *ello*, *yo*, y el *super yo*. En el *ello* actúan los instintos orgánicos y su finalidad es alcanzar su satisfacción. El *yo*, se encuentra en contacto directo con el mundo

exterior (con la realidad) basándose en la percepción consciente, tiene una función constructiva, ya que media entre la exigencia instintiva y el acto destinado a satisfacerla; tiene por función la autoconservación, considerando la propia seguridad. El *super yo* observa al *yo*, le imparte órdenes, lo dirige y lo amenaza con castigarlo; tiene la función de juez, como conciencia moral, considerando el pasado cultural y reúne las influencias del presente y el pasado.

Otros principio en la que se basa la terapia psicodinámica, esbozado por Freud, es la *transferencia*, la relación que el paciente establezca con el terapeuta. El paciente no se limita a considerar al terapeuta a la luz de la realidad, como sostén o consejero; por el contrario, el paciente ve en el terapeuta una copia de alguna persona importante de su infancia, de su pasado, transfiriéndole, los sentimientos y las reacciones que seguramente correspondieron a ese modelo pretérito. Mientras la transferencia sea positiva, el paciente se mostrara más colaborador con el propósito de agradar al analista y de conquistar su aplauso, ayudándole a fortalecer su débil *yo*. En dirección opuesta se puede dar la *contratransferencia*, que es la transferencia que el terapeuta hace sobre el paciente. Ambos influyen en el éxito o en el fracaso de la terapia dependiendo de cómo se manejen.

Por último un factor igualmente importante son las *resistencias*, las cuales son la protección del *yo* de su precaria existencia contra nuevas irrupciones, como lo puede ser la terapia. Las resistencias indican el tipo de defensas que emplea el paciente para hacer frente a situaciones conflictivas. Inducir al paciente a que supere sus resistencias, es ventajoso para la modificación y el fortalecimiento del *yo* (Freud, 1938/2001).

#### 4.3.4 *Terapia interpersonal.*

La terapia interpersonal fue desarrollada en un principio por Klerman, Weissman y colaboradores, como una terapia de tiempo limitado y organizado, para el tratamiento de la depresión, la idea subyacente es que los síndromes psiquiátricos como la depresión están multideterminados por causas que se producen por lo general en un contexto social e interpersonal. En la terapia interpersonal, los pacientes aprenden a comprender la relación entre la aparición y la fluctuación de los síntomas, y lo que

actualmente está sucediendo en su vida (sus problemas interpersonales actuales); para encontrar maneras de hacer frente a los problemas interpersonales, y por tanto a los síntomas depresivos. Se ocupa de relaciones interpersonales actuales, aunque se exploran patrones de relación y amistades significativas, las experiencias vitales importantes y los episodios depresivos previos, esta información permite comprender mejor la forma de ser del paciente, sin perder el foco del tratamiento en el contexto social actual (Weissman, Markowits, y Klerman, 2000).

La terapia interpersonal, es una psicoterapia breve desarrollada específicamente para el tratamiento de las depresiones ambulatorias no psicóticas y no bipolares. La estrategia general es ayudar al paciente a afrontar más efectivamente los problemas interpersonales actuales, supone establecer un área problemática de las cuestiones interpersonales del paciente. La terapia interpersonal define cuatro principales zonas de problemas comúnmente presentados por los pacientes depresivos, estas son: 1) el duelo, 2) las disputas interpersonales, 3) las transiciones de rol; y 4) los déficit interpersonales. La definición de un área de problemas ayuda al terapeuta a subrayar objetivos realistas y estrategias productivas de tratamiento (Kaplan y Sadock, 1989/1992).

#### *4.3.5. Terapia cognitivo – conductual.*

El término cognición significa creencia, pensamiento, expectativa, actitud o percepción. De acuerdo a esto, los terapeutas cognitivos establecen que su acercamiento se basa en ayudar a los pacientes a superar sus dificultades deshaciéndose de pensamientos o creencias improductivas o lesivas y ayudándoles a adoptar otras más constructivas. Los supuestos teóricos fundamentales son que 1) los individuos interpretan y reaccionan ante los acontecimientos en términos de su significación percibida (nuestras creencias, expectativas y actitudes afectan nuestra conducta); y 2) las distorsiones cognitivas pueden causar desórdenes emocionales. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje específicas

dirigidas a enseñar al paciente a: (1) controlar los pensamientos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) asumir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves no sólo para modificar la conducta, sino también para elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas. Las técnicas conductuales se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1983/2008).

En la depresión, autores como Aaron Beck en 1976, encuentra en sus investigaciones que el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa; lo que significa que padecen un exceso de pensamientos disfuncionales, lo cual genera, o exacerba sus problemas; este tipo de pacientes presentan esquemas de pensamiento negativo acerca de uno mismo, del futuro y del mundo. Así se estructura el Modelo Cognitivo de la Depresión el cual está constituido por 3 factores: 1) La tríada cognitiva, 2) La organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas) y 3) Los errores cognitivos.

La *Tríada Cognitiva*, consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo; atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo y cree que a causa de éste, es inútil y carece de valor, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la felicidad. El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas e interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro; espera penas, frustraciones y privaciones interminables, sus expectativas de un futuro inmediato son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

La *Organización Estructural del Pensamiento Depresivo*, es el que se refiere al modelo de esquemas, el cual explica por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos del ambiente, los combina y conceptualiza la situación. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo cómo un individuo estructura distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos. Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entra las situaciones reales y sus interpretaciones negativas.

Los *Errores cognitivos* (errores en el procesamiento de información) son los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo y mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Éstos se pueden clasificar en seis.

- Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que le apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

- Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base en ese fragmento.
- Generalización excesiva: Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización: Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización: Se refiere a la tendencia y facilidad de la persona para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

El paciente depresivo tiende a interpretar sus experiencias en términos de privaciones o de derrotas (no dimensionales) y como algo irreversible (fijo). Consecuentemente se considera a sí mismo como un “perdedor” y como una persona predestinada (Beck, y col., 1983/2008).

En los años 60, Albert Ellis por otra parte, explicó que casi todos los problemas emocionales cotidianos y las conductas relacionadas con ellos nacen de interpretaciones irracionales que las personas hacen de los acontecimientos de su vida, y que tienden a razonar en términos absolutos, a sobregeneralizar y catastrofizar. Plantea que hay dos clases de sistemas de creencias, creencias racionales y creencias irracionales, ambas son evaluaciones de la realidad, no descripciones o predicciones de ella. Las personas son capaces de tener ambos tipos de pensamientos al mismo tiempo. Algunas de las características de las creencias irracionales es que: a) son inconscientes en su lógica, b) son inconscientes con la realidad empírica, c) son absolutistas y dogmáticas, d) producen emociones perturbadoras, y e) no nos ayudan a conseguir nuestros objetivos. De acuerdo con este autor, el elemento principal del



trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que le rodea. Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los “debo” y “tengo que” dogmáticos sobre uno mismo, los otros o la vida en general.

Respecto a la depresión, Ellis en 1962 planteó que si las personas simplemente desean o prefieren obtener una meta, como tener éxito en sus relaciones, su trabajo o sus estudios, cuando fallan, tienden a sentirse profundamente tristes pero no deprimidas, aún si piensan que continuarán fallando. Sin embargo, cuando, consciente o inconscientemente, sus deseos y preferencias progresan a exigencias y dogmas, convenciéndose de que “deben”, bajo cualquier circunstancia y en cualquier momento, conseguir el éxito, crean su propia depresión al fracasar. Y es a partir de este marco de referencia absolutista desde donde más tarde se derivan las inferencias o distorsiones cognitivas, como la autodevaluación, la certeza errónea de que nunca tendrán éxito, de que si fallan una vez fallarán siempre, etc. Ellis, clasifica los pensamientos irracionales en tres: 1) tremendismo, que es resaltar en exceso lo negativo de los acontecimientos; 2) baja tolerancia a la frustración, la cual es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y calificarla como insufrible; y 3) condenación, que es la tendencia a evaluar como “mala” la esencia humana, la valía de uno mismo y la de los demás como resultado de la propia conducta (Lega, Caballo, y Ellis, 2009).

Otra teoría de la génesis de la depresión dentro de la perspectiva cognitivo-conductual es *La teoría de la indefensión aprendida* de Selligman (1975). En esta teoría, la indefensión o desesperanza aprendida sucede cuando no se alcanza un nexo entre las respuestas adaptativas y el alivio de estímulos aversivos, dando como resultado la ausencia de conductas adaptativas. Según este modelo, la depresión es consecuencia del fracaso del individuo en el control de los reforzadores externos. Las conductas adaptativas de la persona no obtienen la respuesta adecuada, pues no son reforzadas desde el entorno (refuerzo no contingente). El paciente se siente incapaz de influir o modificar esta situación y acaba por ello desembocado en un estado dominado por los sentimientos de inseguridad, pasividad y desesperanza propias de la depresión, además de frustración (Chinchilla, 2008).

La terapia cognitivo – conductual es una terapia que a corto plazo que procura modificar las cogniciones negativas, educar al paciente y emplear refuerzos que lleven a comportamientos más adaptativos. Habitualmente, el tratamiento consta de unas 15-20 sesiones repartidas en dos sesiones semanales durante el primer mes y una semanal durante el tiempo restante (todo en función de la gravedad del paciente) (Gómez, y col., 2008).

Por lo general los cuadros depresivos son de buen pronóstico si se realiza un adecuado manejo (apropiado tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico), se tiene una adecuada red social (respaldo en el ámbito familiar o interpersonal) y si no existen rasgos de personalidad que puedan dificultar el tratamiento. Así mismo, el pronóstico dependerá de la historia familiar de depresión, edad de inicio, y estrés que rodea al sujeto (Honorato, 2012).

Lo más recomendable es que el tratamiento sea individualizado, dependiendo, por una parte, de las necesidades de cada paciente, además de los costos y los beneficios de cada tratamiento; y entre más integral y multidisciplinario sea el tratamiento de un paciente con depresión, mejores serán los resultados a favor de la rehabilitación tanto física como emocional y social de este tipo de pacientes.

## 5. Terapia por medio del arte

*“El arteterapia desencadena el movimiento en una vida repetitiva, en la que la investigación no acabará nunca, nuestra existencia es una autoconstrucción permanente. Si el arteterapia es una investigación, la vida es una búsqueda.” (Klein, 2002/2006).*

La terapia por medio del arte, arteterapia o terapia artística, como lo llamo Dalley en 1984, en resumen es la utilización del arte y de otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento.

Terapia artística es un término que se ha utilizado en Gran Bretaña desde la década de 1940 para referirse a actividades que podrían considerarse como enseñanza artística no directiva, por un lado, y psicoterapia a través del arte, por el otro. Pero no fue hasta 1980 que se establecieron los criterios referentes a la formación profesional de terapeutas artísticos (Dalley, 1984/1987).

Klein en el 2006 utilizó el término arteterapia en lugar de terapia artística, y mencionó que el arteterapia es una investigación y como toda investigación ha de apoyarse sobre ciertos criterios.

- 1) La definición clara de la problemática planteada, que ha de ser inédita porque sino no necesitaría de una nueva investigación.
- 2) La ausencia de tautología. El resultado de la investigación no ha de estar implícito en la formulación de las hipótesis. La terapia no consiste en una respuesta del terapeuta a la problemática del paciente, sino en proponer las condiciones necesarias para que pueda emerger una respuesta.
- 3) La descripción precisa de las condiciones de desarrollo de la investigación. Se trata de una cuestión de protocolo: definición del marco, soporte que se propone, reglas, estatus de la interpretación, límites para mantener la intervención en la realidad, etc.
- 4) Una apertura a investigaciones posteriores que se derivan de ella y la prolongan.

Como toda terapia, la terapia artística está enfocada en ciertos objetivos. Dalley (1984/1987) planteó el objetivo de la terapia artística en lo siguiente.

- 1) Las creaciones de terapia artística pueden presentarse de forma concreta a la vista de todos. A veces resulta significativa la elección de colores y materiales utilizados. No se trata sólo de lo que se ha representado sino de la forma en que se hizo y de cómo se describe lo que se ha representado. El cuadro (al igual que una fotografía) forma un documento permanente acerca del estado de espíritu del sujeto y la forma en que construyó su situación vital, así como de las personas que resultaban importantes para él en ese momento.
- 2) Siempre debe reconocerse que los cuadros se realizan para una persona o un grupo de personas específicas, constituyen una manifestación de la relación entre el sujeto y la persona o personas para quienes se pintó.
- 3) La terapia artística, permite volver a crear algo que se había perdido o que había pasado. Capacita al sujeto para volver a una relación que se había roto, y comunicarse con alguien con el cual ya no se halla en contacto. Al representarse estas escenas del pasado aparece la emoción asociada con ellas y, junto con éstas, puede librarse alguna inhibición actual.
- 4) Puede permitirle al sujeto que represente en forma pictórica, sin peligro para él, cosas que considera atemorizantes. Puede hablar como si se encontrase en tales situaciones y permitir que se expresen sus emociones.
- 5) Puede permitir al sujeto, por lo menos en su fantasía, llevar a cabo actos no aprobatorios prohibidos. Todo esto puede presentar motivaciones latentes o suprimidas, cuya expresión parcial permite que la personalidad las asimile de manera más completa. Aceptar y asumir los aspectos menos aceptables de uno mismo significa que se gastará menos energía negando su existencia.
- 6) Está posibilidad de aparecer, sin riesgo alguno, irracional o abiertamente psicótico sobre el papel, y dar vía libre a la propia imaginación. Estas explicitaciones a través del arte mantienen sano al individuo.
- 7) Mucho de lo que se expresa en terapia artística puede considerarse como una metáfora. Y los cuadros pueden no aludir a lo que es, sino a lo que podría ser.

Al igual que una terapia psicológica, la terapia artística puede estar basada en diferentes enfoques dependiendo de lo que se busque lograr con ella y de las necesidades de cada paciente.

## 5.1 Terapia artística. Enfoque Psicoanalítico

Algunas teorías psicoanalíticas sugieren que el acto creativo se genera por una transferencia de afecto o por un impulso (sublimación) o bien por la necesidad de compensación (Batlle, 2007/2009). Se considera al arte como un proceso de espontánea creación de imágenes, liberadas por el inconsciente, que utiliza los mecanismos de represión, proyección, identificación, sublimación y condensación, que son fundamentales en el método terapéutico (Dalley, 1984/1987).

Marty (1999) explicó en su libro, que Freud da por sentado que lo que se debe buscar en una obra de arte es aquello que supone su máximo contenido psicológico, donde lo que nos impresiona es la intención del artista en cuanto el mismo ha logrado expresarla en la obra y hacérsela aprehensible. Pero esta aprehensión no puede ser de orden meramente intelectual, sino que ha de suscitar también en nosotros aquella situación afectiva, aquella constelación psíquica que engendro en el artista la energía impulsora de la creación. Por esto, si la interpretación de la intención del artista se realiza a través del análisis de la obra, la manera como llevemos a cabo éste influirá de forma rotunda en los resultados.

El arte se utiliza como medio a través del cual se desarrolla la relación entre terapeuta y paciente. Aunque la producción artística se convierta en el punto focal de la relación, los fuertes sentimientos que se desarrollan entre el paciente y el terapeuta acostumbran a estar relacionados con la transferencia. Esta se da cuando el paciente transfiere al terapeuta poderosos sentimientos; a menudo de carácter infantil, que tienen su origen en experiencias de la niñez o en relaciones tempranas. Esta transferencia resulta central para cualquier psicoterapia y tiene gran importancia para desentrañar la historia y las experiencias tempranas, que a su vez pueden estar relacionadas con las circunstancias actuales. Así como la transferencia es la principal herramienta de un psicoanalista, el arte constituye el agente terapéutico central que utiliza un terapeuta artístico, aunque se desarrolle la transferencia y se convierta en un fenómeno poderoso dentro de una relación de terapia artística. En consecuencia, la relación de transferencia en terapia artística se ve modificada por las imágenes a través de las cuales el paciente, mediante la asociación libre, empieza a entender con más claridad

los orígenes de sus conflictos, que pueden haberse iniciado en relaciones familiares muy tempranas (Dalley, 1984/1987).

La creatividad, en el sentido más amplio de la palabra, también es descrita en este enfoque como una regresión al servicio del ego (Batlle, 2007/2009). Desde un punto de vista freudiano el conflicto personal es el que genera la creatividad. Los mecanismos de defensa inconscientes, al actuar contra la formación de la neurosis y de otros síntomas, hacen que los conflictos interiores se expresen a través de un acto creativo. Max Stern (1952), que utilizó la pintura libre en psicoanálisis, describió que la pintura de un neurótico adulto es un intento de remediar de una forma primitiva los acontecimientos traumáticos que se han experimentado a lo largo de las sucesivas fases de desarrollo freudianas (Dalley, 1984/1987).

Dentro de este enfoque se plantea que las personas somos incapaces de realmente ocultar un estado o un deseo interior, ya que este acabara por expresarse (a menudo de forma involuntaria y distorsionada) en dos formas, una en forma patológica o en forma creativa.

## **5.2 Terapia artística. Enfoque Jungiano**

En este otro enfoque de la terapia artística, los jungianos, defienden la creatividad como una forma de búsqueda que expresa sentimientos internos, creencias y pensamientos, y admiten que la necesidad de otorgar a la experiencia una forma significativa es algo fundamental en los procesos artísticos. Jung se opuso al uso de las técnicas de interpretación basadas en la asociación libre freudiana, pero puso énfasis en la función general de la expresión creativa como método para recuperar el equilibrio psicológico a través del significado simbólico (Dalley, 1984/1987).

Se sabe que Jung establece una analogía entre una obra maestra y el proceso de individuación en la búsqueda de la unidad más allá de los contrarios. De alguna manera este autor es una especie de precursor dentro de la terapia artística cuando preconiza la imaginación activa en la vigilia por delante de los sueños como material salido del inconsciente. Su soporte puede ser un escrito, un dibujo o cualquier otro tipo de expresión. El tratamiento que se haga de ello permite un ir y venir entre lo no verbal y lo verbal, la disposición y la comprensión, el inconsciente y la conciencia, en una

oposición complementaria entre la elaboración artística y la racionalización. La concreción de una imagen simbólica supera el arte, libera a su autor y tiene una eficacia vivificante sobre uno mismo. La imaginación creadora es simultáneamente personal y suprapersonal. Además es arquetípica, porque representa y realiza, desde el inconsciente que la dirige a la materia que la encarna y la retorna a la persona para su enriquecimiento (Klein, 2002/2006).

Considerando lo anterior, en este enfoque, la obra artística, no se considera sólo como un dato interesante desde el punto de vista del terapeuta, que permite realizar un diagnóstico rápido, sino como algo profundamente individual y conectado de forma estrecha con la vida y los valores cambiantes y afectivos del pintor, área en la que este experimenta un sentimiento de sí mismo en relación con el mundo, por más fragmentaria y defensiva que resulte su actitud. Por este motivo, rara vez un cuadro es un producto tan inconsciente como un sueño, ya que se haya sometido de manera constante a las modificaciones procedentes del sentimiento consciente de aquello que la persona desea pintar. En cierto sentido, la pintura o la escultura pertenecen de igual modo a los mundos consciente e inconsciente y brindan una especie de diálogo entre ambos (Dalley, 1984/1987).

### **5.3 Terapia artística. Enfoque Humanista**

La psicología humanista involucra aspectos culturales, sociales, políticos y artísticos en la concepción del ser humano y sus circunstancias. Pone el acento en la experiencia interpersonal, particularmente en el ámbito no verbal, y de modo un tanto marginal, en la vivencia transpersonal, alcanzada mediante estados modificados de conciencia (Chinchilla, 2008). Además se centra en el potencial humano, en el trabajo en sí mismo, en el área de conflicto que este trabajando el paciente en relación con el arte y su propia proyección hacia ella (Muñoz, 2008).

Rogers en 1976, en su enfoque psicoterapéutico centrado en el cliente, señala tres factores: cordialidad, empatía y autenticidad; las cuales considera esenciales para garantizar el desarrollo de la apertura y la confianza en la relación terapeuta – cliente, facilitando así el progreso terapéutico (Dalley, 1984/1987).

En el plano filosófico, Muñoz (2008) planteo que los objetivos del arte y del movimiento humanista coinciden cuando ambos expresan la intención de tocar y conmover la naturaleza humana, como puede ser en sus objetivos de incrementar la conciencia e integrar sus partes internas como un todo, apelando a la evocación de los impulsos auténticos orientados a la satisfacción de las verdaderas necesidades y, provocando así, la realización del ser humano. El artista muestra su obra para transformar su entorno, para sensibilizar y elevar la conciencia personal y colectiva. El artista no necesita formularse del todo lo que va a crear, y es que ni él mismo lo sabe; la intuición o el impacto intuitivo que ha dejado la relación entre el exterior y él es como una semilla que al momento de crear comienza a germinar.

El terapeuta humanista busca un proceso de sensibilización, autoreconocimiento, de expansión de la conciencia y el desarrollo del potencial humano hacia la autorealización, que primeramente será en él y después, por modelaje y facilitación, la del paciente (Muñoz, 2008).

#### **5.4 Terapia artística. Enfoque Gestáltico**

De manera general, la escuela de la Gestalt tiene el propósito de explorar la manera cómo la sensibilidad humana interpreta las señales procedentes del medio (Marty, 1999). Además Fritz Perls, el creador de la terapia Gestalt, enfatizo en que debemos responsabilizarnos de cada uno de nuestros pensamientos, de cada uno de nuestros sentimientos, de cada una de nuestras acciones (Dalley, 1984/1987).

Dentro de los objetivos primarios de la terapia artística con enfoque gestáltico, consiste en permitir que el sujeto entre en contacto con la emoción suprimida y la ponga de manifiesto (Dalley, 1984/1987). Como refirió Moccio (1990) en su libro, las tareas expresivas llevan necesariamente a la comprensión del individuo en su presente, en su producto actual, “el aquí y el ahora” se instalan sin esfuerzo en la manera de observar “cómo” y “qué” produce un individuo. Joseph Zinker (gestaltista) reconoció que las emociones se desbloquean de modo que pueden ser experimentadas y expresadas, liberando al artista y permitiéndole establecer un contacto más espontáneo con sus emociones, de cara a vivir una vida más rica, repleta de sensaciones y de emociones dirigidas de un modo creativo (Batlle, 2007/2009).



Un principio dentro de la Gestalt, es la distinción entre objeto y contexto; donde Arnheim reconoce ésta distinción, la cual aprecia los distintos cambios que padece el objeto al trasladarse de una situación a otra, y disfruta plenamente de ellos. De esta manera, la identidad del objeto se revela en una multitud de apariencias. El observador advierte la permanencia del objeto, su identidad inviolada, pero su enfoque crea conceptos muy diferentes de los que considera la lógica tradicional (Marty, 1999). Cada persona percibe una obra en función del contexto (el campo en la Gestalt) de su sensibilidad y de sus vivencias, un color concreto puede tener connotaciones diferentes que las corrientemente admitidas o percibidas por otras personas o espectadores. Por esta razón, el terapeuta no interpreta jamás lo que ve, pide puntualizaciones, precisiones, entra en un diálogo con las partes de la obra artística, pero nunca impone nada (Batlle, 2007/2009).

En este enfoque las personas se pueden servir del arte para exteriorizar sus emociones por medio de las actividades artísticas e intentar captar mejor lo que se está sintiendo en ese momento preciso, en el “aquí y ahora”, para poder resolver el conflicto que lo aqueja en el presente con ayuda del terapeuta.

### **5.5 Relación del arte con la terapia**

El arte es un rasgo propio de todas las sociedades, la actividad pictórica es casi tan antigua como el hombre y ha simbolizado los aspectos personales y culturales del desarrollo. El arte refleja y predice al mismo tiempo las tendencias internas de la sociedad y ha constituido tradicionalmente un ámbito para la expresión personal y las ideas creativas (Dalley, 1984/1987).

Arnheim (1966) considera que el arte es un instrumento indispensable para enfrentarse a las tareas que el vivir nos impone. Mantenía la suposición de que el arte no solo es susceptible de ser comprendido de manera psicológica, si no que su explicación es del todo necesaria para un estudio completo de la conducta humana (Marty, 1999). Considera que el arte es una manera de contribuir a que las personas sean felices, maduras y completas, en este sentido, el arte vendría siendo como un instrumento de la expresión de la personalidad humana.

La terapia añade al arte el proyecto de autotransformación, pero el arte añade a la terapia la ambición de representar una versión de los grandes interrogantes de la humanidad (Klein, 2002/2006).

La terapia implica una relación en desarrollo que debe funcionar a un nivel afectivo no verbal, así como a un nivel verbal y cognoscitivo. La terapia artística es una combinación de arte y psicoterapia y, en teoría, cada uno de estos elementos se ve estimulado por su fusión con el otro. El arte implica la creación de representaciones de la realidad estéticamente estimulantes. La psicoterapia conlleva el tratamiento de individuos psicológicamente desequilibrados (Dalley, 1984/1987).

El arte usada en forma terapéutica, proporciona una alternativa de tratamiento con un amplio abanico de posibilidades para su utilización.

### **5.6 Beneficios terapéuticos de la terapia artística**

Aunque, la terapia por medio del arte es un campo poco estudiado, los autores que han trabajado este tipo de terapia puntualizaron en sus publicaciones varios de los beneficios que proporciona el trabajar con actividades artísticas.

Covarrubias (2003) en su monografía para optar por la especialización en Arte Terapia, pone especial énfasis en las ventajas que tiene este tipo de terapia, entre las cuales menciona: es una terapia no verbal, proyectiva, catártica, disminuye las defensas, tiene permanencia, y es una experiencia gratificante en sí misma.

- Terapia no verbal: El trabajo con imágenes permite expresar diversas experiencias simbólicas tales como sueños, fantasías e imágenes del pasado, sin tener que traducirlos a palabras. Se está creando un equivalente a las experiencias humanas pudiendo transformar, revivir y/o reinterpretar estas. El valor terapéutico del desarrollo de la expresión reside justamente en que, a través de actividades concretas, el individuo tenga cada vez más fácil acceso a su acontecer interior y una más fácil manera de comunicarlo (Moccio, 1990).
- Proyección: El realizar un producto tangible, espontáneo, que no persigue un objetivo estético permite suponer que se relaciona con el mundo interno del autor, como una proyección de su experiencia de vida. Se daría objetivación de

la realidad al ser la expresión artística un nexo entre el individuo y su experiencia interna.

Para Moccio (1990) un taller expresivo propicia y crea condiciones de juego con las cosas, con los materiales diversos que están a nuestro alcance y sobre los cuales ejercemos no solamente habilidades, sino que probamos hasta donde podemos proyectarnos, llegando a conocer versiones inéditas de nosotros mismos.

- Catarsis: En el proceso de expresión plástica se estimula la liberación intensa de emociones previamente contenidas. De esta manera se ayuda a abordar situaciones conflictivas sin experimentar demasiada ansiedad. La catarsis se daría cuando alguien se abstrae de la realidad concreta y actúa, creando una situación “como sí” fuera real. Con ellos estaría aliviando sus temores y culpas. La capacidad de realizar actividades “como sí” estaría dada por el uso de la fantasía y de las imágenes. El arte posee de esta manera una cualidad catártica. La acentuación y repetición de los mismos temas son, como se desprende fácilmente, una manera de facilitar la catarsis y elaboración de situaciones que inevitablemente tiene fuerza desde lo inconsciente y por lo tanto deberán ser procesadas como cualquier otra situación. En el caso de pacientes, nos proporcionará los datos que éstos necesitan para comprender sus formas de conducta, la conciencia de las trabas que los privan de un vínculo claro con los otros (Moccio, 1990).
- Disminución de las defensas: El arte es un medio menos utilizado que el lenguaje y por lo tanto es menos susceptible de controlar, de esta manera salen a relucir cosas inesperadas. Además simbolizar sentimientos y experiencias a través de imágenes puede constituir un medio de expresión y de comunicación más poderoso que la descripción verbal, y al mismo tiempo, es capaz de hacer que tales sentimientos y experiencias se vuelvan menos amenazadores (Dalley, 1984/1987).
- Permanencia: La obra creada conlleva una experiencia, es por esto que se pueden revivir los sentimientos que se tuvieron al crearla con solo mirar la obra. Con la expresión plástica se promueve un comportamiento sano que estimula la

expresión de sentimientos, la disminución de las defensas rígidas, la integración de la realidad interna y externa, etc. De esta manera, lo logrado en la terapia se puede extender a otras áreas en la vida del paciente.

Cada vez que un artista contempla su creación se produce una descarga emocional debido a la conexión que establece con la idea que le llevó a realizarla, por lo tanto, funciona una especie de círculo: la idea le hace crear una representación externa de ésta y, a su vez, la representación evoca la idea original (Dalley, 1984/1987).

- Experiencia gratificante: La experiencia creativa es gratificante en sí, lo que lleva al paciente a motivarse con el proceso terapéutico.

La concreción de una imagen simbólica supera el arte y libera a su autor, teniendo así una eficacia vivificante sobre el artista. Por ejemplo, el mito es una creación colectiva que propone en escena las contradicciones de una cultura, de la misma manera que las producciones en terapia artística ponen en escena los conflictos de la persona. La creación en terapia, acto y resultado, permite la transformación profunda del sujeto creador. La sucesión de producciones en una terapia productora de formas permite que el sujeto se construya su propia mitología íntima, su propia cosmogonía, lo que le permite construirse progresivamente como héroe mítico de su propio destino (Klein, 2002/2006).

Otros beneficios reportados, son los de Tessa Dalley (1984/1987) en su libro *El arte como terapia*, donde reportó que algunos pacientes que han recibido iniciación artística en sesiones de terapia descubren un talento natural considerable y a veces continúan trabajando activamente en esta área en calidad de hobby. Aunque se trate de algo accidental, un descubrimiento de esta naturaleza puede resultar beneficioso y terapéutico, ya que fortalece la confianza en uno mismo y mejorar la autoestima el que la creación se convierta en objeto de elogios y de entusiasmo. El aprendizaje de cualquier habilidad ayuda a la coordinación, concentración y conciencia del entorno inmediato y provoca un sentimiento de logro, satisfacción y automejoramiento. La actividad artística brinda esta oportunidad. Además cuando se emplea el arte como medio de expresar sentimientos y pensamientos personales, y a continuación se discuten éstos con un terapeuta artístico, la persona puede obtener una intuición a la

vez intelectual y emocional, poniendo en vinculación el significado de su creación con su propia situación vital. Así la persona tiene la oportunidad de aprender nuevas aptitudes relacionadas tanto con la destreza manual como con las aptitudes sociales.

La terapia artística que se trabaja en grupos, proporciona beneficios tanto a nivel individual como grupal, y Dalley hace referencia de éstos de la siguiente manera:

Personales de carácter general	Sociales de carácter general
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creatividad y espontaneidad</li> <li>2. Fomento de la confianza, reconocimiento del propio valor, realización del propio potencial.</li> <li>3. Aumento de la autonomía y de la motivación personal, desarrollo como individuo.</li> <li>4. Libertad para tomar decisiones, experimentar, probar ideas.</li> <li>5. Expresar sentimientos, emociones, conflictos.</li> <li>6. Insight, autoconciencia, reflexión.</li> <li>7. Ordenación visual y verbal de la experiencia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conciencia, aceptación y aprecio por parte de los demás.</li> <li>2. Cooperación, implicación en una actividad grupal.</li> <li>3. Comunicación.</li> <li>4. Compartir problemas, experiencias e insights.</li> <li>5. Descubrimiento de la universalidad de la experiencia y de la unidad del individuo.</li> <li>6. Relacionarse con los demás en un grupo, comprender el efecto que produce el propio yo en los demás y las relaciones que surgen.</li> <li>7. Apoyo social y confianza.</li> <li>8. Cohesión grupal.</li> </ol>

Además, otro beneficio está en que la expresión aislada e inmediata es ciertamente liberadora y antidolorosa, pero las tensiones que se resuelven instantáneamente tienden a volver una y otra vez en cuanto se agota su efecto catártico. Por lo contrario el arteterapia inscribe la expresión en un proceso que permite que la forma creada evolucione. La expresión conforta, pero la creación, y aún más la creación continuada, transforma. Cualquier soporte puede ser utilizado (pintura, títeres, etc.), con la condición de que no se trate de una reeducación sino de un recorrido simbólico que permita resolver las dificultades, que es la característica propia de la terapia (Klein, 2002/2006).

La actividad artística que se lleva a cabo en un entorno terapéutico, con propósitos claros de corrección o de tratamiento y en presencia del terapeuta, tiene unos objetivos y unas metas diferentes. En el caso de la terapia, lo más importante de todo es la persona y el proceso, dado que el arte se utiliza como medio de comunicación no verbal. La actividad artística proporciona un medio concreto a través

del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico (Dalley, 1984/1987).

Cada actividad artística tiene sus propios objetivos y poderes terapéuticos, esto hace que ciertas actividades les sirvan mejor a unas personas que a otras, por eso es importante que el terapeuta conozca los beneficios que cada actividad artística tiene para poder usar la actividad adecuada con el paciente adecuado.

#### *5.6.1 Beneficios de la pintura y dibujo.*

La actividad más usada en terapia artística es la pintura. La pintura, representación del mundo, es también representación de su creador en su relación con el mundo (Klein, 2002/2006). La pintura deja de formar parte del flujo general de los juegos y se convierte en un tercer mundo, que no se ve modificado por las actitudes, el tiempo o las distorsiones de la memoria y en el que sin embargo pueden descubrirse, en ocasiones diferentes, distintos aspectos del significado y la relación (Dalley, 1984/1987).

La posibilidad de expresar lo que se siente sobre un papel se vuelve muy útil, es como materializar a un amigo con el que se puede contar verdaderamente, con el que se puede ser uno mismo al cien por ciento; un amigo que escucha siempre y ayuda a poner orden en el corazón y en la cabeza, es un formidable efecto espejo (Batlle, 2007/2009).

La mayoría de las personas piensan que para tener acceso a esta actividad se debe de tener ciertas habilidades para el dibujo o la pintura, provocando que la persona que se sienta carente de estas habilidades no se arriesgue a utilizar este tipo de actividad como una actividad para su bienestar.

Para empezar a adentrar a la persona en a una actividad de este tipo, se pueden empezar con dibujos sencillos. El garabato es una manera de comenzar una tarea relacionada con la expresión, consiste en dejar que el lápiz se deslice sin proponerse dibujar, y sin levantarlo del papel, hacer todos los trazos que se quieran. La consigna podría ser que el ejecutante deje que su mano actúe por sí misma, que no establezca ningún control sobre ella (Moccio, 1990).

La actividad de pintar y dibujar es catártica y en consecuencia, terapéutica si en la relación curativa se liberan emociones y se les elabora (Dalley, 1984/1987). En todo momento el arteterapeuta debe poder seguir los diferentes procesos de elaboración de imágenes y percibir las actitudes de cada uno de los participantes de cualquiera de estas actividades, así como escuchar los monólogos y diálogos de éstos (Paín y Jarreau, 1994/1995).

#### *5.6.2 Beneficios del modelado.*

Este tipo de actividad artística nos permite, más que ningún otro mediador plástico, dejarnos llevar por nuestros sentidos, ya que es fácil dejar que las manos creen espontáneamente incluso con los ojos cerrados. De ese modo se puede minimizar la supremacía de los pensamientos sobre los actos creativos favoreciendo el instinto, lo que es natural en el estado más primitivo de la persona (Batlle, 2007/2009). Por esta razón nuestros afectos se proyectan en esta actividad mucho más espontáneamente que no importa mucho el material moldeable que se utilice.

Si el proceso de modelado se desarrolla sin demasiadas dificultades, la persona lo aborda con una cierta seguridad, aprovechando su experiencia adaptándola a un trabajo libre. Esto propicia que este en condiciones de arriesgarse en la creación de personajes, animales, vegetales, trabajando directamente en la masa y buscando los efectos de representación. Cuando se trabaja en grupos se pueden dar temas colectivos dentro de lo que se esta moldeando, estos temas colectivos permiten a ciertos sujetos desprenderse de sus inhibiciones más fácilmente que en un trabajo individual (Paín y Jarreau, 1994/1995).

#### *5.6.3 Beneficios de la escritura (Diario).*

La escritura es de las actividades, aparentemente, más fáciles de realizar, ya que no se necesita más que saber escribir. Pero aunque parezca una actividad sencilla tiene un gran beneficio terapéutico para la persona que se dedica a escribir, sea un cuento, poemas o su propia historia en un diario.

Como diría Batlle (2007/2009) poner por escrito lo que sentimos puede aliviarnos mucho, pues se trata, sólo de servirse de esas herramientas que pueblan nuestros pensamientos día y noche: las palabras. Adoptando una nueva actitud libre y

espontánea, olvidando la corrección gramatical, la construcción de frases lógicas y el razonamiento.

La realización de un diario personal parece una actividad sencilla, pero el escribir una autobiografía, a partir de la propia realidad para tratar de la propia verdad, es el género más difícil que existe (Klein, 2002/2006). Pero también puede ser el más reconfortante para el bienestar de la persona que lo escribe. Una prueba de eso es el caso de Ana Frank y su diario.

Ana Frank era una niña judía de trece años, hija de comerciantes alemanes, que, cuando ocurrieron las primeras persecuciones nazis, tuvo que dejar su hogar y refugiarse en un anexo (así como se le llamo en la obra) de una casa, donde por dos años vivió escondida con su familia y otras personas, pasando privaciones tanto de su libertad, como alimenticias, entre otras. En un momento tan difícil lo único que la reconfortaba era escribir en el diario que su padre le regalo en su cumpleaños, pues como ella decía “El papel es más paciente que los hombres”.

En su libro, Ana Frank (1990) nombro a su Diario como “Kitty”, y aunque en un principio no sabía el para qué escribir, sabia que era algo que ella necesitaba:

“Hace varios días que estoy sin escribir; necesitaba reflexionar, de una vez por todas, sobre lo que significa un Diario. Es para mí una sensación singular de expresar mis pensamientos, no sólo porque yo no he escrito nunca todavía, sino porque me parece que, más tarde, ni yo ni ningún otro se interesaría por las confidencias de una escolar de trece años. En fin, eso carece de importancia. Tengo ganas de escribir y aún más de sondear mi corazón sobre toda clase de cosas”

El cuento nace de los sueños y esconde verdades esenciales a menudo complejas, exorciza las angustias, los duelos, los miedos y las frustraciones (Klein, 2002/2006). En algunas ocasiones cuando no podemos expresar verbalmente aquello que nos frustra o nos aflige, la escritura nos ayuda a liberar esas emociones que si se reprimen nos puede causar una inestabilidad tanto física como mental. En el caso de Ana Frank esto es a lo que le ayuda en un principio su diario:

“Me repudro y rabio, sin poder demostrarlo. Me gustaría gritar, golpear con los pies, llorar, sacudir a mamá, sacudirla bien; querría no sé porqué... ¿Cómo soportar de nuevo, cada día, esas palabras hirientes, esas miradas burlonas, esas acusaciones, como flechas lanzadas por



un arco demasiado tenso, que me penetran y que son tan difíciles de retirar de mi cuerpo?... Pero soy incapaz de eso, no puedo traslucirles mi desesperación, no puedo exponer a sus miradas las heridas que me causan, ni soportar su lástima o su burlona bondad, lo que me haría gritar tanto más... Me es imposible ser un día la chiquita bonita, cuando la víspera estuve a punto de lanzarles mi odio a la cara. Prefiero mantenerme en un justo término medio, que desde luego no tiene nada de justo, y guardarme para mí mis pensamientos.”

Después de un tiempo, cuando la persona que lleva el diario lee lo que ha escrito en días anteriores, puede tener un insight respecto a su modo de comportarse, puesto que puede analizar la situación y reflexionar sobre su conducta sin estar influido por las circunstancias iniciales que propiciaron dicha conducta. Para Ana Frank, esto fue lo que sucedió el día domingo, 2 de enero de 1944:

“Esta mañana, al hojear mi Diario, me he detenido en algunas cartas que hablan de mamá, y me he aterrado por las palabras duras que utilicé para ella. Me he preguntado: <<Ana, ¿viene verdaderamente de ti ese odio?... Estupefacta, con una de las páginas en la mano, he tratado de descubrir las razones de esta cólera y de esta especie de odio que se habían apoderado de mí, al punto de confiártelo todo. Porque mi conciencia no se calmará hasta que yo haya aclarado contigo estas acusaciones...”

Es importante aclarar que Ana Frank escribía en su diario como si hablara con otra persona, no con ella misma, pero esto igualmente le ayudó a reflexionar sobre su propia existencia y la de los demás. Además de descubrir habilidades y encontrar en su diario una satisfacción personal que dependía solo de ella:

“Aquí, yo soy mi solo crítico, y el más severo. Me percibo de lo que está bien o mal escrito. Quienes no escriben desconocen lo que es esa maravilla; antes, yo deploraba siempre no saber dibujar, pero ahora me entusiasma poder al menos escribir. Y si no tengo bastante talento para ser periodista o para escribir libros, ¡bah!, siempre podré hacerlo para mí misma.”

Con el tiempo, Ana Frank pudo ver desde una perspectiva diferente lo que les estaba ocurriendo, encontrándole un aspecto positivo a la situación tan peligrosa que vivía día con día:

“A menudo me siento abatida, pero nunca aplanada; considero nuestra estada aquí como una aventura peligrosa, que se torna romántica e interesante por el riesgo. Considero como cosa divertida para escribir en mi Diario cada una de nuestras privaciones...”

La redacción de su diario fungió como un soporte a la estabilidad emocional de Ana Frank, puesto que lo consideraba una parte importante de su vida, una de las tantas cosas que le hacían saber el valor que ella tenía:

“Ya no estoy sola en el mundo. Él me quiere, yo le quiero, tengo mis libros, los cuentos que escribo y mi Diario; no soy demasiado fea, ni demasiado tonta; soy alegre de naturaleza...”

El diario de Ana Frank es una prueba del valor terapéutico que tiene la escritura en una de sus múltiples formas, el escribir nos ayuda a expresar aquello que por cultura (normas sociales) o educación no se puede expresar con libertad de forma verbal o física, pero que al descargarlo de manera escrita produce una sensación de liberación y bienestar similar a que si se hubiera hecho de manera verbal. Esto ayudando a no reprimir las emociones de la persona y ayudando a su bienestar tanto físico como mental.

#### *5.6.4 Beneficios de los títeres y la representación teatral.*

Las actividades con los títeres no son de índole puramente plástica, ya que la representación teatral ocupa un lugar muy importante. Al colocar al objeto plástico a través del movimiento y las palabras en una perspectiva dramática, el juego con los títeres se convierte en un momento indispensable de la experiencia artística integral y terapéutica (Paín y Jarreau, 1994/1995).

Los títeres nos permiten descubrirnos o conocernos mejor a nosotros mismos jugando (Batlle, 2007/2009). Pero el proceso terapéutico empieza desde la elaboración del títere. La actividad de construcción del títere permite vivir de una manera intensa la condición del destino ligado al cuerpo, porque el títere deberá sostener el rol que corresponde a aquello a lo que él se parece (Paín y Jarreau, 1994/1995). Aunque, como dijo Moccio (1990) un títere puede ser cualquier objeto utilizado dramáticamente.

Paín y Jarreau (1994/1995) plantearon que la técnica del títere puede ser aplicada de muchas maneras en el terreno de la psicología clínica, destacando las siguientes.

- *Adquirir conocimientos y medios de expresión:* las actividades que intervienen en la confección y animación del títere constituyen la ocasión de un trabajo de investigación y de descubrimientos que pueden generalizarse de la misma

manera para todo tipo de aprendizaje. La actividad se convierte así en un verdadero laboratorio de experiencias y en un medio de adquisición y de ejercicio de capacidades coordinadas y múltiples.

- *Para concretar una acción terapéutica:* se analiza en particular aquello que, en la historia, no fue retenido o ha sido modificado por el sujeto; los momentos en los que los personajes se embarullan y se confunden, así como aquellos cuyas propiedades son desplazadas o tomadas por sus contrarias. Debe considerarse la forma en la que el sujeto logra encontrar su lugar en la historia, cómo elige su rol y su manera de sostenerlo. Pero es importante tener en cuenta que la elección de un prototipo de personaje no debe ser considerado como una definición directa de la psicología del sujeto.
- *La dinámica del grupo:* con los títeres se ven más claramente las relaciones mutuas, puesto que los participantes se colocan ellos mismos en un nivel simbólico. No basta proponerse para un rol, es necesario también sugerir a un interlocutor para cumplir el rol complementario. Además, los recursos para hacer vivir el títere nos dan la medida y el ritmo de la vitalidad de cada sujeto. Mientras los participantes miran representar a los otros y corrigen los defectos, el arteterapeuta puede permitirse expresar las significaciones de los compromisos de los participantes.

Después de la realización de los títeres se pasa a la representación teatral o dramatización. El objetivo de esta técnica es el de permitir explorar aquello sobre lo que se desea trabajar, con la ayuda de objetos que sirvan de soporte a las proyecciones (Batlle, 2007/2009). Es fácil suponer que cuando un paciente dramatiza una situación de carácter personal y cuando consigue vencer el temor a ser visto por otros encarnándose a sí mismo o a los seres significativos de su vida, actúa con un nivel de compromiso máximo. Esta expresión, muchas veces fuertemente emotiva, actúa con el efecto alivante de lo que presionaba y buscaba salida desde su interior. Parecería que dramatizar sería como entrar en una dimensión donde se viven cosas a gran intensidad. La realidad muestra que puede ser así en un comienzo, y que la repetición de las escenas más significativas o más problemáticas permiten un control y también disminución del monto de ansiedad (Moccio, 1990).

Además, gracias a la miniaturización inherente a este mediador, las situaciones y los problemas que parecen desmesurados en la vida real pueden ser examinados sin temor, siendo inmediatamente empequeñecidos por el tamaño mínimo de los objetos y de los paisajes creados. El paisaje de vida actual de la persona, sus facetas, sus ambiciones, se le aparecerán “en bandeja” y tendrá el poder de experimentar con diferentes configuraciones. El títere es el micrófono de los tímidos, el portavoz de los mudos, la mano que nos mece, el antifaz que podemos llevar con nosotros bajo el brazo, el disfraz en miniatura que nos permite ser espectadores de nuestro propio actuar (Batlle, 2007/2009).

Muchas veces las personas tienen miedo a participar en este tipo de actividades por el miedo a que se burlen de ellos, pero al ver que todos participan en dicha actividad los motiva a integrarse, en esto tiene mucha influencia el terapeuta ya que él debe aclarar desde un principio que todo se debe desarrollar en un ambiente de respeto donde todos participen y todos opinen de una manera productiva para retroalimentarse.

La terapia artística, así como muchas otras terapias, tiene varios enfoques en los cuales se puede basar para utilizarse individual o como complemento en algún tratamiento. El terapeuta que quiera trabajar con esta terapia, deberá primero tener claro bajo que enfoque la utilizará, tomando en cuenta sus objetivos y las necesidades del cliente o paciente con el cual se trabaje, ya que de esto dependerán los resultados que se obtengan. La terapia por medio del arte toca lo propio de la condición humana, utilizando el arte y otros medios visuales en un medio terapéutico, permitiendo a través de sus producciones la representación tanto de los mitos individuales como de versiones de temas colectivos. Esta terapia tiene muchos beneficios como ya se mencionaron y al ser el arte un rasgo propio de todas las sociedades, el principal beneficio que tiene es que la persona que recurre a ella, al no sentirla como una terapia estrictamente dicha, baja sus defensas y le permite expresarse de una mejor manera, además de que tiene un amplio abanico de posibilidades respecto a las actividades en las que la persona se puede desempeñar. Habiendo así actividades artísticas que sirven terapéuticamente más a unas personas que a otras, dependiendo sus necesidades y de lo que se pretenda lograr.

## **6. Estructura de la terapia artística.**

La estructura de la terapia artística es de suma importancia para la efectividad de la misma, por ello se debe tener contemplado el tiempo que va durar la sesiones, las etapas en las que se dividirá cada sesión, y el rol que va a desempeñar el terapeuta artístico.

### **6.1 Las sesiones de terapia artística**

Al igual que toda sesión terapéutica, las sesiones de terapia artística necesitan tener un objetivo definido y una estructura específica dependiendo de las necesidades de los participantes con los que se trabaje. Dalley (1984/1987) plateó en su libro que la mayoría de los grupos de terapia artística poseen un formato semejante: introducción, actividad y debate.

- 1) **Introducción:** podría incluir una bienvenida al grupo si se trata de una actividad nueva, la presentación de los nuevos miembros y la explicación del objetivo del grupo, comunicando las reglas específicas y efectuando una recapitulación de las sesiones anteriores. Algunos terapeutas incluyen en esta etapa un ejercicio físico o un “calentamiento”. Como indicó Moccio (1990), cualquier tipo de actividad que busca material espontáneo no debe realizarse en frío, es importante crear un clima grupal.
- 2) **Actividad:** A esto se dedica la mitad del tiempo disponible. En el caso de instituciones, se ocupan en esto de 30 a 45 minutos, ya que el horario acostumbra a fijar un total de una hora y media o dos para la sesión. Los terapeutas artísticos deciden en qué medida van a participar en esta fase. Algunos terapeutas participan de hecho, porque es algo que ayuda a eliminar barreras: si se pide a los miembros del grupo que se den a conocer a sí mismos, el hecho de que el terapeuta participe facilita este proceso dentro del grupo.
- 3) **Discusión:** Suele ocupar la segunda mitad de la sesión. A veces se concede a cada persona una parte del tiempo disponible; en ocasiones, todos intervienen en la discusión; cada uno puede exponer lo que ha sentido durante una pintura grupal, o bien el terapeuta se hace cargo del debate.

En la estructuración de sesiones hay que tomar en cuenta que las personas tienen ciertas claves que activan de manera determinada las reacciones cerebrales, por medio de las representaciones que se realizan de la propia experiencia utilizando determinadas submodalidades, por ejemplo algunas personas las motiva imaginarse un estímulo grande, y a otros el tono de voz, para llevar a cabo cambios que les ofrece sensaciones de bienestar y que pueden relacionar para adquirir un aprendizaje efectivo.

De ahí la importancia de considerar que existen diferentes áreas sensoriales como visual, auditiva y kinestésica\*, en las cuales se podría incidir a lo largo de un taller de intervención para favorecer un aprendizaje significativo, al trabajar en aquellas vías más desarrolladas en las participantes. Asimismo es importante determinar las áreas expresivas en las que se apoyan las actividades artísticas, como pueden ser la motora o la verbal, para estructurar las sesiones tomando en cuenta aquellas áreas expresivas en las que mejor se apoyen los participantes para un mejor desempeño (Aladro, 2006).

Los terapeutas artísticos son al mismo tiempo participantes y observadores en el proceso terapéutico. El terapeuta debe ayudar al paciente a entender su propio trabajo. Esto no implica un análisis directo o una interpretación, sino una recíproca sugerencia y exploración acerca del significado de las imágenes. El terapeuta debe preguntarle primero al participante, con objeto de que éste explique el contenido y el significado de su obra, que puede ser a continuación explorada y entendida a través de una interacción con el terapeuta y teniendo en cuenta la posible interpretación que éste formule; el principio es que únicamente el paciente es quien posee las respuestas (Dalley, 1984/1987).

---

\* Kinestesia o Cinestesia: Del griego *kínesis* – movimiento y *áisthesis* – sensación. Es la rama de la ciencia que estudia el movimiento humano. Se puede percibir en el esquema corporal, el equilibrio, el espacio y el tiempo. No debe confundirse con Sinestesia.

Sinestesia: Del griego *Syn* – junto y *áisthesis* – sensación. Es la asimilación conjunta o interferencia de varios tipos de sensaciones de diferentes sentidos en un mismo acto perceptivo. Un sinestésico puede, por ejemplo, oír colores, ver sonidos, y percibir sensaciones gustativas al tocar un objeto con una textura determinada.

## 6.2 Función del terapeuta artístico

El trabajo que desempeña el terapeuta es fundamental para la efectividad de la terapia, para ello es necesario que el terapeuta decida el enfoque desde el cual hará sus intervenciones, en particular para decidir si se va a ser directivo o no directivo.

Algunos terapeutas artísticos trabajan de un modo totalmente no directivo, donde se le permite al paciente elegir el tema y se le anima a expresarse con libertad, sea cual fuere la forma y el objeto que elija; se suele explicar cuál es el propósito de la sesión y cómo puede lograrse gracias al uso de los materiales disponibles (Dalley, 1984/1987). La propuesta de una tarea y los instrumentos que proporcionamos (colores, pinceles, papel para recortar, etc.), son los estímulos, el desafío, para que el paciente se comunique consigo mismo y nos comunique algo de lo que hemos provocado en él (Moccio, 1990).

Para Klein (2002/2006), el rol del terapeuta es acompañar el recorrido simbólico que hace el paciente de una producción a otra, por lo que no ha de ser excesivamente complaciente ni intrusivo. Ha de intervenir, pero no para decir lo que hay que hacer de manera directiva, sino para ayudar al otro a llevar lo mejor y lo más lejos posible la forma producida. Además, Klein dijo:

“El arteterapeuta introduce una distancia y propone pasar de un discurso en primera persona (yo) a una producción en tercera persona (él), invención de ficciones por medio del lenguaje verbal o de otros lenguajes, plástico, sonoro, gestual, etc. Dentro de este marco terapéutico, la persona elabora producciones complejas como hitos más o menos enigmáticos de su proceso personal, maneras de representar sus conflictos, sus miedos y aspiraciones. Esto puede ocasionar una toma de conciencia que surge del desarrollo del proceso que en principio sólo quiere obtener unas formas cada vez más fuertes y satisfactorias”.

Una opinión similar a la de Klein acerca de la función del terapeuta artístico es la de M. Naumburg quien dijo que “el terapeuta de arte no interpreta la expresión artística simbólica de su paciente sino que lo alienta a que descubra por sí mismo el significado de sus producciones artísticas” (Moccio, 1990). El terapeuta artístico, como terapeuta clínico, se plantea como primer objetivo el tratar al paciente. La obra de arte ocupa un segundo plano en relación con el acto de producirla. La primera preocupación del terapeuta debe ser el proceso creativo (Dalley, 1984/1987).

No solo la habilidad y la efectividad de un terapeuta artístico residen en su capacidad para intervenir o para ayudar a interpretar la actividad artística. También posee una gran importancia la elección de materiales que haga el terapeuta, ya que debe elegir entre numerosas opciones de diferentes medios, entre los que se encuentran la pintura, la arcilla, la arena, el dibujo al carbón o los materiales de desecho, cada uno de los cuales posee propiedades terapéuticas específicas. Por lo tanto, tiene que planificar y elaborar de antemano con todo cuidado cada sesión de terapia, pues cada una tiene que responder a las necesidades del o de las personas con los que se este trabajando.



## **7. ¿Cómo se podría aplicar la terapia artística en el tratamiento de la depresión?**

La actividad artística es un vehículo de cambio terapéutico inmerso dentro del arte que se concibe principalmente como un medio de comunicación no verbal. Esta peculiaridad permite sobretodo captar la riqueza del mundo emocional y relacional del individuo, que en los enfoques modernos psicoterapéuticos es el punto esencial para cualquier cambio de los procesos emocionales y cognitivos (De la Llera y Guibert, 2000).

Expresar lo que se siente mediante lenguajes artísticos puede contribuir de manera significativa al bienestar y a un mayor conocimiento y aceptación de uno mismo (Batlle, 2007/2009). Se puede utilizar la terapia artística en muchos campos y uno de ellos es el campo clínico.

Al parecer, el arte considerado como terapia comenzó en los hospitales casi por azar. Adrian Hill, artista que pasaba su convalecencia en un sanatorio durante la segunda guerra mundial, se dedicó a sus propias pinturas para liberarse del aburrimiento embrutecedor y compartió con otros pacientes los reconfortantes efectos de la actividad creativa en épocas de estrés. Accidentalmente, según parece, algunos de los pacientes comenzaron a dibujar y a pintar terribles escenas de guerra o utilizaron sus pinturas como excusa para hablar de su sufrimiento y de sus temores de enfermedad y muerte. Adrian Hill se convirtió, sin saberlo, en “terapeuta artístico” (Dalley, 1984/1987).

J.H. Plukkler, profesor de psiquiatría en el Hospital Hulp de Leidschendam planteó que la pintura es eficaz como terapia “para desplazar la atención del paciente de su mal y para preservar lo que de sano puede seguir manteniendo su personalidad” (Klein, 2002/2006).

Es de suma importancia tener en consideración la etiqueta de “paciente”, ya que dependiendo de que tanto se apropie la persona de esa etiqueta, se puede ver influida la efectividad de la terapia. Como dijo Dalley (1984/1987), resignarse al “rol de paciente” puede conducir al círculo vicioso de la dependencia: cuanto más se trata al sujeto como incapaz, más pasivo se vuelve el enfermo. El terapeuta artístico debe tratar

de romper este patrón de conducta, ayudando al interno a desarrollar un medio de autoexpresión y a cultivar cierta independencia dentro del medio ambiente del hospital. La terapia artística se propone modificar las circunstancias que llevan a los internos a mostrarse tan dependientes, proporcionando un terreno en el que puedan ponerse en práctica acciones que permitan un cambio. Los internos también pueden verse ayudados a centrarse en sus capacidades positivas y en su potencial para responsabilizarse de su propia vida. La sala de arte debe suministrar un entorno en el que se pueda experimentar el sentido de la confianza, ensayar diferentes conductas, ejercer la capacidad de elección y tener una sensación de competencia. Los adultos de inteligencia “normal” suelen mostrar inhibiciones. Cuando se rememoran conflictos de la época escolar, pueden oírse comentarios como “no puedo dibujar”. El rol del terapeuta consistirá, en parte, en superar las inhibiciones y estimular la espontaneidad.

Muchos pacientes internos han perdido el contacto con sus propios sentimientos, y sus experiencias les han llevado a proyectarse a sí mismos de una manera estereotipada y a menudo ambigua, que les es peculiar. La pintura y el dibujo, el empleo de formas, colores y símbolos constituyen poderosos comunicadores y proporcionan un nexo más directo con la forma de ser del individuo (Dalley, 1984/1987).

### **7.1 Utilización de la terapia artística dentro de la salud mental**

Existen estudios donde investigadores reportan algunos de los beneficios que tiene la utilización de actividades artísticas dentro del campo de la salud mental.

Uno de estos estudios es el realizado por De la Llera y Guibert en el 2000, donde su principal objetivo fue mostrar la utilidad de la terapia artística, además de cómo insertarlas en las principales tareas de salud y orientar metodológicamente su implementación en la atención primaria de salud. Esto lo hacen por medio de una intensa revisión bibliográfica y analizando diferentes recursos artísticos que utilizaron (drama, música, danza y recursos pictóricos), haciendo referente a sus características principales, aplicaciones y cómo insertarlas en las diversas tareas de salud en atención primaria. Concuerdan en la posibilidad de utilizar los recursos artísticos como forma de expresar estados emocionales perturbadores o vivencias negativas que en el contexto terapéutico son utilizadas con diferentes fines de acuerdo con la posición del terapeuta:

como posibilidad de alivio (catarsis), como posibilidad de reconocimiento que propicie un cambio (insight), o en general como elemento proyectivo que propicia la intervención terapéutica.

Respecto al análisis que hacen de los recursos artísticos más utilizados, el primero lo llaman terapia dramática, el cual refieren que se centra en la creatividad del acto dramático que cumple las funciones de catarsis, interacción social, formación de la autoconciencia y que como “acto creativo” sirve al individuo para negociar las paradojas entre la vida cotidiana y la vida imaginada. Posibilita la expresión al exterior de la vida interna del individuo y sus posibilidades de apropiación de roles mediante mecanismos internos y externos. Estas técnicas en el marco de la promoción de la salud son la base teórico – práctica de un gran número de técnicas participativas para iniciar procesos de cambio en los individuos, a partir de una concientización de las conductas de precaución para la conservación y el aumento de la salud. En la prevención, las técnicas dramáticas son de amplia utilidad como evocadores a conciencia, y por lo tanto al control voluntario de conductas y momentos relacionales en la interacción humana.

En las terapias musicales, la música representa un refinamiento artístico de actividades biológicamente conducidas que sirve a la necesidad de comunicación, auto-orientación, contacto social y expresión emocional a través de la producción de sonidos. En la promoción son útiles desde la estimulación a su uso cotidiano en la vida de los seres humanos acompañando diversas actividades cognitivas y diferentes estados emocionales, lo cual tiene un efecto saludable; también como elemento motivacional importante para el inicio de programas de Intervención, y como recurso para dinamizar el curso de los mismos. En la prevención es utilizada en estrategias antiestrés y en la psicoprofilaxis del dolor y del parto; además acompañada de otras técnicas puede proporcionar relajación profunda y ser un inductor para la meditación. En rehabilitación la música siempre es un estimulador de la mejoría de los estados afectivos, e impone estados de ánimo aprovechables en las situaciones psicológicas de pérdida (De la Llera y Guibert, 2000).

En la terapia por medio de la danza, la danza es una actividad que permite la satisfacción de la necesidad de comunicación y movimiento del ser humano en todas

las edades, y a la que se adjudica un valor importante en la conservación de la salud. Como recurso terapéutico, puede dar respuesta a las diferentes tareas de la atención primaria tanto en la promoción, donde la creación de grupos de danza resulta un movilizador para la respuesta activa a los problemas de salud; así como también en la prevención, utilizando los beneficios del ejercicio físico y las posibilidades comunicacionales para programas de enfermedades crónicas, para el trabajo con adolescentes y otros grupos vulnerables (De la Llera y Guibert, 2000).

Los recursos pictóricos son los más utilizados, respecto a estos, De la Llera y Guibert (2000) reportaron que se ha utilizado el dibujo principalmente como diagnóstico pues las aplicaciones terapéuticas han sido escasas. No obstante, en el mundo occidental, y a partir del tratamiento a enfermos mentales, se ha desarrollado la modalidad de Arteterapia. Los principales elementos en los que se sustenta la aplicación de las actividades plásticas en psicoterapia se agrupan en: 1) posibilidades comunicacionales, 2) posibilidades de expresión emocional y del mundo interno, y 3) posibilidades creativas del proceso de interacción. En la generalidad de las aplicaciones se utilizan técnicas de expresión creativa como el modelado, la pintura con su variante dactilar, el dibujo, etc.; y de 2 tipos: libre y dirigida, en que se incorporan diferentes técnicas de trabajo individual y de grupo. Estas posibilidades le confieren una gran utilidad para desarrollar las tareas de la atención primaria, teniendo en cuenta que las mismas deben ser desarrolladas a partir del diagnóstico de la situación de salud a intervenir (tanto en la promoción, como en la prevención, la curación y la rehabilitación), para lo cual las técnicas plásticas son de gran utilidad; por otro lado pueden ser utilizadas para desarrollar mensajes de salud desde una posición activa de la comunidad, para el trabajo con grupos de riesgo, como medio de comunicación efectiva, para desarrollar los objetivos terapéuticos en las familias disfuncionales y otros grupos específicos en la curación, y para lograr la rehabilitación de procesos en la orientación psicológica a familias e individuos en rehabilitación.

Los autores concluyeron que estas técnicas contribuyen de manera especial al crecimiento de la salud de la población, pues descansan en un elemento clave para el logro de este objetivo que es fomentar la participación y con ello el mejoramiento del estilo de vida en el marco de un aprendizaje de grupo que recrea las redes humanas

que la vida moderna muchas veces deja de lado. Un grupo taller sería una posibilidad para trabajar, pues funciona como aglutinador, fomenta la creación, redes de socialización, motivación por el vivir, y evita que la ausencia frecuente de otros precipite el derrumbamiento del yo y en la vulnerabilidad de enfermedad, creándose así un entendimiento entre los valores culturales y el crecimiento del potencial hacia la salud. Consideraron que una atenta y adecuada aplicación de las orientaciones metodológicas que proponen, posibilitaría que el médico familiar, el psicólogo y otros profesionistas conformados en un equipo de trabajo multidisciplinario e intersectorial, pudieran obtener los éxitos deseados en los objetivos que se tracen en torno al crecimiento de la salud y mejoramiento de la enfermedad en el ámbito comunitario.

Otro estudio importante que nos aporta especial evidencia respecto a los beneficios de las actividades artísticas en el ámbito terapéutico, es el estudio de Hughes y Mann (2011), el cual se centró en la utilización de arteterapia como intervención en mujeres con problemas de infertilidad que presentaban síntomas depresivos y ansiosos. La muestra se conformó de 21 mujeres con problemas de fertilidad que presentaban algunos síntomas depresivos y de ansiedad (sin caer en un diagnóstico formal), éstas se dividieron en grupos de discusión conformados por tres pacientes mujeres con problemas de fertilidad, dos artistas, un arteterapeuta, y un médico; esto con el propósito de explorar las experiencias y sentimientos comúnmente asociados con los problemas de fertilidad, con base en eso y en las necesidades de las pacientes, estructuraron las sesiones de terapia artística.

Las pacientes asistieron a sesiones de dos horas de arteterapia por las tardes, una vez por semana, durante dos meses, en grupos de cuatro a siete mujeres. Los efectos de las sesiones se evaluaron usando los inventarios de desesperanza, depresión y ansiedad de Beck, los cuales fueron administrados antes y después del programa de sesiones de arteterapia, así como también se administró un cuestionario cualitativo de salida respecto a las sesiones.

En las sesiones se trabajaron actividades como la creación y decoración de un portafolio (como introducción al proceso de arteterapia), un mapa corporal (para identificar y posicionar emociones importantes y relevantes para la persona como la ira,

la tristeza y el amor), dibujar lo que para ellas significaba tener problemas de fertilidad, pintar una mano en un lienzo (para explorar las fortalezas y debilidades), el dibujo de un árbol (que les permitió explorar sus dificultades de comunicación y las relaciones personales con amigos y familiares), etc.

Los resultados de esta investigación indicaron que clínicamente y estadísticamente hubo una reducción significativa en los niveles de depresión y desesperanza después de las ocho sesiones grupales. Con base en los resultados reportados en el cuestionario cualitativo de salida, el programa fue disfrutado y valorado ampliamente por las participantes. Y a pesar que el estudio se consideró como un piloto, se concluye que el arteterapia es una intervención barata, no farmacológica, que fue asociado con la disminución en los niveles de desesperanza y humor depresivo, además de proporcionar información sobre el significado y la implicación emocional de los problemas de fertilidad para las participantes. El estudio destacó la necesidad y la importancia de una mayor investigación en este campo.

## **7.2 Cómo utilizar la terapia artística en la depresión.**

Como ya se ha mencionado antes, las actividades artísticas tienen múltiples beneficios reportados, y el trabajo del terapeuta que las utilice para una terapia propiamente dicha debe saber adaptar estos beneficios a las necesidades del o de los pacientes con los que se va a trabajar.

Lara, Acevedo y Berenzon (2004) llevaron a cabo un estudio donde por medio de la elaboración de grupos focales, analizaron la manera en que las mujeres veían y vivían la depresión. Entre las cosas que encontraron estas autoras fue que la depresión se vive más como un problema personal que como una condición común en las mujeres.

Para las mujeres de este estudio, queda claro que la depresión se puede expresar de distintas maneras, pero muchas veces no encuentran de qué manera canalizar estos sentimientos, y en algunas ocasiones la única manera que encuentran es desquitándose con los hijos. Este es uno de los aspectos donde es útil la terapia artística, ya que las artes plásticas permiten que las personas que se sienten mal puedan distanciarse de todo lo que les produce malestar objetivándolo y haciendo salir

las formas que tienen dentro para poder trabajar con ellas (Klein, 2002/2006). Además de poder canalizar su energía y sentimientos de una manera más aceptable.

Joseph Zinker compara el acto creativo con el proceso terapéutico presente durante una psicoterapia eficaz, reconociendo que las emociones se desbloquean de modo que pueden ser experimentadas y expresadas, liberando al artista y permitiéndole establecer contacto más espontáneo con sus emociones, de cara a vivir una vida más satisfactoria, repleta de sensaciones y emociones dirigidas de un modo creativo (Batlle, 2007/2009).

Dentro de las formas de afrontamiento que reportaron en éste estudio de Lara y colaboradores, las mujeres dieron gran importancia al dar salida a los sentimientos (desahogarse) pero ven con ambivalencia la opción de platicar con una amiga, por un lado se reconoce lo importante que son las amigas pero por el otro hay un gran temor a ser criticadas. Algunas mujeres de éste estudio mencionan que suelen escribir cuando se sienten mal y que esto les ha funcionado muy bien, ya que al escribir y leer lo que han escrito, les permite reflexionar y ver donde estaban equivocadas; además esto les permite hacerse responsables de sus problemas y no echarle la culpa a otros. Aunque en este estudio no le dan gran importancia al beneficio que da esta actividad artística como lo es la escritura, no se puede dejar de lado que esta actividad tuvo un beneficio terapéutico en las mujeres que se dieron la oportunidad de trabajarla. Así como menciona Moccio (1990) en su libro, desarrollar la expresión está planteado como un camino hacia la armonía entre pensamiento, sentimiento y acción; logrando que el individuo se desenvuelva con base en actos con un contenido emocional, una dirección y objetivos dictados por una conciencia presente y orientadora.

La pintura y otras actividades artísticas permiten a ciertas personas utilizar un lenguaje alternativo, con objeto de examinar y reordenar una visión confusa del mundo. Sirven para tomar conciencia del significado de sus acciones y sentimientos actuales, sin la intromisión negociadora que se requiere en una terapia que utiliza la mediación verbal (Dalley, 1984/1987).

En el caso de la depresión, desde la perspectiva cognitiva-conductual, la mayor parte de los síntomas depresivos son el resultado de determinadas estructuras

cognitivas. En el modelo cognitivo de Beck el trastorno depresivo es explicado en función de una tríada cognitiva, consistente en esquemas de pensamiento negativo acerca de uno mismo, del futuro y del mundo. Desde la terapia racional emotiva de Ellis, el énfasis recae en el rol de determinadas categorías de creencias irracionales en la sintomatología depresiva (Calvete y Cardeñoso, 1999). En cualquiera de los casos, la importancia esta en la identificación de los pensamientos o creencias que están afectando al paciente deprimido tanto emocionalmente como conductualmente.

Uno de los problemas que tienen los pacientes depresivos, es que no saben verbalizar su sentir y mucho menos lo que piensan, aquí es donde nos podemos ayudar de la terapia artística. Margaret Naumburg, una de las pioneras de la terapia artística, resume sus conclusiones respecto a la terapia artística en tres grandes temas: 1) que los pensamientos y sentimientos del hombre derivados del inconsciente se expresan en imágenes, más bien que en palabras; 2) que todo individuo posee una capacidad latente para proyectar sus conflictos interiores en forma visual; 3) como un dato de observación en toda tarea expresiva, las producciones inconscientes escapan más fácilmente que las expresiones verbales a la propia censura mental (Moccio, 1990). También los jungianos, definen la creatividad como una forma de búsqueda que expresa sentimientos internos, creencias y pensamientos y admiten que la necesidad de otorgar a la experiencia una forma significativa es algo fundamental en los espacios artísticos (Dalley, 1984/1987). Así, dependiendo de los objetivos que pretenda alcanzar el terapeuta, las actividades no solo se utilizarían para la intervención con pacientes que tengan alguna enfermedad mental, sino también como una forma de evaluación para que el terapeuta tenga una idea en que aspectos trabajar.

Retomando la teoría de Beck, uno de los componentes de la tríada cognitiva es la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, el cual se ve desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía, tendiendo a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo (Beck, y col., 1983/2008). Una pintura es un logro tangible y sirve como prueba de que se tienen aptitudes organizativas, competencia manual, imaginación y motivación, todas ellas cualidades necesarias para crearla. Las pinturas reflejan determinados aspectos del pintor, una serie de cuadros representa un registro visual del cambio (Dalley, 1984/1987). Así las creaciones que haga el paciente depresivo le



pueden ayudar (con la correcta intervención del terapeuta) a reafirmar su valía, ya que las actividades de una terapia artística no tiene como finalidad lo estético, si no que el paciente se pueda expresar de una manera en que el se sienta seguro y pueda sentirse un ser productivo.

De acuerdo con Ellis, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que le rodea (similar a lo que propone Beck). Pero dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, los “debo” y “tengo que” dogmáticos sobre uno mismo, los otros y la vida en general. En este aspecto Las tareas expresivas llevan necesariamente a la comprensión del individuo en su presente, en su producto actual. El “aquí y ahora” se instala sin esfuerzo en la manera de observar “cómo” y “qué” produce un individuo (Moccio, 1990). Esto le ayudaría al paciente depresivo a conocerse mejor así mismo por medio de sus creaciones. Un mayor conocimiento y comprensión de quienes somos y de cómo y por qué hacemos lo que hacemos, es algo muy valioso y evita que hagamos peligrosas suposiciones sobre nosotros mismos y sobre los demás (Dalley, 1984/1987).

En todos nosotros existe un conflicto entre la forma en que nos gustaría sentir o actuar y la forma en que creemos que a los demás les gustaría que fuéramos. El origen de ello está en la niñez, cuando nuestra necesidad personal de gratificación chocaba con las exigencias de nuestros padres. En la vida cotidiana, estos conflictos (querer hacerlo, pero temer hacerlo) provocan un estado mental en el cual al deseo de ser abiertamente nosotros mismos se le opone un temor igualmente fuerte de causar una ofensa. (Dalley, 1984/1987). En especial esto afecta más a las mujeres que a los hombres, ya que el rol que la sociedad le da a la mujer, se asocia a ser pasivas, abnegadas, sumisas, etc., siempre cumpliendo primero con las necesidades de su familia (esposo e hijos) antes que las propias, lo cual lleva a la mujer a deprimirse si sus esfuerzos no son lo suficientemente valorados (Lara, y col., 2004).

Las actividades artísticas, desde el momento de su inicio y práctica, suponen la obtención de ciertos fines en la persona con la que se trabaja, sirven para exteriorizar diversas situaciones y problemas surgidos por un padecimiento, estimulan el uso de la

personalidad total siendo de un gran valor integrativo. El proceso de creación refuerza el empleo de objetos tangibles y sirve como elemento de realidad, lo cual facilita una posterior integración social (Trejo, 1998).

Para que el paciente depresivo pudiese darse cuenta de el cambio y el beneficio que está obteniendo dentro de una terapia artística, necesitaría la evidencia de un antes y un después. Las pinturas y cualquier otra actividad artística, poseen un efecto secuencial o acumulativo y, por lo tanto, logran ilustrar el cambio a lo largo de un periodo de tiempo (Dalley, 1984/1987). Además el terapeuta también podría inducir mediante preguntas a colocar los objetos representados en su contexto. Estas preguntas ayudarían a estructurar el pensamiento y llevar poco a poco a la persona a anticipar y a concebir al objeto como parte de un todo (Paín y Jarreau, 1994/1995).

Como menciona Dalley (1984/1987), los problemas que enfrentan la enfermedad mental y la deficiencia psíquica son muy vastos y, en consecuencia, no existe un único medio artístico que constituya la herramienta adecuada para el tratamiento en todas las circunstancias.

Los estudios que existen referentes a la aplicación de la terapia artística en el campo de la salud mental han reportado resultados positivos y tomando en cuenta lo ya reportado por otros autores junto con las necesidades de la persona o personas a las que se les va aplicar este tipo de terapia, se puede hacer una propuesta de intervención que ayude al paciente depresivo, especialmente mujeres, para tratar de cumplir no solo un fin de evaluación sino un fin de rehabilitación. Además la terapia artística proporciona al paciente con trastorno depresivo una opción terapéutica poco costosa, con una gama de posibilidades para trabajarse (la persona podrá trabajar la actividad artística que mejor se adapte a sus necesidades o gustos), y que no solamente se puede trabajar en un ambiente terapéutico controlado, sino que también puede utilizarlo en su vida diaria cuando lo crea necesario.

## **Metodología**

Con base en la literatura revisada en los capítulos del 1 al 4 respecto a la depresión, y del 5 al 7 sobre la terapia artística, se propone un programa de intervención de terapia artística para modificar las creencias irracionales que presentan mujeres con depresión. Este programa pertenece a un diseño de investigación cuasiexperimental de grupo con pretest – postest, esto quiere decir que se aplicaría una medición antes de iniciar el programa y una medición al final, para comprobar si hubieron cambios en las mujeres que presentan depresión después de su participación en dicho programa.

### **Planteamiento del problema.**

Tomando en cuenta el capítulo 7 respecto a como los beneficios de la terapia artística se pueden aplicar al mejoramiento de la depresión, y al ser la depresión la cuarta causa de pérdida de calidad de vida, resulta importante plantear un programa de intervención que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

Gracias a la literatura y estudios revisados en los capítulos anteriores, se sabe que la terapia artística tiene varios beneficios terapéuticos, por lo que el interés principal planteado en este estudio es proponer un programa de intervención que tenga como base principios de la terapia artística, aplicada a mujeres que sufren depresión y que presentan creencias irracionales que generan o exacerban su sintomatología depresiva. El programa busca la mejoría en la sintomatología depresiva de las mujeres participantes y que las creencias irracionales que presentan se modifiquen por unas más adaptativas, esto con una adecuada intervención del terapeuta, el cual debe brindar una retroalimentación de cada una de las actividades artísticas trabajadas para aumentar sus beneficios terapéuticos.

### **Objetivos.**

- Proponer un tratamiento complementario para la depresión en mujeres, a la vez que se aporte nueva evidencia sobre los beneficios de la terapia artística en el campo de la salud mental.
- Esta alternativa de tratamiento, tiene por objetivo estudiar como las actividades artísticas inciden en la modificación de las creencias irracionales que presentan

las mujeres con depresión, y con esto posiblemente desarrollar una autoestima y un cambio conductual de manera positiva.

## **Participantes**

La muestra propuesta para trabajar el programa serían 10 mujeres, considerando los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: mujeres, edad de 25-40 años, con diagnóstico predominante de TDM (ya que puede ser comórbido con otro).
- Criterios de exclusión: que sean pacientes reingresadas, con daño orgánico, que no entren en el rango de edad, con síntomas psicóticos o con otro diagnóstico predominante diferente a la depresión.

## **Formas de evaluación**

Para comprobar si el programa tendría alguna influencia dentro del padecimiento depresivo, se haría una medición al inicio (para tener un estado basal) y al final del programa (para ver si hubo algún cambio). Los dos instrumentos que se utilizarían para esta finalidad serían (ambas escalas vienen completas en el Anexo "B"):

- Escala de Depresión de Beck (1961, versión estandarizada): Esta escala se utilizaría para medir si hubo cambios en los niveles de depresión de las participantes. Es un cuestionario autoaplicable que consta de 21 ítems que están compuestos por cuatro afirmaciones arregladas en orden de gravedad creciente con respecto a un síntoma particular de la depresión, concentrándose en los síntomas presentes durante las dos semanas previas a la evaluación. La clasificación según la calificación se daría de la siguiente manera:
  - Puntaje de 0-9: normal.
  - Puntaje de 10-18: depresión leve-moderada.
  - Puntaje de 19-29: depresión moderada-severa.
  - Puntaje mayor a 30: depresión extremadamente severa.
- Escala de actitudes y creencias de Burgess (1990): Esta escala nos ayudaría a categorizar el tipo de creencias que estarían presentando las participantes al

inicio y al final del programa. Es un cuestionario autoaplicable que consta de 48 ítems, los cuales se contestan en una escala del 1 al 5, donde 1 es *muy en desacuerdo* y 5 es *muy de acuerdo*. Se basa en el concepto central de que existe un grupo de procesos que interactúan con un grupo de temas generales o contenidos, pero que es necesario permitir su medición de forma independiente y luego estudiar sus posibles interacciones (Lega, y col., 2009). Permite calcular siete puntajes correspondientes a siete niveles (4 niveles de proceso y 3 niveles de contenido):

- Proceso: 1) exigencia, 2) tremendismo, 3) Baja tolerancia a la frustración, y 4) condenación.
- Contenido: 1) aprobación, 2) éxito, y 3) comodidad.

### **Procedimiento**

1. Conformar un grupo de 10 mujeres (tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente). Al realizar un estudio donde participarán seres humanos, por cuestiones éticas, cada participante y un familiar, deben firmar una carta de consentimiento informado donde se especifiquen los objetivos del estudio, el procedimiento, los beneficios y los riesgos (sugerencia de carta de consentimiento informado en el Anexo "A").
2. Aplicar al inicio del estudio la *escala de depresión de Beck* y la *escala de actitudes y creencias de Burgess*. Esto para evaluar su nivel de depresión y categorizar el tipo de creencias que presentan las participantes.
3. Una vez que se tengan las mediciones basales, las 10 mujeres participaran en un programa de intervención de terapia artística que constara de 12 sesiones, donde realizarán una dinámica grupal, una actividad artística y participaran en el cierre de la sesión donde se comentará lo experimentado durante la actividad. Las sesiones serían dos días por semana, durante seis semanas; cada sesión deberá durar 3 hrs. Cada sesión estará conformada en tres fases: 1) al inicio se realizará una dinámica grupal, esto para preparar el ambiente grupal antes de la actividad artística; 2) La realización de la actividad artística programada para cada día; y 3) cierre de la sesión, donde se explicará el objetivo que tuvo la sesión, se escucharán los comentarios de las participantes, y se les dará

retroalimentación respecto a lo sucedido en la sesión y como lo aprendido en ese día se puede aplicar a la vida diaria. La organización de las actividades a realizar vienen descritas en el Anexo “C”. También se presenta en el Anexo “D” las cartas descriptivas sesión por sesión.

4. Se llevaría a lo largo de la sesiones un reporte de producto permanente, donde se reportaría todo lo acontecido (conducta verbal y no verbal) durante la realización de la actividad artística de cada una de las participantes.
5. Al final del estudio se les volvería a aplicar a las participantes la *escala de depresión de Beck* y la *escala de actitudes y creencias de Burgess*, para comparar si tuvieron un cambio en el nivel de depresión y en la categorización de sus creencias irracionales.

## Conclusiones

El objetivo de este estudio es hacer una revisión de la literatura respecto al trastorno depresivo y la terapia artística, para poder proponer un nuevo programa de intervención psicológica basada en la terapia artística, con la finalidad de modificar las creencias irracionales, propuestas por Albert Ellis (1962), que presentan las mujeres con trastorno depresivo. Este programa de intervención, de llevarse a cabo\*, aportaría nueva evidencia sobre los beneficios de la terapia artística en el campo de la salud mental.

Como se vio en los capítulos 1,2 y 3, la depresión es un síndrome que se caracteriza por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de experimentar la sensación de sentirse bien consigo mismo y de ser competente (autoestima); con manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida (Kaplan y Sadock, 1989/1992). Lara y colaboradores (2004) señalan en su estudio que la prevalencia de la depresión en México es de 4.1% en mujeres y 1.6% en hombres. Siendo las mujeres más vulnerables a padecer un trastorno depresivo debido a la interacción de múltiples factores como lo son los niveles hormonales, el embarazo, la personalidad, los roles sociales, los aspectos familiares y conyugales, y los acontecimientos estresantes en la vida de la mujer. Por estos motivos, en ésta propuesta de intervención psicológica se propone trabajar con una muestra conformada por mujeres que presenten síntomas depresivos.

Retomando el capítulo 4, para el tratamiento de la depresión hay opciones médicas, como la administración de antidepresivos y la terapia electroconvulsiva; y opciones de tratamiento psicoterapéutico, como la terapia de grupo, la terapia familiar, la terapia con orientación psicodinámica, la terapia interpersonal, y la terapia cognitivo – conductual.

---

\* El programa de intervención psicológica basada en terapia artística para la modificación de creencias irracionales en mujeres con depresión que aquí se propone, se aplicará en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en el área de Terapia Recreativa bajo la supervisión de la Psic. Ma. Guadalupe Trejo Corona. El proyecto se encuentra actualmente en revisión por el comité de ética y el comité de investigación de dicha institución.

Parte de esta propuesta se basa en la teoría cognitivo – conductual, la cual propone ayudar a los pacientes a superar sus dificultades deshaciéndose de pensamientos o creencias improductivas o lesivas y ayudándoles a adoptar otras más constructivas. Los supuestos de esta teoría son que los individuos interpretan y reaccionan ante los acontecimientos en términos de su significación percibida (nuestras creencias y actitudes afectan nuestra conducta), y las distorsiones cognitivas pueden causar desórdenes emocionales (Beck, y col., 1983/2008). Albert Ellis (1962), explicó que hay dos clases de sistemas de creencias, las creencias racionales y las creencias irracionales, ambas evaluaciones de la realidad. De acuerdo con este autor, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional que hace el individuo sobre sí mismo, los demás y el mundo que lo rodea; dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, los “debo” y “tengo que” dogmáticos sobre uno mismo, los otros y la vida en general. En el caso de la depresión, a partir de éste marco de referencia absolutista, se derivan más tarde las inferencias o distorsiones cognitivas como la autodevaluación, la certeza errónea de que nunca se tendrá éxito, y por lo tanto no tener derecho a ser feliz (Lega, y col., 2009). Esta propuesta de intervención toma como una de sus bases a la terapia cognitivo conductual, ya que es la que mas se adecua a nuestros objetivos, porque procura modificar las cogniciones negativas, educar al paciente y llevarlo a emplear esfuerzos que desemboquen en comportamientos más adaptativos.

Otra base que se tomó en cuenta para la estructuración de ésta propuesta de intervención psicológica para la modificación de creencias irracionales en mujeres con depresión, es la terapia artística, la cual en resumen sería la utilización del arte con fines terapéuticos.

Dentro de los capítulos 5, 6 y 7, se cita que la terapia por medio del arte puede ser abarcada desde diferentes enfoques, como lo es el psicoanalítico, el jungiano, el humanista y el gestáltico. El enfoque que más se adaptó a nuestro propósito fue el enfoque gestáltico, el cual tiene como propósito explorar la manera de cómo la sensibilidad humana interpreta las señales procedentes del medio. El objetivo es que el individuo entre en contacto con la emoción suprimida y la ponga de manifiesto (Dalley, 1984/1987). Como expuso Moccio (1990), las tareas expresivas llevan necesariamente



a la comprensión del individuo en su presente, en su producto actual, “el aquí y el ahora” se instalan sin esfuerzo en la manera de observar “cómo” y “qué” produce un individuo. Lo que permite a la persona establecer un contacto más espontáneo con sus emociones, de cara a vivir una vida más rica, repleta de sensaciones y emociones dirigidas de un modo creativo (Batlle, 2007/2009).

Finalmente con base en toda la literatura revisada, se ideó un programa de intervención de terapia artística para la modificación de las creencias irracionales que pueden presentar las mujeres con depresión. Es un taller que consta de 12 sesiones estructuradas de tal manera que se combina el lenguaje no verbal, en la expresión artística, y el lenguaje verbal, por medio de la verbalización de las creencias irracionales que se susciten en la elaboración de la actividad artística. La parte no verbal, que corresponde a la parte de la terapia artística, se mediría únicamente por medio de un reporte de producto permanente, donde se puede llevar un registro de todo lo acontecido durante la realización de la actividad artística de cada una de las participantes. La parte verbal, que correspondería a la terapia cognitivo – conductual, se mediría con el test – postest de la escala de actitudes y creencias de Burgess. Para medir de manera general si hubo una mejoría dentro de la sintomatología depresiva, se utilizaría la aplicación test – postest de la escala de depresión de Beck.

Considerando estudios previos, como los mencionados en el capítulo 7, se puede considerar que la terapia artística puede ser un posible tratamiento para las mujeres que padecen de un trastorno depresivo mayor. Como lo mencionaron De la Llera y Guibert (2000), la actividad artística es un vehículo de cambio terapéutico inmerso dentro del arte que se concibe como un medio de comunicación no verbal, esta peculiaridad permite captar la riqueza del mundo emocional y relacional del individuo, que en los enfoques psicoterapéuticos es el punto esencial para cualquier cambio en los procesos emocionales y cognitivos. Además, como lo mencionó Covarrubias (2003), dentro de las ventajas de la terapia artística están la catarsis, que es la liberación intensa de emociones contenidas, que ayuda a abordar situaciones conflictivas sin experimentar demasiada ansiedad, y la disminución de las defensas, pues al ser el arte un medio menos utilizado que el lenguaje verbal, es menos susceptible de controlar y así dejar salir cosas inesperadas.

Retomando lo que plantea la teoría cognitivo – conductual, el elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional que hace la persona sobre si mismo, los demás y el mundo que le rodea. En la depresión la visión del si mismo esta en función de verse desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía y tendiendo a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto propio (Beck, y col., 1983/2008). En este sentido la terapia artística puede ayudar al paciente depresivo a conocerse así mismo y que tiene habilidades que lo hacen valioso, ya que una pintura, por ejemplo, es un logro tangible y sirve como prueba de que se tienen aptitudes organizativas, competencia manual, imaginación y motivación, todas aquellas cualidades necesarias para crearla. Así, un mayor conocimiento y comprensión de quienes somos y de cómo y porqué hacemos lo que hacemos, es algo muy valioso que evita que hagamos peligrosas suposiciones sobre nosotros mismos y sobre los demás (Dalley, 1984/1987). También todo éste mayor autoconocimiento le ayudaría al paciente a desarrollar una autoestima positiva, experimentado una sensación de bienestar consigo mismo y sentirse más competente para afrontar los diferentes sucesos que se le puedan presentar en su vida.

Dentro de los alcances que se tiene, es que en las técnicas elegidas se trabajaría a nivel verbal y no verbal, además de que las actividades están dirigidas a estimular las respuestas reflexivas, críticas y creativas, que a su vez podrían tener una repercusión a nivel cognitivo, afectivo y conductual. Asimismo, al darnos cuenta sobre cuales de las áreas sensorio-perceptivas se está trabajando, que puede ser auditiva, visual o kinestésica, se favorece un aprendizaje significativo, ya que podremos incidir en aquellas áreas perceptuales en las que más se apoyen las participantes, a la vez que podremos identificar las áreas expresivas, verbal o motora, en las que se apoyan las actividades y que permiten un mejor desempeño de las participantes, para así estructurar las sesiones posteriores de la terapia artística (Aladro, 2006).

Respecto a las limitaciones, en este trabajo se propone trabajar con pacientes diagnosticadas con depresión, las cuales suelen llevar un tratamiento farmacológico, esto es una variante que puede afectar su desempeño en la elaboración de las actividades artísticas, pero por cuestiones éticas no se puede suspender o modificar

dicho tratamiento. Además hay que considerar, que se propone la Escala de actitudes y creencias de Burgess para evaluar la categorización de las creencias irracionales en las mujeres con depresión, pero no es una escala que esté estandarizada para población mexicana, así que debe tomarse en cuenta solo como una sugerencia.

Este estudio propone una alternativa terapéutica psicológica para la modificación de las creencias irracionales en el trastorno depresivo, que a su vez puede ayudar a la mejoría de la sintomatología depresiva, logrando tal vez no solo un cambio cognitivo, sino también emocional y conductual. Se pretende que esta alternativa terapéutica sea complementaria al tratamiento farmacológico que ya este llevando el paciente con depresión, esto para proporcionarles un tratamiento más integral como el que se les ofrece en instituciones como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, lo que puede proporcionar al paciente una mayor confianza y tranquilidad para un mejor apego al tratamiento. Y al tener la terapia artística una gama tan grande de recursos para poder utilizarla, esto nos da la posibilidad de estructurar y proponer nuevos programas de intervención para otros tipos de padecimientos clínicos y abarcar otras poblaciones, tomando siempre en cuenta estudios previos, las características específicas de cada población y las necesidades de los participantes. Lo cual nos deja campo abierto para seguir investigando y aportando conocimientos, al área de la salud mental y a la de la terapia artística.

## Referencias

- Aladro, L. P. (2006). *Tres formas sensoriales que favorecen el aprendizaje significativo*. Material de apoyo didáctico para las practicas unitarias de la Coordinacion de Psicología Educativa. Facultad de psicología. UNAM.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Whashington: American Psychiatric Association. Edición en castellano, Barcelona: Masson, 2002.
- Batlle, S. (2007). *L'art-thérapie au quotidien*. Bernex (Suiza): Editions Jouvence. Edición en castellano, *Arte-Terapia. Cómo poner magia, colores y creatividad a cada día*. Barcelona: Obelisco, 2009.
- Beavers, R., Hampson, R. (1990). *Succesful families. Assessment and intervention*. New York: W.W. Norton and Company .Edición en castellano, *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. México: Paidos, 1995.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press. Edición en castellano, *Terapia cognitiva de la depresión* (18a ed.). España: Descleé de Brower, 2008.
- Bleichmar, D. (1991). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XI(39), 283-287.
- Calvete, E., & Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. *Anales de psicología*, 15(2), 179-190.
- Carlson, N. R. (2004). *Physiology of behavior*. Massachusetts: Pearson Education Inc. Edición en castellano, *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Addison Wesley, 2006.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus mascararas. Aspectos terapeuticos*. Madrid, España: Editorial Medica Panamericana.
- Covarrubias, T. (2006). *Arte terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal*. Monografía para la especialización en Arte terapia. Chile. Facultad de Artes. Universidad de Chile. Recuperada de [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/covarrubias\\_t/sources/covarrubias\\_t.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/covarrubias_t/sources/covarrubias_t.pdf).
- Dalley, T. (1984). *Art as therapy*. Londres: Tavistock Publications. Edición en catellano, *El arte como terapia*. Barcelona: Herder, 1987.

- De la Llera, E., & Guibert, W. (2000). Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud. *Revista cubana de medicina general*, 16(3), 295-304.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax México.
- Frank, A. (1990). *Diario de Ana Frank*. México: Editorial Epoca.
- Freud, S. (1938). *Abriss der psychoanalyse*. Stuttgart: Reclam. Edición en castellano, *Esquema del psicoanálisis*. México: Paidós, 2001.
- Gómez, R., Hernández, B., Rojas, U., Santacruz, O., & Uribe, R. (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Bogota, Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- Heinze, G., & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Recuperado de [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo\\_depresion.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo_depresion.pdf)
- Honorato, J. (2012). *Guía de atención terapéutica. Paciente con depresión. Criterios farmacológicos en la prescripción de antidepresivos* (Archer Pharma S. de R.L. de C.V. ed.). (c. c. Kos, Ed.) México: Mapumex.
- Hughes, E., & Mann, A. (2011). A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. *Human Reproduction*, 26(3), 611-615. Recuperado de <http://humrep.oxfordjournals.org/content/26/3/611.full.pdf+html?sid=7bafc07c-ed58-4e10-9312-ad4cdf0b62cc>
- Kaplan, H., & Sadock, B. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed). Baltimore: Williams & Wilkins. Edición en castellano, *Tratado de psiquiatría* (Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. ed.). Barcelona: Masson, 1992.
- Klein, J. P. (2002). *L'art-thérapie. Que sais-je?*. Francia: PUF. Edición en castellano, *Arteterapia. Una introducción*. Barcelona: Octaedro, 2006.
- Lara, M., Acevedo, M., & Berenzon, S. (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Artigo Article*, 20(3), 818-828.
- Leal, C. (2000). *Trastornos depresivos en la mujer*. Barcelona: Masson.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. (Segunda ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Marty, G. (1999). *Psicología del arte*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: The Guilford Press. Edición en castellano, *Tratamiento para la depresión crónica. Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo conductual*. México: Manual moderno, 2003.
- Moccio, F. (1990). *El taller de terapias expresivas*. México: Paidós.
- Muñoz, V. (2008). *Musicoterapia humanista. Un modelo de psicoterapia musical*. México: Ediciones Libra.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Pocket guide to the ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders*. Geneva:Churchill Livingstone. Edición en castellano, Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/es/>
- Paín, S., & Jarreau, G. (1994). *Sur les traces du sujet. Théorie et technique d'une approche art-thérapeutique*. Paris: Delachaux et Niestlé S.A Edición en castellano, *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Nueva Vision, 1995.
- Pinel, J. (2006). *Biopsychology* (6th ed.) England: Pearson Education Inc. Edición en castellano *Biopsicología*. Madrid: Pearson Addison Wesley, 2007.
- Rosell, A. (2003). *Espejo roto (La depresión por dentro)*. Madrid: Dossat.
- Szczeklik, A. (2010). *Katharsis: O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Cracovia (Polonia): ZNAK. Edición en castellano, *Catarsis. Sobre el poder curativo de la naturaleza y del arte*. Barcelona: Acanalado.
- Trejo, M. G. (1998). *La terapia ocupacional, su beneficio en el estado de ánimo de pacientes depresivos internos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, evaluados a través de la escala de depresión de Hamilton*. Tesis de licenciatura. México. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Weissman, M., Markowits, J., & Klerman, G. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.



# ANEXOS



## ANEXO \*A\*

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (SUGERENCIA)

FECHA:

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO

#### NOMBRE DEL ESTUDIO

\* Investigadores: Nombre del investigador o investigadores  
Institución de procedencia o que patrocine el estudio  
Dirección y teléfonos

#### \* Introducción

Usted ha sido invitado a participar debido a que padece de un trastorno del estado de ánimo con un grado de depresión significativa. La invitamos a tomar parte en un estudio de investigación en el (nombre del lugar donde se llevara a cabo el estudio). El participar en este estudio es completamente voluntario. Usted puede decidir no tomar parte, o abandonar el estudio en cualquier momento. En cualquiera de los casos no perderá ninguno de los beneficios como paciente/cliente de esta institución. Este estudio podría darnos conocimiento valioso para ayudar a otros pacientes en el futuro.

Esta carta de consentimiento puede tener términos con los que usted no esté familiarizado, por favor siéntase libre de preguntar todo aquello que no entienda claramente.

#### \* Características del estudio

Este estudio se ha diseñado para comprobar si las actividades artísticas que se realizaran pueden incidir en el mejoramiento de su cuadro clínico. Adicionalmente se evaluarán los cambios que presente tanto en sus actividades como en sus procesos de pensamiento.

Para este fin, usted pasara por distintas etapas en esta investigación:

- a) Evaluación previa del nivel de depresión mediante la Escala de Depresión de Beck y el tipo de creencias que presenta mediante la escala de Actitudes y Creencia de Burgess.
- b) Sesiones de 90 minutos al día donde se realizará una actividad artística. Las actividades artísticas a realizar serán dibujo (con carboncillo, acuarela, pintura pastel, pintura acrílica), modelado (plastilina, arcilla), teatro, tarjetería, etc.
- c) Evaluación posterior del nivel de depresión mediante la Escala de Depresión de Beck y el tipo de creencias que presenta mediante la escala de Actitudes y Creencia de Burgess.

A continuación le describimos cada uno de estos procedimientos.



\* Evaluaciones clínicas

En la primera sesión se le aplicarán diferentes cuestionarios para confirmar el diagnóstico de depresión y evaluar la severidad de los síntomas de la enfermedad y otros síntomas asociados.

\* Evaluaciones cognitivas

Los cambios en los procesos de pensamiento serán medidos mediante cuestionarios o mediante su desempeño en algunas de las actividades artísticas que realizará. Estas evaluaciones tomarán aproximadamente 15 minutos (en el caso de los cuestionarios) en cada ocasión, y se realizarán antes de iniciar el estudio y al finalizar el mismo.

\* Sesiones de actividades artísticas

Primero se realizará una dinámica grupal con el fin de motivar la formación y el mantenimiento del grupo, crear un clima de compañerismo e integración, conocimiento de nombres, gustos y preferencias; otras dinámicas tendrán como finalidad generar el darse cuenta de que puede tener o adquirir ciertas capacidades y/o habilidades para la solución de situaciones cotidianas en donde utilizara herramientas como atención, memoria, aprendizaje, tolerancia a la frustración, trabajar en equipo, iniciativa, socialización, responsabilidad y confianza en sí mismo. Posteriormente se continuará con la realización de la actividad artística en la cual se realizará alguna de las actividades ya mencionadas. Las sesiones tendrán una duración aproximada de 90 minutos, en los cuales usted podrá trabajar, además de la actividad artística, aspectos de sus creencias y emociones que estén relacionados con la depresión. Al final de la sesión se hará un cierre de la actividad realizada con la finalidad de hacer un resumen de lo acontecido en la sesión y comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar en la vida cotidiana. El objetivo de esta terapia es ayudar por medio de actividades artísticas a identificar sus creencias irracionales y proporcionarle la oportunidad de posiblemente cambiarlas, con el fin de tener una vida más satisfactoria a largo plazo.

\* Costo del tratamiento

Las sesiones en las que usted participará no tienen costo alguno para usted ni para sus familiares.

\* Beneficios

- 1.- Mediante actividades de arte, se espera que usted se de cuenta de sus creencias irracionales y que pueda modificarlas, lo cual le beneficiará en su padecimiento.
- 2.- Usted y sus familiares podrán discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de ésta investigación.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de la depresión.

\* Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible su identificación por nombre completo. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente clínico el cual solo será consultado por los investigadores involucrados en el estudio. Si los resultados de esta investigación fueran presentados en congresos o reuniones médicas y científicas, su identidad no será revelada.

\* Participación Voluntaria / Suspensión de la Participación

Su participación en este estudio es voluntaria. Puede rehusarse a participar o suspender su participación en el estudio en cualquier momento. Se le informará acerca de cualquier hallazgo significativo que surja durante el curso de esta investigación que pueda estar relacionado con su deseo de seguir formando parte del estudio.

\* Riesgos y molestias

Durante la elaboración de la actividad artística o durante el cierre de la sesión, se puede presentar momentos de expresión de sentimientos que produzca en algunas personas algún tipo de malestar emocional. No se abordan aspectos que a usted no le interese trabajar, y no se hacen interpretaciones, no hay críticas ni confrontaciones. En caso de que experimentara cualquier malestar durante el proceso terapéutico, podrá recibir atención inmediata por el equipo clínico y en su caso ser referido al servicio correspondiente.

\* Eventos adversos

Es importante que en caso de presentar cualquier evento no esperado (malestares y/o molestias) en el tiempo que dure este estudio, las comunique al personal encargado.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. Entiendo que no existe garantía alguna de que mi condición va a mejorar. Los efectos adversos que pueden presentarse me han sido explicados. He hablado directamente con el encargado del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Recibí una copia de la hoja de información sobre este estudio.

\* A quien contactar

Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en comunicarse con: \_\_\_\_\_ (nombre del investigador responsable y teléfono) \_\_\_\_\_.

_____ Nombre y Firma del participante	_____ Fecha
_____ Nombre y Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombre y Firma del investigador	_____ Fecha

## ANEXO \*B\*

### INVENTARIO DE BECK BDI\*

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Domicilio (Colonia y Delegación): \_\_\_\_\_

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- |   |  |    |  |
|---|--|----|--|
| 1 | 0. Yo no me siento triste<br>1. Yo me siento triste<br>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo<br>3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo   | 6  | 0. Yo no me siento que esté siendo castigado<br>1. Siento que podría ser castigado<br>2. Espero ser castigado<br>3. Siento que he sido castigado   |
| 2 | 0. En general no me siento descorazonado por el futuro<br>1. Me siento descorazonado por mi futuro<br>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro<br>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar | 7  | 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo<br>1. Estoy desilusionado de mi mismo<br>2. Estoy disgustado conmigo mismo<br>3. Me odio  |
| 3 | 0. Yo no me siento como un fracasado<br>1. Siento que he fracasado más que las personas en general<br>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos<br>3. Siento que soy un completo fracaso como persona          | 8  | 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas<br>1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores<br>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas<br>3. Me culpo por todo lo malo que sucede |
| 4 | 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo<br>1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo<br>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada<br>3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo          | 9  | 0. Yo no tengo pensamientos suicidas<br>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo<br>2. Me gustaría suicidarme<br>3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad                        |
| 5 | 0. En realidad yo no resiento culpable<br>1. Me siento culpable una gran parte del tiempo<br>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo<br>3. Me siento culpable todo el tiempo   | 10 | 0. Yo no lloro más de lo usual<br>1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo<br>2. Actualmente lloro todo el tiempo<br>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo   |

\* Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar  
 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes  
 2. Me siento iritado todo el tiempo  
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente  
 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar  
 2. He perdido en gran medida el interés por la gente  
 3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho  
 1. Pospongo tomar decisiones más que antes  
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes  
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía  
 1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)  
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)  
 3. Creo que me veo feo (a)
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes  
 1. Requiere de más esfuerzo para iniciar algo  
 2. Tengo que obligarme para hacer algo  
 3. Ya no puedo hacer ningún trabajo
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes  
 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo  
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir  
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual  
 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo  
 2. Con cualquier cosa que haga me canso  
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual  
 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo  
 2. Mi apetito está muy mal ahora  
 3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente  
 1. He perdido más de dos kilogramos  
 2. He perdido más de cinco kilogramos  
 3. A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos  
 Si \_\_\_ No \_\_\_
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes  
 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación  
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más  
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo  
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba  
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora  
 3. He perdido completamente el interés por el sexo

## ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Este inventario presenta distintas actitudes o creencias que la gente mantiene a veces. Lee cada frase atentamente y anota el grado de acuerdo o desacuerdo con la misma.

En cada frase, responde colocando en un círculo alrededor del número que mejor describa cómo piensas. Asegúrate de escoger solamente una respuesta para cada frase. Debido a que cada persona es diferente, no hay respuestas correctas e incorrectas a estas frases.

Para saber si una determinada actitud es típica de tu forma de ver las cosas, ten presente cómo eres la mayor parte del tiempo.

Puesto que nos interesan tus reacciones inmediatas o espontáneas, no es necesario que le des muchas vueltas a una frase. Anota tu respuesta rápidamente y pasa a la siguiente pregunta. Aunque aparentemente parece que hay muchas preguntas, la mayoría son breves y tardarás poco en responderlas.

Fíjate en el ejemplo que sigue. Para mostrar el grado en que una frase describe tu actitud, rodea con un círculo un número del 1 (muy desacuerdo) al 5 (muy de acuerdo). Una respuesta 2 ó 4 indicaría que estas algo desacuerdo o algo de acuerdo; una respuesta 3 indicaría que no estás de acuerdo ni tampoco en desacuerdo.

	Estoy muy en desacuerdo	1	2	3	4	Estoy muy de de acuerdo
Ejemplo: Me gusta conocer gente .....		1	2	3	4	5

Completa el ejemplo y asegúrate de que entiendes la tarea.

Gracias por tu participación y cooperación.

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. Quiero caerle bien a algunas personas.....	1	2	3	4	5
2. A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien.....	1	2	3	4	5
3. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente .....	1	2	3	4	5
4. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona .....	1	2	3	4	5
5. Quiero hacer bien algunas cosas .....	1	2	3	4	5
6. A veces es desagradable cuando estoy tenso/a .....	1	2	3	4	5
7. Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me resulta imposible funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4	5

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
8. En ocasiones, cuando hago las cosas mal, pienso que soy un fracaso .....	1	2	3	4	5
9. De vez en cuando quiero estar relajado/a.....	1	2	3	4	5
10. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente .....	1	2	3	4	5
11. Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4	5
12. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, pienso que siempre estaré de esa manera.....	1	2	3	4	5
13. Necesito caerle bien a algunas personas.....	1	2	3	4	5
14. A veces es terrible cuando no hago las cosas bien.....	1	2	3	4	5
15. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me resulta imposible funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4	5
16. Pienso que no soy una mala persona incluso si no le caigo bien a algunas personas.....	1	2	3	4	5
17. Necesito hacer algunas cosas bien.....	1	2	3	4	5
18. En ocasiones es terrible cuando estoy tenso/a .....	1	2	3	4	5
19. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4	5
20. Pienso que no soy un fracaso incluso si hago mal algunas cosas.....	1	2	3	4	5
21. De vez en cuando necesito estar relajado/a.....	1	2	3	4	5
22. A veces es terrible cuando no le caigo bien a la gente .....	1	2	3	4	5
23. En ocasiones, cuando no lo hago bien, me es difícil funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4	5
24. Pienso que no siempre estaré tenso/a, incluso si a veces no me encuentro relajado/a .....	1	2	3	4	5
25. Es esencial que le agrade a algunas personas.....	1	2	3	4	5
26. Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado/a .....	1	2	3	4	5
27. En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso/a .....	1	2	3	4	5
28. Sólo por que no les agrade a algunas personas no significa que sea una mala persona .....	1	2	3	4	5
29. Es esencial que haga bien algunas cosas.....	1	2	3	4	5
30. Algunas veces, cuando estoy tenso/a, me perturbo.....	1	2	3	4	5

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
31. A veces es frustrante cuando no le caigo bien a la gente .....	1	2	3	4	5
32. Sólo porque hago algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso.....	1	2	3	4	5
33. De vez en cuando es esencial estar relajado/a.....	1	2	3	4	5
34. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento perturbado/a.....	1	2	3	4	5
35. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien.....	1	2	3	4	5
36. Sólo porque estoy tenso tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así .....	1	2	3	4	5
37. Es importante que le agrade a algunas personas .....	1	2	3	4	5
38. A veces, cuando no hago las cosas bien, me siento decepcionado/a .....	1	2	3	4	5
39. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso/a.....	1	2	3	4	5
40. Si no le agrado a algunas personas eso significa que soy una mala persona.....	1	2	3	4	5
41. Es importante que haga bien las cosas.....	1	2	3	4	5
42. En ocasiones, cuando estoy tenso, me siento decepcionado/a .....	1	2	3	4	5
43. A veces es insoportable cuando no le caigo bien a la gente .....	1	2	3	4	5
44. Si hago algunas cosas mal eso significa que soy un fracaso .....	1	2	3	4	5
45. De vez en cuando es importante estar relajado/a .....	1	2	3	4	5
46. En ocasiones, cuando no le gusto a la gente, me siento decepcionado/a .....	1	2	3	4	5
47. A veces es insoportable cuando no hago las cosas bien.....	1	2	3	4	5
48. Nunca voy a conseguir estar relajado/a.....	1	2	3	4	5

## ANEXO \*C\*

### CALENDARIO DE ACTIVIDADES ARTÍSTICAS

SEMANA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	SEXTA
DÍA						
DÍA 1	DIARIO	MODELADO CON PASTA MOLDEABLE	LAPICERO MACHE	ELABORACION DE TITERES	MODELADO CON PLASTILINA	CREATIVIDAD CON RECICLADO
DÍA 2	DIBUJO CON CARBONCILLO	PINTURA CON ACUARELA	MURAL DE FIGURA HUMANA CON PINTURA DIGITAL	TEATRÍN	TARJETERIA ESPAÑOLA	DIBUJO CON GIS PASTEL



**ANEXO \*D\***  
**CARTAS DESCRIPTIVAS POR SESIONES**  
**SESIÓN 1**

**Objetivo general:** Fomentar la integración del grupo por medio de la presentación de los participantes y el terapeuta, además de dar a conocer las normas de convivencia y cómo se dividirán las sesiones.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Iniciales de cualidades	Conocer los nombres de los miembros del grupo, reconocimiento de cualidades propias y de los demás, y favorecer un clima positivo para que la siguiente actividad se desarrolle de forma más fluida.	Las participantes se sentaran en sillas que estarán acomodadas en círculo. Cada participante escribirá su nombre y su apellido en una hoja de papel y a la vez escribe dos calificativos positivos que le definan y que tienen sus mismas iniciales. Por ejemplo: Ana Olivares – Amable y Ordenada. Cada uno se presentara cuando le toque a la vez que los demás ven la hoja la cual servirá como un gafete.	*Sillas *Hojas blancas *Plumones de colores	Visual Auditiva	Verbal
Actividad artística: Diario	Que las participantes elaboren un Diario en el cual van a ir escribiendo su experiencia y sentir a lo largo de las 11 sesiones (registro sesión por sesión).	Se les indica que deberán cortar en 4 partes las hojas que se les entregó, las cuales deberán pegar en conjunto sobre el papel amate (el cual ya estará cortado y doblado en la forma que debe quedar). Posteriormente los participantes deberán adornar a su gusto la parte de afuera de su diario. El terapeuta, estará acompañándolas en el proceso de creación, escuchando lo que se llegase a decir y resolviendo las dudas respecto a la realización de la actividad.	*Papel Amate *Hojas revolución *Hojas de color *Pintura Plástica *Tijeras *Pegamento	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se este reflejando una creencia irracional y lo experimentado en la sesión que pueda refutar esa creencia. Se debe fomentar un ambiente de respeto que propicie la confianza para que cada participante pueda hablar. Se debe aclarar la función del Diario en el resto de las sesiones (auto- registro).	*Sillas *El diario elaborado por cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 2

**Objetivo general:** Que las participantes conozcan una diferente alternativa terapéutica, con la intención de disminuir sus síntomas depresivos y mejorar la expresión de sentimientos

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Una cosa y algo más.	Potenciar la memoria y la atención de los participantes del grupo. Además de reforzar la observación detallada y el manejo a la frustración.	Las participantes se sentaran en sillas que estarán acomodadas en círculo. Se les entrega el objeto y se les dice, por ejemplo: "Esta es una manzana", se le pasa al participante indicándole que él tiene que agregarle una característica más y mencionar la característica pasada, respetando el orden; lo que podría decir es "Esta es una manzana roja", el siguiente participante puede decir "Esta es una manzana roja dulce", y así cada participante le irá agregando características al objeto.	*Cualquier objeto (fruta, libro, lápiz, etc.). *Sillas.	Visual Auditiva Kinestésica	Verbal Motora
Actividad artística: Dibujo libre	Que las participantes elaboren un dibujo libre en el cual puedan proyectar algunas de sus creencias.	Se les dará la indicación de que realicen un dibujo de tema libre con los materiales proporcionados. El terapeuta explicará de manera general cómo utilizarlos, además estará acompañándolas en el proceso de creación, escuchando lo que se llegase a decir y resolviendo las dudas únicamente respecto a la realización de la actividad.	*Cartulinas blancas *Carboncillos *Esfuminos *Laca plástica.	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se estén reflejando pensamientos desadaptativos y lo experimentado en la sesión que pueda refutarlo. Se debe propiciar un ambiente de respeto que fomente la confianza para las participantes.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

### SESIÓN 3

**Objetivo general:** Fomentar la creatividad y la seguridad de las participantes a la vez que reconozcan sus creencias respecto a crear algo nuevo.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Mi isla	Preparar el ambiente para la actividad artística, a la vez que se desarrolla la creatividad, se estimula la toma de decisiones junto con la aceptación de elogios y críticas en un ambiente seguro.	Se pide a todas las participantes que se imaginen que el papel es el océano sobre el cual pueden pintar una isla, con todos sus detalles: vegetación. Fauna, viviendas, etc. Una vez hecho esto, los miembros eligen una isla y muestran un medio de llegar hasta ahí. Se invita a los miembros a que digan cuál es la isla que eligen visitar y porqué.	*1/4 de cartulina por participante *Colores de madera / crayolas.	Visual Kinestésica Auditiva	Motora Verbal
Actividad artística: Modelado	Que las participantes elaboren una figura (la que ellas elijan) donde se examinarán dificultades y sentimientos experimentados para la creación de la figura elegida.	Se les dará la indicación de que realicen una figura de tema libre con los materiales proporcionados. El terapeuta mostrará algunos ejemplos de la actividad. El terapeuta estará acompañándolas en el proceso de creación, escuchando lo que se llegase a decir y resolviendo las dudas únicamente respecto a la elaboración de la actividad.	*Barras de pasta moldeable *Modeladores *Agua	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchará y hará hincapié en aquellos comentarios donde se este reflejando sus creencias irracionales y lo experimentado en la sesión que pueda refutar esas creencias. En todo momento se debe propiciar un ambiente de respeto.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 4

**Objetivo general:** Crear un ambiente de colaboración entre las participantes que les permita proyectar sus pensamientos.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECIFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Rompecabezas colectivo	<p>Lograr una colaboración entre las participantes en una tarea en común, entrenando su toma de decisiones y su tolerancia.</p> <p>Promover el aprendizaje de nuevas aptitudes sociales.</p>	Se dividen a las participantes en 2 grupos de 5 personas y a cada grupo se le entrega un Tangram. Se les indica que cada grupo debe formar el esquema que a continuación se les dará con las piezas que tienen. Irán pasando cada grupo uno por uno a presentarles a los demás la forma en que armaran el esquema que les toco construir.	*Rompecabezas de 7 piezas cada uno.	Visual Kinestésica Auditiva	Verbal Motora
Actividad artística: Dibujo libre	Que las participantes elaboren un dibujo libre en el que puedan proyectar sus pensamientos. Además de aprender nuevas aptitudes de destreza manual que posiblemente provoquen un sentimiento de logro y satisfacción.	Se les dará la indicación de que realicen un dibujo de tema libre con los materiales proporcionados, a la vez que muestra algunos ejemplos. El terapeuta dará los puntos básicos de cómo utilizar los materiales y estará acompañándolas en el proceso de creación, escuchando lo que se llegase a decir y resolviendo dudas.	*Papel Ilustración *Estuches de acuarela de 12 colores *Pinceles *Agua	Visual	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se estén reflejando sus pensamientos desadaptativos y lo experimentado en la sesión que pueda refutarlos. En todo momento se debe propiciar un ambiente de respeto.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 5

**Objetivo general:** Mejorar la motricidad fina de las participantes esperando que se refuerce su confianza en sí mismas.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Sílabas musicales	Motivar la creación de un espacio cooperativo a la vez que de estimula la atención.	A una voluntaria se le pide que salga de la habitación. El resto del grupo elige una palabra con tres o más sílabas (por ejemplo: pe-lo-ta). Se hacen tres grupos, cada uno elige una sílaba y todos juntos deciden qué melodía le van a poner. Entonces el voluntario que había salido vuelve a la habitación intenta diferenciar las sílabas e identificar la palabra mientras todos cantan al unísono.	*Sillas	Auditiva Visual	Verbal
Actividad artística: Lapicero	Que las participantes elaboren un lapicero con hojas de periódico, que representará un contenedor, en el cual además de contener accesorios de oficina (plumas, lápices, etc.), contendrá en él, el símbolo de su esfuerzo y de la capacidad de siempre poder crear y de sentirse útiles.	Se les dará las indicaciones: 1) Con las hojas de periódico hacer 13 tiras, las cuales harán doblando las hojas a la mitad una y otra vez hasta que quede una tira de aproximadamente 1.5 cm. 2) Con una de las tiras se formara la base, doblando una de las puntas y enrollando el resto de la tira alrededor de esa punta doblada. 3) 6 de las tiras se partirán por la mitad y se entretrejarán con 5 de las tiras largas que estarán acomodadas de manera horizontal. 4) Se pegará el entretrejado a la base y la tira que sobra se pegara en la parte superior para hacer la orilla. 5) Por último se barnizará con el café diluido en agua.	*Hojas de periódico *Pegamento *Café soluble con resistol líquido.	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a la vida cotidiana.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellas ideas que estén agravando la sintomatología de las participantes y como refutarlas con lo experimentado en la sesión. En todo momento se debe fomentar un ambiente de respeto que propicie la confianza.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 6

**Objetivo general:** Intentar fomentar el autoconocimiento en las participantes.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Confecciona tu propia bolsa	Incrementar los niveles de confianza y apertura en un grupo y hacer consciente a las participantes del grupo de ellas mismas y de las demás.	Se les explica las reglas para hacer la bolsa. Estas son: a) En el exterior de la bolsa, exprese mediante un montaje, empleando los materiales, cómo considera que los demás lo ven. b) Dentro de la bolsa, exprese mediante un montaje, cómo se siente realmente. c) Haga esto sin la ayuda de otros. Se les dice a las participantes que se muevan de tal forma que estén aislados para poder hacer sus bolsas. Cuando todos han terminado, se les pide que se junten y que compartan sus bolsas entre sí, hasta donde se sientan cómodos.	*Bolsas de papel *Tijeras *Pegamento. *Revistas a color. *Pequeños objetos de jardín (si es posible). *Crayolas/ Plumones.	Visual Kinestésica Auditiva	Verbal Motora
Actividad artística: Mural de la propia figura humana	Que las participantes elaboren su propia silueta decorándola dependiendo de cómo ellas se perciben a sí mismas.	Se pega un pliego grande de papel Kraft a la largo de las paredes. Se les dará la indicación de que la mitad de las participantes le ayudara a la otra mitad a dibujar su silueta con los materiales asignados sobre el papel Kraft y viceversa. Después cada participante deberá rellenar su silueta con los materiales de la manera que quieran.	*Papel Kraft *Masquin *Pintura Digital de varios colores	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se éste reflejando la creencia que le este causando conflicto a cada una de las participantes y lo experimentado en la sesión que pueda cambiar esa creencia. Hay que fomentar un ambiente de respeto que propicie la confianza para que cada participante pueda hablar.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 7

**Objetivo general:** Que las participantes reconozcan sus propias características, virtudes y defectos en otras personas u objetos.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Si yo fuera...	Que cada participante exprese con qué se siente más identificado a la vez que se favorece el conocimiento y la afirmación de todas las participantes del grupo.	Se reparte una hoja de trabajo y un lápiz por participante. Se da la consigna de que tienen que completar las oraciones que vienen escritas en la hoja. El coordinador lee la primera oración y pone un ejemplo de cómo se debe de completar cada frase. Una vez que ya hayan terminado, se le invita a cada participante que vaya leyendo una de las oraciones, compartiendo lo que escribió, los motivos y las dificultades que pudieron tener para completar dicha frase.	*Sillas *Hojas blancas *Plumones de colores	Visual Auditiva	Verbal
Actividad artística: Títeres.	Que las participantes elaboren un Títere con las características que ellas elijan, posiblemente reflejando en éste características (tanto positivas como negativas) de su persona.	Se acomodara a las participantes en las mesas de trabajo y se les dará la indicación de que deben elaborar un títere con los materiales que se les ha proporcionado con las características que ellos quieran. El terapeuta estará acompañándolas en el proceso de creación, escuchando lo que se llegase a decir.	*Retacería de tela *Lápices *Tijeras *Silicón frío *Ojos movibles o de calcomanía de varios tamaños	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. En todo momento se debe propiciar un ambiente de respeto que aliente a las participantes a hablar. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se éste reflejando algún pensamiento que le esté causando malestar a cada participante y cómo lo experimentado en la sesión que puede ayudar a cambiarlo.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 8

**Objetivo general:** Fomentar la integración de las participantes al trabajo en equipo y a la resolución de conflictos en conjunto.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Recetario.	Provocar la participación, la socialización, y actitudes de interés por los participantes mediante una técnica de integración, en el menor tiempo posible.	Se da a cada participante un gafete (al azar) y se le coloca en un lugar visible. La técnica consiste en que de acuerdo al ingrediente que les correspondió se agrupen a otros para integrar una receta de postre, guiso, sopa o cualquier platillo, tomándose de la mano. Al concluir el tiempo que se les da para formar sus platillos, se les indicara que se sienten agrupados por recetas, y procedan a informar en que consiste su receta.	*Sillas *Gafetes con nombres de ingredientes.	Visual Auditiva	Verbal Motora
Actividad artística: Teatrín	Que las participantes personifiquen una situación específica (alguna problemática) con los títeres elaborados en la sesión anterior y que con esto adopten maneras diferentes de afrontar ciertas situaciones.	Se dividirá a las participantes en subgrupos y se les indica que deben elaborar un guion de una situación problemática y como la resolverían, para posteriormente pasar a representarlas con sus títeres.	*Títeres *Telón *Hojas blancas *Lápices *Equipo de sonido	Visual Kinestésica Auditiva	Verbal Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión y su opinión respecto a su trabajo y al trabajo de los demás. El terapeuta escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se estén reflejando las creencias irracionales de las participantes y lo experimentado en la sesión que pueda refutar esas creencias. Se debe propiciar un en todo momento un ambiente de respeto.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal



## SESIÓN 9

**Objetivo general:** Intentar potenciar las habilidades motrices, la atención, la escucha, y la creatividad de las participantes con la intención de aumentar su autoestima.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Los encadenados	Que los participantes trabajen su léxico, ortografía y/o conocimiento de la separación silábica; a la vez que desarrollan su escucha y atención, su tolerancia a la frustración, y su resolución rápida de cuestionamientos.	Se trata de encadenar palabras que empiecen por la última letra o sílaba de la última palabra pronunciada por el participante anterior del grupo. Para esto el coordinador del grupo da las reglas de la dinámica y pone un ejemplo, para posteriormente empezar él con la primera palabra y de ahí hacia su derecha.	*Sillas *Rotafolio con el ejemplo.	Auditiva	Verbal
Actividad artística: Modelado	Que las participantes elaboren una figura por medio del modelado de plastilina en el que pongan de manifiesto su creatividad y posiblemente la satisfacción de creación.	Se les dará la indicación de que con el material proporcionado, creen una figura en tercera dimensión, utilizando los modeladores para dar forma y detallar. El terapeuta dará los puntos básicos de la utilización de los materiales, escuchando lo que se llegase a decir y resolviendo las dudas.	*Plastilina de colores *Modeladores *Resistol diluido en agua	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se éste reflejando alguna idea desadaptativa para la participante y cómo lo experimentado en la sesión puede cambiar esa idea. En todo momento se debe fomentar un ambiente de respeto que propicie la confianza.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 10

**Objetivo general:** Propiciar el reconocimiento de las propias virtudes en cada participante, creando un intercambio afectivo con los otros miembros del grupo.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECIFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	AREAS SENSORIALES	AREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Mis Autógrafos favoritos.	Facilitar los procesos para conocerse en grupo, disminuir la posible ansiedad experimentada al principio de una sesión y reconocer las propias virtudes por medio de los otros.	Se distribuye una copia de la hoja de trabajo y un lápiz a cada participante y el coordinador los instruye para que sigan las instrucciones ahí señaladas. Se les indica que tienen 25 minutos para ir a pedir los autógrafos que marca la hoja de trabajo.	*Hoja de Autógrafos para cada participante. *Lápices.	Visual Auditiva	Verbal Motora
Actividad artística: Tarjetería Española	Que las participantes elaboren una tarjeta con el diseño que ellas elijan, la cual tendrán que regalársela a una de sus compañeras, esto para propiciar y medir que tanto intercambio afectivo se da entre las participantes.	La actividad del día será para que se obsequie a una de sus compañeras, deberán sacar un papel el cual tendrá el nombre de la compañera a la que le harán el regalo. Después se darán las indicaciones: 1) Doblar la hoja de albanene a la mitad. Por a parte de adentro hacer el dibujo que ellos quieran que se vea por fuera. 2) Con los punzones le darán textura a la tarjeta. 3) una vez terminado, se doblará la hoja de papel América por la mitad y se pegará en la hoja de albanene, y deberán escribir un pequeño mensaje.	*Papel albanene *Lápices *Colores de madera *Punzones *Almohadillas *Hojas de papel América	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante deberá mostrar su tarjeta, explicarla y entregársela a la otra participante a la que le toco hacérsela. El terapeuta escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se éste reflejando pensamiento irracional y lo experimentado en la sesión que pueda refutar dicho pensamiento. En todo momento se debe propiciar un ambiente de respeto que fomente la confianza para que cada participante pueda hablar.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 11

**Objetivo general:** Que las participantes descubran su creatividad y la capacidad que tienen de crear algo nuevo, con la intención de que aumente su confianza en si mismas.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Mejora del producto.	Desarrollar la creatividad de las participantes, fomentar el trabajo en equipo y la comunicación entre los miembros del equipo.	Se forman pequeños subgrupos de 3 o 4 personas. Se les explica a todos los subgrupos que se trata de escribir en una hoja de papel todo aquello que se les ocurra para mejorar un producto cualquiera (un pincel, un botón, un paraguas, un coche, un sombrero, etc.). Por último cada equipo pasara a explicar como mejoró su producto y los porqués	*Hojas blancas *Lápices	Visual Auditiva	Verbal
Actividad artística: Creatividad con material reciclado	Que las participantes, reciclando materiales, puedan crear algo nuevo, el cual además de tener la utilidad que ellas les otorguen, será lo que les recuerde que tienen la capacidad de poder crear algo nuevo y que son capaces de ser creativas de diferentes maneras.	Se les dará la indicación de que realicen algo que ellas quieran con los materiales que se les presenta. Se mostrarán algunos ejemplos, pero se hará especial énfasis en que tienen que ser algo que nazca de ellas. El terapeuta estará acompañándolas en el proceso de creación, escuchando lo que se llegase a decir y resolviendo las dudas únicamente respecto la actividad.	*Retacería de varios materiales: fomi, tela, cartoncillo, papel corrugado, etc. *Tijeras *Pegamento *Lápices *Diamantina *Pintura plástica	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión. El terapeuta solamente escuchara y hará hincapié en aquellos comentarios donde se éste reflejando el pensamiento automático que causa conflicto a cada participante y cómo lo experimentado en la sesión que puede cambiarlo. Se debe propiciar un ambiente de respeto en todo momento.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

## SESIÓN 12

**Objetivo general:** Que las participantes tomen conciencia de cómo se perciben ellas mismas en ese instante en comparación de cómo se percibían al inicio de las sesiones y que cambios hubieron.

ACTIVIDAD	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	ÁREAS SENSORIALES	ÁREAS EXPRESIVAS
Dinámica grupal: Los carteles.	Permitir a las participantes situarse como persona individual en un grupo, además de permitirle presentarse con otra persona. Mejorar la participación en el grupo, negociando su participación en uno cada vez mayor por medio de la toma de decisiones y el consenso.	Se da la indicación a las participantes de que cada persona debe elegir tres carteles. Después cada quien deberá ir con otra persona, le dirá que imágenes eligió y el porqué de su elección y viceversa. Posteriormente, conjuntamente se quedarán con tres carteles que entresacarán de los que han elegido por separado. Luego, cada pareja irá a encontrar otra pareja para comentar su elección y nuevamente en conjunto elegir solo tres carteles. La dinámica termina cuando el conjunto de grupo ha escogido tres únicos carteles.	*Variedad de carteles o imágenes de cuadros, animales, etc. *Masquin.	Visual Auditiva	Verbal
Actividad artística: Autorretrato	Que las participantes elaboren un autorretrato donde reflejen como se perciben ellas mismas como resultado final de las sesiones.	Se acomodara a las participantes en las mesas de trabajo y se les dará la indicación de que realicen un autorretrato con los materiales que se les ha proporcionado. El terapeuta dará los puntos básicos de la utilización de los materiales y estará acompañándolas en el proceso de creación, escuchando lo que se llegase a decir y resolviendo las dudas respecto a la actividad.	*Cartulinas blancas *Cajas de gis pastel *Esfuminos *Laca plástica	Visual Kinestésica	Motora
Cierre de la actividad	Hacer un resumen de lo acontecido en la sesión, comprender cual fue el objetivo de la actividad, que se aprendió de ello y cómo lo aprendido se puede adoptar a otras áreas de la vida de las participantes. Además de hacer una comparación de los cambios acontecidos desde el inicio de las sesiones hasta esta última sesión.	Cada participante comentará (si así lo desea) lo experimentado durante la sesión, como se sienten tras el paso de las 12 sesiones, que cambios percibieron, que aprendieron y como piensan implementarlo en sus vidas. El terapeuta solamente escuchara y dará retroalimentación a las participantes. En todo momento se debe fomentar un ambiente de respeto que propicie la confianza para que cada participante pueda hablar.	*Sillas *La actividad artística de cada participante.	Visual Auditiva	Verbal

**ANEXO \*E\***  
ESTRUCTURA COMPLETA DE LAS DINÁMICAS

**Dinámica: CONFECCIONE SU PROPIA BOLSA**

**Duración: 40 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar los niveles de confianza y apertura en un grupo.</li> <li>• Hacer consciente a las integrantes del grupo de ellas mismas y de las demás.</li> </ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una bolsa de papel.</li> <li>• Unas tijeras para cada participante.</li> <li>• Pegamento.</li> <li>• Varias revistas a color.</li> <li>• Pequeños objetos del jardín (como hojas de plantas) si es posible.</li> <li>• Crayolas / Plumones.</li> </ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El coordinador de la dinámica explica las reglas para hacer la bolsa. Estas son:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) En el exterior de la bolsa, exprese mediante un montaje, empleando estos materiales, cómo considera que los demás lo ven.</li> <li>b) Dentro de la bolsa, exprese mediante un montaje, empleando estos materiales, cómo se siente realmente.</li> <li>c) Haga esto sin la ayuda de otros.</li> </ol> </li> <li>• Se les dice a los participantes que se muevan de tal forma que estén aislados para poder hacer sus bolsas. Se les comenta que el tiempo límite es de 10 minutos para esta parte del ejercicio.</li> <li>• Cuando todos han terminado, se les pide que se junten y que compartan sus bolsas entre sí, hasta donde se sientan cómodos.</li> <li>• El coordinador reúne a los participantes en un grupo grande para llevar a cabo una discusión de cómo se sintieron, alguna experiencia notable que tuvieron y cómo se sienten ahora. Los ayuda a analizar lo que pasó y a generalizarlo.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales utilizados.</li> <li>• Creatividad en la confección.</li> <li>• Lo compartido sobre lo experimentado en la actividad.</li> </ul>

## Dinámica: LOS ENCADENADOS

Duración: 40 min.

<p><b>Objetivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de la escucha y la atención.</li> <li>• Tolerancia a la frustración.</li> <li>• Resolución rápida de cuestionamientos.</li> <li>• Que los participantes trabajen su léxico, ortografía y/o conocimiento de la separación silábica.</li> </ul>																														
<p><b>Material</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas acomodadas en círculo.</li> <li>• Rotafolio con el ejemplo.</li> </ul>																														
<p><b>Procedimiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trata de encadenar palabras que empiecen por la última letra o sílaba de la última palabra pronunciada por el participante anterior del grupo. Para esto el coordinador del grupo da las reglas de la dinámica y pone un ejemplo, para posteriormente empezar él con la primera palabra y de ahí hacia su derecha. Ejemplo:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="602 856 1422 911"> <thead> <tr> <th></th> <th>Participante 1</th> <th>Participante 2</th> <th>Participante 3</th> <th>Participante 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>LETRA</b></td> <td><i>Pera</i></td> <td><i>Abundante</i></td> <td><i>Escuela</i></td> <td><i>Atención...</i></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="467 1024 1422 1108"> <tbody> <tr> <td><b>SÍLABA</b></td> <td><i>Taza</i></td> <td><i>Zapatos</i></td> <td><i>Tostador</i></td> <td><i>Dormitorio...</i></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para aumentar el grado de dificultad, podemos establecer que las palabras que se digan pertenezcan a un determinado grupo ideológico o tengan una cierta relación entre sí. Ejemplo:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="467 1276 1422 1331"> <thead> <tr> <th>Alimentos</th> <th>Participante 1</th> <th>Participante 2</th> <th>Participante 3</th> <th>Participante 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>LETRA</b></td> <td><i>Manzana</i></td> <td><i>Aceitunas</i></td> <td><i>Salmón</i></td> <td><i>Nopal...</i></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="467 1444 1422 1528"> <tbody> <tr> <td><b>SÍLABA</b></td> <td><i>Queso</i></td> <td><i>Sopa</i></td> <td><i>Papas</i></td> <td><i>Pasas...</i></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede implementar el poner un tiempo límite para dar la respuesta, esto para que se lleve la dinámica con más fluidez.</li> </ul>		Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	<b>LETRA</b>	<i>Pera</i>	<i>Abundante</i>	<i>Escuela</i>	<i>Atención...</i>	<b>SÍLABA</b>	<i>Taza</i>	<i>Zapatos</i>	<i>Tostador</i>	<i>Dormitorio...</i>	Alimentos	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	<b>LETRA</b>	<i>Manzana</i>	<i>Aceitunas</i>	<i>Salmón</i>	<i>Nopal...</i>	<b>SÍLABA</b>	<i>Queso</i>	<i>Sopa</i>	<i>Papas</i>	<i>Pasas...</i>
	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4																											
<b>LETRA</b>	<i>Pera</i>	<i>Abundante</i>	<i>Escuela</i>	<i>Atención...</i>																											
<b>SÍLABA</b>	<i>Taza</i>	<i>Zapatos</i>	<i>Tostador</i>	<i>Dormitorio...</i>																											
Alimentos	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4																											
<b>LETRA</b>	<i>Manzana</i>	<i>Aceitunas</i>	<i>Salmón</i>	<i>Nopal...</i>																											
<b>SÍLABA</b>	<i>Queso</i>	<i>Sopa</i>	<i>Papas</i>	<i>Pasas...</i>																											
<p><b>Evaluación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidez de la respuesta y sentimientos experimentados.</li> <li>• Cumplimiento de los objetivos.</li> </ul>																														

**Dinámica: RECETARIO****Duración: 50 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Provocar la participación y socialización.</li><li>• Actitudes de interés por los participantes mediante una técnica de integración, en el menor tiempo posible.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gafetes con nombres de ingredientes comestibles.</li><li>• Sillas acomodadas en círculo</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se le da a cada participante su gafete (al azar) y se le coloca en un lugar visible.</li><li>• La técnica consiste en que de acuerdo al ingrediente que les correspondió se agrupen a otros para integrar una receta de postre, guiso, sopa o cualquier platillo, tomándose de la mano.</li><li>• Es importante que las recetas integradas sean lo más coherentes posible, aunque no es un requisito.</li><li>• Al concluir el tiempo que se les da para formar sus platillos, se les indicara que se sienten agrupados por recetas, y procedan a informar en que consiste su receta.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Interés de los participantes por integrar las recetas.</li><li>• ¿Cómo? Lo hicieron.</li><li>• Tipo de receta.</li><li>• Liderazgo.</li></ul>

**Dinámica: UNA COSA Y ALGO MÁS****Duración: 40 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Potenciar la memoria y la atención.</li><li>• Reforzar la observación detallada.</li><li>• Trabajar la tolerancia a la frustración.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cualquier objeto (fruta, libro, lápiz, etc.)</li><li>• Sillas.</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se forma un círculo con las sillas de los participantes.</li><li>• Elegir al azar a uno de los participantes con quien se va a iniciar.</li><li>• Se elige el objeto. Con voz alta se les entrega el objeto y se les dice (por ejemplo si el objeto fuera una manzana): “Esta es una manzana”, se le pasa al participante indicándole que él tiene que agregarle una característica más y mencionar la característica pasada, respetando el orden. Por ejemplo el participante al que se le dio el objeto puede decir: “Esta es una manzana roja”, el siguiente participante puede decir: “Esta es una manzana roja dulce”, y así cada participante le irá agregando características al objeto dado.</li><li>• Al que altere el orden pasará al final del círculo para que le corresponda decir todo.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El interés.</li><li>• La atención</li><li>• Afrontación de la frustración</li></ul>



**Dinámica: MEJORA DEL PRODUCTO****Duración: 40min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollo de la creatividad.</li><li>• Trabajo en equipo.</li><li>• Comunicación entre los miembros del equipo.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hojas blancas</li><li>• Lápices</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primero se forman pequeños subgrupos de 5 o 6 personas.</li><li>• Se les explica a todos los subgrupos que se trata de escribir en una hoja de papel todo aquello que se nos ocurra para mejorar un producto cualquiera (un pincel, un botón, un paraguas, un coche, un sombrero, etc.).</li><li>• Ejemplo: ¿Cómo mejorar... los zapatos?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fabricar unos zapatos para niños pequeños que crecieran conforme fueran creciendo los pies.</li><li>○ Que se adaptaran a la temperatura del ambiente.</li><li>○ Que se pudieran quitar y poner apretando un dispositivo a distancia. Etc.</li></ul></li><li>• Si el coordinador de la dinámica lo desea se les puede indicar que deben dar un mínimo de respuestas o características del producto.</li><li>• Por último cada equipo pasara a explicar como mejoró su producto y los porqués.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cumplimiento de los objetivos.</li><li>• Liderazgo.</li><li>• Numero de aportaciones al producto.</li></ul>

**Dinámica: MIS AUTÓGRAFOS FAVORITOS****Duración: 50 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitar los procesos para conocerse en grupos grandes.</li><li>• Disminuir la ansiedad experimentada al principio de una sesión.</li><li>• Reconocimiento de virtudes por medio de los otros.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoja de Autógrafos para cada participante.</li><li>• Lápices.</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se distribuye una copia de la hoja de trabajo y un lápiz a cada participante y el coordinador los instruye para que sigan las instrucciones ahí señaladas.</li><li>• Se les dice que tienen 25 minutos para ir a pedir los autógrafos que marca la hoja de trabajo.</li><li>• Cuando casi todos los participantes han cumplido la tarea, el coordinador les dice que el tiempo se acabó y termina la actividad.</li><li>• Se sientan todos en círculo y se comenta lo experimentado durante la actividad.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iniciativa.</li><li>• Cooperación.</li><li>• Accesibilidad.</li><li>• Cumplimiento de los objetivos</li></ul>

## ¡MIS AUTÓGRAFOS FAVORITOS!

NOMBRE: \_\_\_\_\_

A continuación tienes una serie de afirmaciones, tendrás que solicitar un autógrafo a la persona que cumpla con ellas.

1. Está junto a ti .....
2. Tenga lentes .....
3. Más simpático .....
4. Cabello más largo .....
5. Tenga barba .....
6. Es optimista .....
7. Está usando su ropa favorita .....
8. Sea más risueño .....
9. Puede ser tu amigo .....
10. Es el más alto(a) de estatura .....
11. Su nombre empiece con M o A .....
12. Práctica un deporte .....
13. Parece confiable .....
14. Tenga ojos bonitos .....
15. Sea divertido .....
16. Conozca de la vida .....
17. Puede cumplir sus metas .....
18. Es creativo .....

**Dinámica: MI ISLA****Duración: 50 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preparación del ambiente para una actividad de tipo proyectivo.</li><li>• Desarrollo de la creatividad.</li><li>• Aceptación de elogios y críticas en un ambiente seguro.</li><li>• Toma de decisiones.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¼ de media cartulina por participante</li><li>• Colores de madera / crayolas.</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se pide a todas las participantes que se imaginen que el papel es el océano sobre el cual pueden pintar una isla, con todos sus detalles: vegetación. Fauna, viviendas, etc.</li><li>• Una vez hecho esto, los miembros eligen una isla y muestran un medio de llegar hasta ahí.</li><li>• Se invita a los miembros a que digan cuál es la isla que eligen visitar y porqué.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rasgos personales reflejados en los dibujos de los participantes.</li><li>• Participación en los comentarios.</li><li>• Sentimientos experimentados y formas de afrontamiento.</li><li>• A menudo los internos descubren que en esta clase de situaciones pueden dar y recibir elogios y críticas, que serían demasiado amenazadores si se formularan directamente.</li></ul>

**Dinámica: INICIALES DE CUALIDADES****Duración: 30 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Retener los nombres de otros.</li><li>• Favorecer un clima positivo.</li><li>• Reconocer las propias cualidades y la de los otros.</li></ul>																																																																																				
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hojas blancas (1/2 carta).</li><li>• Plumones.</li><li>• Cartulina con el ejemplo de la actividad.</li></ul>																																																																																				
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El coordinador de la dinámica da la indicación a las participantes de que deben escribir su nombre y uno de sus apellidos. Debajo de ellos se escribirán dos calificativos positivos que los definan y que tengan las mismas iniciales. Ejemplo: <table border="1" data-bbox="712 785 1269 1064"><tr><td>P</td><td>E</td><td>D</td><td>R</td><td>O</td><td>Á</td><td>L</td><td>V</td><td>A</td><td>R</td><td>E</td><td>Z</td></tr><tr><td>L</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>C</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>L</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>O</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></li><li>• Cuando todos hayan terminado, se les pide que caminen por todo el espacio de terapia, a la vez que van leyendo los nombres y las cualidades escritos en los gafetes.</li><li>• Al final todos se sentaran en las sillas acomodadas en círculo para cada uno se presente y comparta lo experimentado en la actividad.</li></ul>	P	E	D	R	O	Á	L	V	A	R	E	Z	L					M							A					A							C					B							I					L							D					E							O											
P	E	D	R	O	Á	L	V	A	R	E	Z																																																																										
L					M																																																																																
A					A																																																																																
C					B																																																																																
I					L																																																																																
D					E																																																																																
O																																																																																					
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que tanto trabajo les costó encontrar los calificativos positivos que los describieran.</li><li>• El sentir de los participantes durante la actividad.</li><li>• Atención y memorización de los nombres de los otros.</li></ul>																																																																																				

**Dinámica: LOS CARTELES****Duración: 50min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permitir situarse como persona individual en un grupo.</li><li>• Permitir a cada participante presentarse con otra persona.</li><li>• Participar en el grupo, negociando su participación en uno cada vez mayor.</li><li>• Toma de decisiones.</li><li>• Introducir al consenso.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Variedad de carteles o imágenes de cuadros, animales, etc.</li><li>• Masquin.</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se pegan los carteles a lo largo del espacio destinado a la actividad.</li><li>• Se les da la indicación a las participantes de que cada persona debe elegir tres carteles.</li><li>• Después cada quien deberá ir con otra persona, le dirá que imágenes eligió y el porqué de su elección y viceversa. Posteriormente, conjuntamente se quedarán con tres carteles que entresacarán de los que han elegido por separado.</li><li>• Luego, cada pareja irá a encontrar otra pareja para comentar su elección y nuevamente en conjunto elegir solo tres carteles.</li><li>• La dinámica termina cuando el conjunto de grupo ha escogido tres únicos carteles.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificultades para la toma de decisiones.</li><li>• Liderazgo.</li><li>• Motivos para la elección de carteles.</li><li>• Cómo se llevó a cabo el consenso.</li></ul>

**Dinámica: SI YO FUERA...****Duración: 50 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que cada participante exprese con qué se siente más identificado</li><li>• Favorecer el conocimiento y la afirmación de todas las participantes del grupo</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoja de trabajo</li><li>• Lápices</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se reparte una hoja de trabajo y un lápiz por participante.</li><li>• El coordinador de la dinámica da la consigna de que tienen 20 minutos para completar las oraciones que vienen escritas en la hoja que se les ha entregado. El coordinador lee la primera oración y pone un ejemplo de cómo se debe de completar cada frase. Especificando que deben contestarse con lo que ellos consideren y sin ayuda de los demás.</li><li>• Una vez que ya todos hayan terminado, se le invita a cada participante vaya leyendo una de las oraciones, compartiendo lo que escribió, los motivos y las dificultades que pudieron tener para completar dicha frase.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificultades encontradas para identificarse con algo en concreto.</li><li>• El sentir durante la actividad.</li><li>• El contenido de cada frase.</li><li>• Participación</li></ul>

## SI YO FUERA...

Nombre: \_\_\_\_\_

Complete cada una de las oraciones que se le presentan debajo de manera individual.

- ❖ Si yo fuera un árbol sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera una parte de la naturaleza (río, montaña, bosque, viento, etc.) sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera una máquina sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si fuera un estado climático (lluvioso, nublado, soleado, ventoso, etc.) sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si fuera un animal sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera un auto sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera perfume sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera fruta sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera color sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera material sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_
- ❖ Si yo fuera una estación del año sería \_\_\_\_\_
  - Porque \_\_\_\_\_



**Dinámica: ROMPECABEZAS COLECTIVO****Duración: 50 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lograr una colaboración en una tarea en común.</li><li>• Entrenamiento en toma de decisiones.</li><li>• Tolerancia.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Varios "Tangrams" (rompecabezas de 7 piezas formando un cuadrado).</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dividir a los participantes en grupos de 5 personas.</li><li>• A cada grupo se le entrega un Tangram.</li><li>• Se les da la indicación que cada grupo debe formar el esquema (que a continuación se les dará) con las piezas que cada uno tiene. Deben intentar construir la figura, pero cada persona puede tocar únicamente su pieza.</li><li>• Se les darán 10 min para que puedan ponerse de acuerdo en la manera en que armaran el esquema.</li><li>• Irán pasando cada grupo uno por uno a presentarles a los demás la forma en que armaran el esquema que les tocó construir.</li><li>• Al final se reúnen todos a compartir su experiencia durante la actividad.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Funcionamiento del grupo.</li><li>• Forma de organización.</li><li>• Dificultades.</li><li>• Participación.</li><li>• Liderazgo.</li></ul>

**Dinámica: SÍLABAS MUSICALES****Duración: 40 min.**

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motivar la creación de un espacio cooperativo.</li><li>• Mejoramiento de la atención.</li></ul>
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sillas acomodadas en forma circular.</li></ul>
<b>Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se sientan todas en círculo y a un voluntario se le pide que salga de la habitación.</li><li>• El resto del grupo elige una palabra con tres o más sílabas (por ejemplo: pe-lo-ta). Se hacen tres grupos, cada uno elige una sílaba y todos juntos deciden qué melodía le van a poner (por ejemplo: la de “tengo una muñeca vestida de azul”).</li><li>• Entonces el voluntario que había salido vuelve a la habitación intenta diferenciar las sílabas e identificar la palabra mientras todos cantan al unísono.</li><li>• Se repite el mismo proceso con dos o tres voluntarios más, para finalmente comentar lo sucedido durante la sesión.</li></ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participación de todo el grupo.</li><li>• Ingenio.</li><li>• Propuestas.</li><li>• Todo lo sucedido durante la sesión.</li></ul>