



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Dispositivos narrativos, arte creación y performance como medios terapéuticos: una aplicación a la depresión y a la resignificación de la identidad en adultos mayores.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

ANTONIO DE JESÚS LINARES HERNÁNDEZ

Director: Dr. **Angel Corchado Vargas**

Dictaminadores: Lic. **José Moctezuma Salinas Torres**

Lic. **Aldo Azael Rojas Salazar**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

“El que no reconoce no agradece, y el que no agradece no merece”

A mi familia.

Todos ellos sin duda son pilares en mi vida que están en los momentos más difíciles, su orientación, apoyo y unión me han enseñado el valor del amor y la importancia de la familia en el desarrollo y madurez de cada persona. Tres grandes valores tengo por ellos: misericordia, fraternidad, unidad.

A mi director Ángel

Por alentarme a hacer un trabajo integro, de calidad. Por exigirme un esfuerzo y por su dedicación a lo que hace. Admiro la pasión con la que hace su trabajo y el amor que le tiene a la Psicología, pues cada vez que habla de ella algo se ilumina en sus ojos. Gracias por su tiempo, por sus consejos y por brindarme su amistad sincera.

A Enrique

Por estar en un momento donde la tormenta parecía más fuerte que nunca y todo lucía en mi contra, brindándome su confianza, apoyo; contagiándome de esas ganas de crecer, de ser mejor cada día, siendo un gran ejemplo a seguir. El es la prueba que el éxito se logra mediante trabajo arduo y amando lo que se hace siempre, manteniendo humildad, amor y respeto por la profesión.

DEDICATORIA

A mi madre:

Dedico este trabajo a ella; Por creer en mí y siempre darme todo lo que está en sus manos para poder apoyarme. Su sueño se convirtió en mi sueño y lo logramos juntos. Gracias por forjarme con su educación y exigencia para hacerme un hombre de bien. Ahora estoy a un paso más cerca del destino que deseó para mí. Su arduo trabajo rinde frutos: hoy me encuentro a un paso de ser licenciado, pronto tendrá la fortuna de ver a otro de sus hijos ser ingeniero y una hija que se convierte en una diseñadora de modas. El resultado del éxito de tres grandes personas se debe solo al ser encaminadas por una gran mujer.

Índice

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. ADULTOS MAYORES: UN GRUPO OLVIDADO.....	4
1.1. La construcción social de la vejez.....	5
1.2. La identidad del adulto mayor.....	6
1.3. Los adultos mayores en cifras.....	8
1.4. Factores de riesgo y vulnerabilidad de los adultos mayores.....	10
1.5. Principales trastornos psicológicos ligados a la vejez.....	11
2. EL FACTOR PSICOLÓGICO EN LA VEJEZ.....	16
2.1. La psicología en el campo de investigación gerontológica.....	16
2.2. El dispositivo grupal como elemento de estudio de la vejez.....	19
3. ASPECTOS CONSIDERADOS PARA EL TRABAJO GRUPAL CON LA VEJEZ.....	23
3.1. La terapia narrativa y el relato.....	24
3.1.2. La externalización del malestar.....	25
3.1.3. Demarcación de sucesos extraordinarios.....	27
3.1.4. El fin de la terapia narrativa.....	28
3.2. La creatividad y procesos creativos.....	30
3.2.1. La poesía y procesos psicológicos.....	32
3.3. La reminiscencia acto autobiográfico.....	34
3.4. El performance.....	35
3.4.1. Arte acción y el cuerpo.....	38
3.4.2. Transformación y relación artista público.....	39

3.4.3. El performance y su relación con la Psicología.....	41
METODOLOGÍA.....	46
Procedimiento.....	48
Desarrollo del taller.....	59
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	71
Análisis del taller.....	71
Esquema del cono invertido	73
CONCLUSIONES.....	79
Bibliografía.....	80

RESUMEN

Enmarcado desde el modelo narrativo de Michael White, el cual se interesa en la forma en que las personas crean narraciones o historias sobre sus vidas. Se pensó en crear un espacio donde el adulto mayor pudiera ser, hacer y reinventarse, que generara las condiciones para escuchar y ser escuchado; un taller formado desde una demanda social para producir a partir un objetivo común el análisis de su propia historia implicando necesariamente su transformación. Dirigido a adultos mayores que están pasando por episodios depresivos, pensando en los alcances que podría lograr el arte y la narrativa en la vida social de los adultos mayores. El objetivo de este estudio fue aplicar un taller a los derechohabientes de la clínica familiar Balbuena con el fin de brindar una intervención a la depresión de los adultos mayores de la clínica. Mediante el modelo narrativo de Michael White y la presentación de un performance como propuestas para el trabajo terapéutico contra la depresión. El taller tuvo una extensión de seis sesiones, una sesión a la semana de dos horas cada una. Respondiendo a la convocatoria de la clínica quince adultos mayores entre 58 y 72 años de edad. Concluyendo que el arte acción transforma el cuerpo y reconstruye realidades, considerando las capacidades del performance para ensayar posibilidades de conducta social e individual que posibiliten alternativas virtuales y reales de conducta y la narración como medio de organización de la experiencia depresiva para dar un sentido por medio del relato para la construcción de nuevos relatos constitutivos. Se puede concluir entonces que responden como medios auxiliares terapéuticos a la reconstrucción de personalidad y alternativas de reelaboración de historias alternativas positivas para la depresión de los pacientes geriátricos de la clínica médico Familiar Balbuena.

Palabras clave: Depresión, adultos mayores, performance, terapia narrativa, envejecimiento, grupo operativo.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los últimos datos obtenidos por la organización mundial de salud y con base a las estadísticas respecto a los adultos mayores, se evidencia de manera particular el imperante malestar de las personas grandes respecto a su salud mental. Pues este trastorno afecta a más de 322 millones de habitantes a nivel mundial, traducándose en el 4.4% de los habitantes en el planeta, una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Se debe considerar que de esos datos el 20% es un sector adulto mayor. Un problema que la Organización Mundial de la Salud respecto a la salud mental expone que prevalece y se incrementa año con año (OMS, 2017). Mostrando un creciente malestar que no se detiene y que es causa de cientos de enfermedades que adolecen entre el sector geriátrico.

Los adultos durante el envejecimiento comienzan a experimentar cambios físicos, emocionales, fisiológicos, en la familia, etc. Que en conjunto pueden terminar volviéndose factores facilitadores para la adquisición de la depresión. Al ser muchas veces situaciones de las cuales escapan de sus manos o son inevitables (como la muerte de la pareja, el abandono del hogar de los hijos, la jubilación, las limitaciones físicas) al no tener la preparación anticipatoria adecuada o las habilidades necesarias para afrontarlas, culminan incapacitando a los adultos mayores de sus actividades, cambiando sus roles familiares, sociales, personales, para resignarse a una nueva etapa de la vida, la cual muchas veces le temen. De esta manera la gente grande se encuentra en un panorama de incertidumbre y con ello cambiando la propia identidad de la persona que atraviesa por esta etapa. Así, la depresión incapacita a muchas personas que están pasando por el proceso del envejecimiento, inhibiendo su fuerza de voluntad, alternado su estado de ánimo.

Bajo la necesidad de ser escuchados, de sentirse parte de algo, sin entender del todo qué es lo que está pasando, asumen que esa es la forma en que un adulto grande vive. Acarreando un malestar latente que se vuelve un síntoma que adolece día con día a los adultos mayores. Las ciencias dedicadas a la salud, suman esfuerzos para atender a la población adulta añadiendo entre las clínicas

de salud psicólogos y comienzan a priorizar el bienestar emocional de las personas para construir un bienestar integral. Sumando también la importancia de los psicólogos dentro del ámbito de la salud, para una atención correcta preventiva de otros trastornos mentales, así como promocionando la salud mental.

El envejecimiento está ligado a la depresión en medida que el avance de la edad transforma el cuerpo, la identidad, los hábitos e incluso el entorno social en el que vive la persona. Ante las constantes alteraciones en la vida de los adultos, los pensamientos catastróficos y negativos respecto a su persona y al porvenir son algunos de los factores psicológicos más importantes para el desarrollo del trastorno y su mantenimiento. El oportuno trabajo preventivo de los psicólogos para anticipar un envejecimiento patológico y gestionar un envejecimiento activo y saludable; la intervención adecuada para superar episodios depresivos, de duelo, ansiedades y conocer sus necesidades sociales; diagnosticar a la población para brindarle un tratamiento adecuado. La terapia individual, grupal, el empleo de talleres, así como el acompañamiento psicológico para evitar recaídas en la gente grande, son ejemplos del quehacer de los profesionales de la salud mental al responder a la demanda de los trastornos psicológicos de los adultos mayores. Su presencia en las clínicas de medicina familiar reflejan la creciente evolución y prevalencia de los malestares mentales no sólo en la población adulta, por el contrario los trastornos en niños y adolescentes se suman al trabajo imperante de psicólogos, psiquiatras, gerontólogos, para trabajar en conjunto con el fin de atender de manera integral los trastornos mentales.

1. ADULTOS MAYORES: UN GRUPO OLVIDADO

La Psicología del Desarrollo, ha dividido en cuatro grandes rubros el ciclo de vida de las personas, dotando a cada una de características particulares. De esta forma la niñez, como primera etapa se asocia al cuidado, ternura, protección, etcétera. La adolescencia, considerada una etapa de grandes cambios, rebeldía, constitución de personalidad, exploración y búsqueda de la identidad, entre otras. La etapa adulta es asociada al trabajo, a la formación de una familia, construcción de proyectos, productividad y demás circunstancias.

La última y cuarta etapa de vida, la vejez, es considerada la etapa de pérdidas, ya sea de la pareja, de salud, separación de los hijos. Es una etapa que ha sido ligada con la muerte por ser la última etapa del ciclo de vida, enfocándose en esta asociación de vejez-muerte. Al ser un grupo que se ha despedido de un trabajo, de actividades rutinarias laborales, etcétera, se convierte en un sector de la población marginado, incluso dentro del mismo núcleo familiar, lo que complica de forma rotunda que la concepción de la vejez pueda tener alentadoras percepciones, dejando así a un grupo con ideas negativas sobre sí mismos, sobre lo que son y sobre todo de lo que pueden llegar a ser (Zapata, 2001).

Se consideran adultos mayores a aquellas personas que sobrepasan la edad de los sesenta años. Esta normativa es usada en instituciones gubernamentales (INAPAM, INEGI, ONU). En México la institución rectora de los derechos a favor de los adultos mayores es el INAPAM, su labor consiste en procurar, gestar y promocionar el bienestar y desarrollo humano de la gente grande (Inmujeres,2015).

A pesar de los esfuerzos no existe una ley, normativa o concientización que haya sido lo suficientemente rotunda para lograr cambios a nivel nacional respecto a la vida y percepciones respecto a la vejez (Moragas, 1991).

1.1. La construcción social de la vejez

Actualmente, existe gran interés por el fenómeno del envejecimiento de la población. Durante las últimas décadas, se han producido grandes cambios demográficos debido a una conjunción de factores, entre los que destacan: el avance de la Medicina, la mejora de las condiciones de vida y un mayor nivel educativo de la población. En la actualidad, el envejecimiento se considera una parte del ciclo vital, de ahí radica la importancia de entender la construcción del sujeto y la vejez para operar en el grupo con un mayor entendimiento de las necesidades, inquietudes y demandas del adulto mayor. La Psicología pretende atender los problemas biopsicosociales más frecuentes durante la vejez, así como la posibilidad de tratamientos de estos mismos padecimientos.

Simone De Beauvoir (2012) define a la vejez como una imagen que varía de acuerdo con los lugares y el tiempo y es, en todo caso, incierta, confusa, contradictoria. A más de treinta años de sus escritos sobre la vejez persiste una incertidumbre sobre la formación y construcción contemporánea del adulto mayor, argumentando y comparando cómo en distintas culturas contemporáneas pueden considerar al ser humano grande como un objeto de desecho sin valor e ignorado, mientras en otros lugares ser vanagloriado y ser considerado como honor y riqueza, venerado por la transmisión de conocimiento a la población joven. Considerando así una transformación constante sobre lo que define el ser adulto mayor, constituyéndose directamente al ritmo del tiempo y de las cultura.

Parales (2002) hace un seguimiento sobre las concepciones del adulto mayor a través del tiempo, resaltando el papel tan importante han tenido en la sociedad como personas honorables, de respeto y con poder político. En la Antigua Grecia, cuna del pensamiento occidental, fue concebida como la edad triste, la antesala de la muerte temida por la sociedad, pareciendo así que conforme pasan las generaciones el anciano va perdiendo honorabilidad, dignidad, voz y voto. Además, en las antiguas sociedades nómadas a los integrantes de las tribus que ya no podían seguir realizando las actividades que le daban pertenencia dentro de la tribu (cazar, recolectar, pescar, etcétera); por su misma incompetencia eran

dejados atrás durante las extensas caminatas y cambios de localidad. La antigua concepción de la vejez está basada en la utilidad y productividad que dá valor a una persona como integrante de un grupo social, percepción nada alejada a la contemplación de la posmodernidad que define a la persona por lo que puede hacer y por lo que tiene para crear plusvalía, paralelizando la edad antigua con el capitalismo donde no hay espacio para el ser adulto mayor por la falta de producción, por ende en un caso es olvidado, por el otro minusválido, en ambos casos se encuentra el adulto mayor arrinconado, desplazado por aquellos que aún son jóvenes y pueden hacer lo que él algún día hacía. Pensando desde este enfoque de acción y rendimiento, tiene lógica el pensar que el adulto mayor no está apto para realizar las mismas actividades que hacía con el mismo vigor y fuerza. Por eso es importante considerar más allá de lo que hace el ser humano, hay que centrarse en la pregunta qué puede hacer y aún más importante: qué deseos tiene y qué cosas le gustaría hacer en esta última etapa de la vida.

La apariencia física juega un rol fundamental en la construcción social de las categorías de edad (Kehl, 2001). Muchas de las expresiones que se emplean para describir a los adultos mayores son estereotipos negativos instaurados culturalmente que resultan perjudiciales, dichas expresiones se convierten en estigmas sociales que repercuten en la concepción de la vida, la juventud y la vejez. Simbólicamente la imagen de un disfraz que es involuntariamente asumido en la medida en que envejecemos nos lleva al corazón de la construcción social del envejecimiento, que implica un equilibrio tenso de poder entre el individuo y la sociedad, siendo este nuevo significado en un cuerpo no identificado que no puede expresar íntegramente su nueva identidad.

1.2. La identidad del adulto mayor

Durante el proceso de envejecimiento más allá de los cambios evidentes físicos, ciertos procesos psicológicos suceden cuando las arrugas invaden el cuerpo. Las limitaciones y transformaciones en la vida cotidiana respecto a lo que eran y lo que están siendo en la actualidad, adquiriendo así el término vejez una connotación de

indeseado, algo por lo que se debe evitar y postergar cuanto se pueda, entendido como sinónimo de muerte, invalidez y limitación.

El proceso de identidad está asociado a la asunción de tareas adultas y al mundo del trabajo. Moragas (1991) explica que la consolidación de la identidad organiza la interpretación de la experiencia, asignando un valor subjetivo que puede ser modificado. Respecto a esta interpretación es donde se concentra desafortunadamente el cambio de identidad en el adulto mayor particularmente y se ve afectada, ya que la persona pierde todo referente de identificación que generalmente entrega el rol como parte del mundo laboral y respecto a las tareas como adulto.

De acuerdo con Zapata (2001), se les concede a los adultos mayores el derecho de no hacer nada, entendiendo que desde este punto de vista la sociedad ha cometido un error en cuanto al definir un conjunto de actividades significativas específicas de los adultos mayores que ayudan a generar un reconocimiento social. Asimismo, Maina (2014) afirma que sin roles sociales relevantes no puede haber ni conciencia de ser ni identidad social, es decir se sabe quién se es y no se puede sentir adhesión a la comunidad porque no hay sentido de pertenencia a ella.

La crisis de identidad en los adultos mayores, para Guerrero (2016), trastoca su historia de vida y desarrolla sentimientos de soledad, tristeza y melancolía, además de crear un *sinsentido* en su vida. La sociedad y el sistema han adoptado un discurso donde el anciano es desechable y en el que el envejecimiento es una etapa compleja; es decir: para una persona que cumple sesenta años, periodo que se ha designado como la tercera edad, no hay empleos; no tienen el rol que antes desempeñaban en la familia como proveedor económico del hogar por ejemplo o el que trabaja y cuida de la casa. El cuerpo se transforma, la fuerza se va minimizando y el lugar que ocupaba en la sociedad a través del estatus o profesión ya no lo tiene. Los factores que determinan la construcción de la identidad en el adulto mayor son para Guerrero (2016) la memoria que permite dar cuenta de la experiencia y el recuerdo, el orgullo, la dignidad, la valorización que

pone en lo que ha realizado y una autoevaluación constante, pues los seres humanos son perfectibles.

Parte del problema para Zapata (2001) se encuentra en la separación de los adultos mayores con la sociedad, responsable de la asociación con la pasividad respecto a esta edad. En consecuencia hay como resultado un gran segmento de la sociedad adulta aislada, con miedo, en la incertidumbre por no comprender del todo lo que le está pasando, en depresión, fragmentada y resignada a la pasividad y a la inactividad, con roles secundarios como persona que necesita cuidado y apoyo, dejando pasar el tiempo hasta la muerte. Sumado a esto, los mismos adultos mayores creen que la sociedad en general los relaciona bajo connotaciones negativas (roles de pasividad, vulnerabilidad, carga familiar, improductividad, etcétera) pensamientos que se instalan en el colectivo de los grupos mayores debido a que la misma modernidad los excluye por la naturaleza misma de la era capitalista y productiva, donde no hay espacio para el improductivo, adoptando las ideas pesimistas que describen la vejez, adjudicadas por la misma sociedad (Maina, 2014).

Ante tales problemáticas de identidad, Medes (2007) invita a la participación de una interacción donde ambas partes (sociedad-adultos mayores) tengan fe en la capacidad del otro para ser reconocidos; de esta manera la valoración positiva influirá en la identidad como factor de la integración. Estas acciones de apoyo deben estar a favor de enaltecer las funciones del adulto mayor, así como la percepción de la vejez ha cambiado a lo largo de los años a raíz de una ideología y percepción direccionada por el lenguaje, instalar en el discurso la potencialidad de la vejez sería el camino para crear una percepción más ideal respecto a la última etapa de la vida.

1.3. Los adultos mayores en cifras

De acuerdo a las estadísticas proyectadas, estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residen en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres, cabe señalar que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años) y la fecundidad

es cada vez menor (2.21 hijos por mujer).El aumento de la sobrevivencia ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De las 656 mil muertes registradas en 2015, de acuerdo con las Estadísticas de mortalidad 2015 (INEGI, 2015), 64.7% corresponde a personas de 60 y más años. Cabe señalar que las enfermedades del sistema circulatorio (32.5%); las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (20.1%); los tumores (13.1%); las enfermedades del sistema respiratorio (10.7%), y las enfermedades del sistema digestivo (9.1%) son las principales causas de muerte entre la población de 60 y más años.

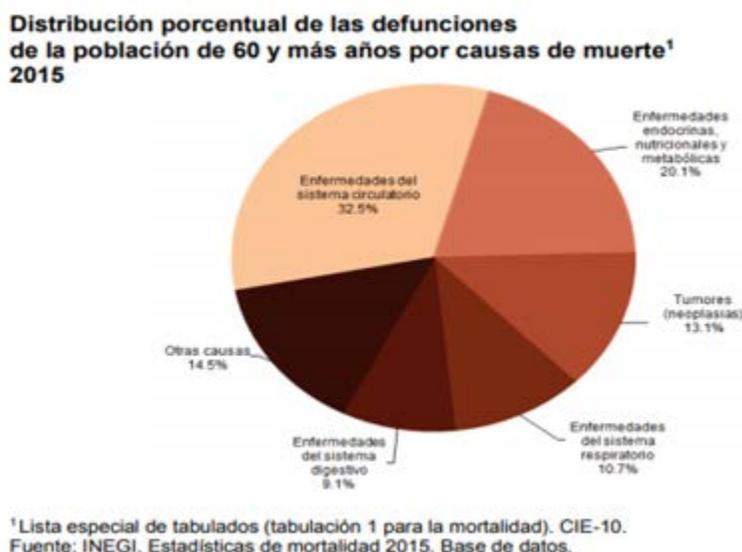


Figura 1. INEGI. (2015). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf

Resulta más comprensible entender los fenómenos de los problemas psicológicos de los adultos mayores si se entiende este proceso tanto de identidad como de enfermedad, al ver que predominantemente los índices de mortalidad se deben a enfermedades circulatorias y endocrinas, enfermedades incapacitantes, que se traduce en las dificultades para hacer las actividades rutinarias que anteriormente se hacían sin problemas y en la incompetencia para asumir una vida autónoma, tomando en cuenta también que las principales causas de muerte en la población grande en México son: diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas (INMujeres, 2015).

De igual forma las principales enfermedades en México para los pacientes geriátricos son las siguientes: infecciones respiratorias, urinarias, intestinales, hipertensión arterial, diabetes, gingivitis, conjuntivitis, otitis y bronconeumonías. Asimismo el INAPAM brinda un perfil general sobre los adultos mayores en el que presentan datos sobre la condición actual de esta población, menciona que un 87 por ciento de este sector padece de alguna discapacidad motriz, un 10 por ciento padece de una discapacidad visual y un 3 por ciento de una mental. El 25 por ciento de ellos ya es viudo o viuda y el 50 por ciento realiza caminatas a forma de actividad deportiva (INAPAM, 2015).

1.4. Factores de riesgo y vulnerabilidad de los adultos mayores

Un factor de riesgo es aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad aumentada de fallecer o padecer una determinada enfermedad o condición, así como la posibilidad de padecer abuso o maltrato en edad avanzada como son la dependencia, la edad, el género el patrón de conducta previa y la economía (López, 2003). En ese sentido los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado. Las principales morbilidades que enfrentan las personas mayores son las crónicas no transmisibles como efecto de los hábitos y costumbres que se conservan desde la niñez. En el estudio de Guerrero (2015) donde participaron 48.830 personas de edad de sesenta años en adelante, con el fin de tener una muestra sobre los principales factores de riesgo en la población adulta mayor, aportan los resultados una aproximación de qué enfermedades son las que dominan en este grupo de población, tales como EPOC, Dislipidemia, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, resaltando también aspectos personales como vivir sin pareja, escasez de actividades recreativas, y la dependencia en la vida cotidiana lo que convierte a los adultos mayores en un grupo con un alto grado de vulnerabilidad.

1.5. Principales trastornos psicológicos ligados a la vejez

La psicología entiende que el adulto mayor está en una etapa de desarrollo que atraviesa por un proceso de reflexión, donde comienza a contemplar su vida como un conjunto que lo lleva a evaluar la manera como ha vivido su vida, así como algunos de los hechos que impactan la existencia del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ella la inclusión social, la falta de actividades físico-recreativas y la disminución de la interacción social. Estadísticamente la organización mundial de salud (2017) genera los datos con los trastornos mentales en la población adulta mayor, representados en la siguiente tabla:

Trastornos mentales	Población de adultos mayor
Depresión	17.6%
Deterioro cognitivo	7.3 %
Ansiedad	3.8%

Figura 2. OMS. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Datos estadísticos de los trastornos mentales dominantes en la población adultos mayores. Recuperado de:

<http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html>

La OMS dice que más del 20% de la población de adultos mayores actualmente padece un trastorno mental, de ahí que los malestares psicológicos cobran gran relevancia al momento de abordar la salud integral del adulto mayor, pues reitera que hay que dar mayor interés a la salud mental del adulto mayor ya que esta importancia reside en que representan una contribución sumamente importante a la carga de enfermedades y padecimientos es decir la forma en que se sienten,

viven y significan la vejez repercute en cómo llevan los procesos de pérdida de salud, de autonomía, pareja, soledad y enfermedades crónico degenerativas.

La intervención psicológica en el adulto mayor tendría que estar centrada en la demanda manifiesta que encara el proceso de la vejez y todos los cambios biológicos, psicológicos y sociales que conllevan la constitución de los sujetos mayores, orientando esta nueva etapa de su vida a la comprensión de los rubros de la salud. Rodríguez (2016) divide en tres rubros la atención y problemas dominantes en los adultos mayores: atención a los trastornos neurocognitivos mayores, trastornos afectivos, trastornos del sueño.

El componente afectivo o emocional que facilita la presencia de la depresión está en la vida cotidiana del adulto mayor debido muchas veces a la escasez o nula atención recibida así como el deficiente apoyo del grupo familiar, acompañada de un mínimo de interacciones sociales evoca significados y pensamientos que empobrecen su propia identidad y autoconcepto; sumándose a la gradual reducción de diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales del envejecimiento y con ella una mayor vulnerabilidad a variados agentes o factores de riesgo. Teniendo así dentro de los principales trastornos que desembocan como consecuencia de dichos factores de riesgo los trastornos ansiosos, depresivos y obsesivo compulsivos. Concordando con los datos de la OMS, la depresión es considerada uno de los principales problemas de salud mental en los adultos mayores, la prevalencia en la población es un indicador de un constante malestar que se generaliza de forma internacional.

Conde (2006) expone algunas características que sirven como indicadores de depresión. Cuando se habla de este malestar se refiere a un estado en el que el paciente sufre una persistencia de los estados de ánimo tristes y pesimistas, una pérdida de interés por todas las actividades, una disminución de la energía, apatía, constantes pensamientos rumiativos etcétera, que suele ir acompañado de síntomas somáticos tales como la fatiga, insomnio, alteraciones del apetito y cognitivos tales como la baja autoestima, pérdida de memoria, dificultad de concentración, pobreza y lentitud en el pensamiento y lenguaje, etcétera. En los

ancianos tienen mayor preponderancia los síntomas de apatía que los síntomas emocionales y también hay una mayor presencia de los síntomas somáticos.

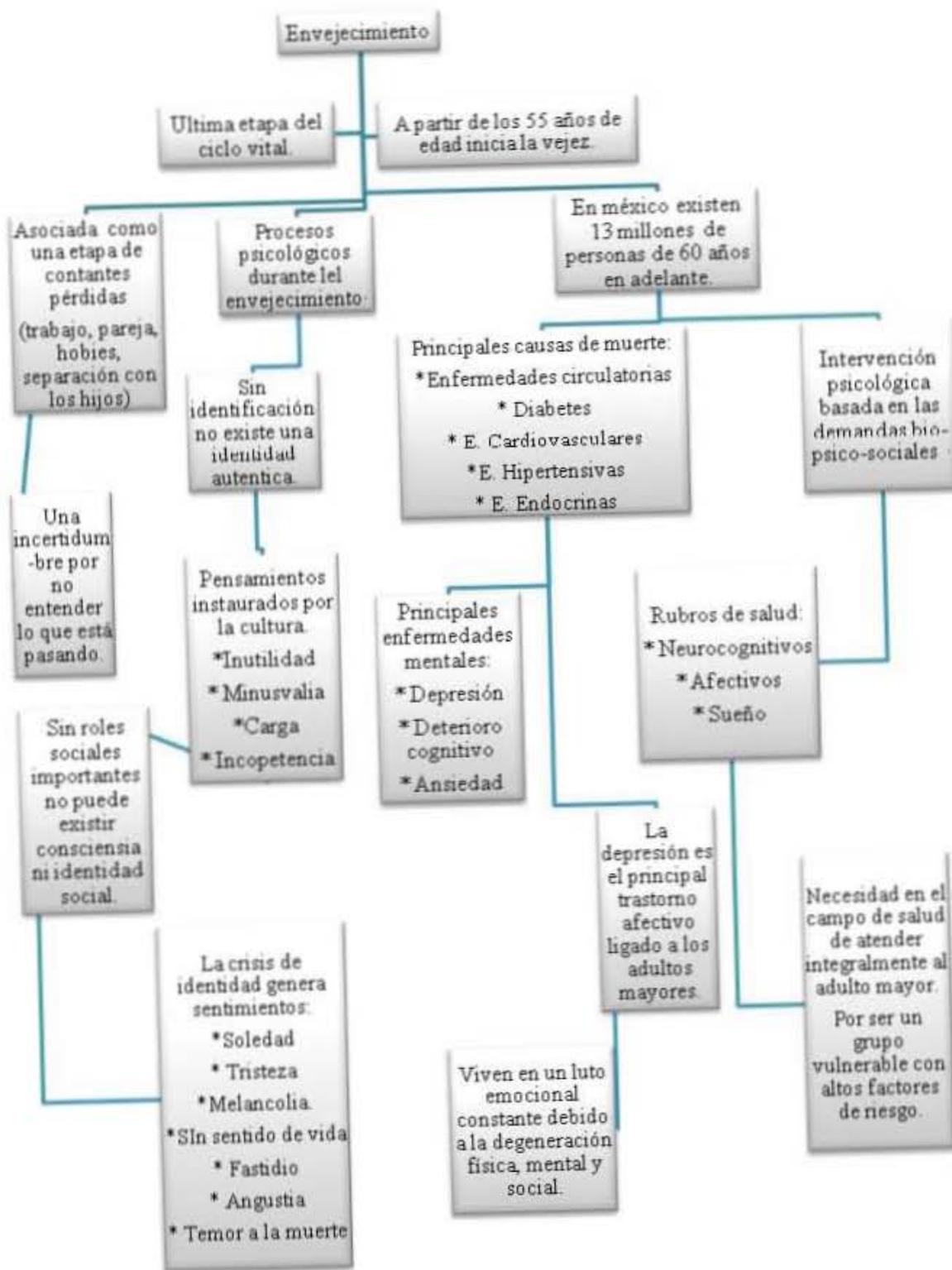
Se ha mencionado anteriormente la asociación de la vejez con una edad en la que persisten continuas pérdidas, por ende tiene lógica que el trastorno afectivo de la depresión domine como el malestar mental entre los adultos grandes al existir un luto emocional constante al tener en su vida cotidiana una degeneración física, mental y social, considerando así que la depresión en la edad avanzada nace de una sensación de incapacidad y desesperanza frente a las pérdidas reales inevitables tanto propias como ajenas (Conde, 2006). De igual manera en la depresión, vista como un trastorno del estado de ánimo, pues considerando que existe una fluctuación en el ánimo normal que va de la desdicha y descontento a un sentimiento de tristeza extrema (APA, 2010) coexisten factores psicosociales que inciden en la población adulta, entre esos factores el estudio de Torres, (2015) reveló que la necesidad de ser escuchado, la pérdida de roles sociales, los sentimientos de soledad y minusvalía, la inadaptación a la jubilación, el temor a la muerte y la violencia psicológica como los agentes psicosociales dominantes entre los agentes facilitantes de la depresión adulta mayor, estos elementos cobran relevancia al ser desencadenantes psicológicos para una depresión, es decir sentir que ya no se es tan importante, abandonar el status que se tenía por ser empleado y con ello gran parte de sociabilización cambiando por una vida más sedentaria y rutinaria generan en los adultos mayores la semilla que más tarde germinará en una depresión si no se gestiona un envejecimiento no patológico. De ahí la importancia del psicólogo en la promoción de la salud mental durante la vejez.

La depresión es un malestar que no respeta edad ni generación, específicamente al tener causas biopsicosociales requiere de una atención integral, médicos, psiquiatras y psicólogos intervienen en el campo de la prevención, intervención y promoción de la salud. En el caso de los adultos mayores, tiene sentido que la incidencia sea mayor al ser un grupo social con más factores de riesgo y vulnerabilidad como se ha descrito anteriormente, de esta manera resulta la

existencia de una necesidad creciente de una población abandonada de cierta manera de las prioridades sociales de salud. Un sector que demanda atención, una identidad reconocida y como remarca Torres (2015) el factor familiar se vuelve dominante en la incidencia de la depresión, al coincidir en sus ideales negativos de desesperanza, soledad, de sentirse ignorados, apartados y desplazados, cuando en algún momento fueron fuertes, proveedores, cuidadores y apoyo afectivo y social para hijos, sobrinos, hermanos sumado a la pérdida afectiva y física de la pareja que se va por enfermedad, por edad, entre otras variables.

De manera que el envejecimiento será un proceso gradual que estará influenciado por variables de índole fisiológicas, socio culturales y psicológicas. De acuerdo a las condiciones en las que se viva y se desarrolle este proceso subyacerán síntomas que indican que no se está viviendo sanamente. Alteraciones que eventualmente si no se canalizan, identifican, y no se les brinda una atención preventiva adecuada culminarán teniendo como resultado un envejecimiento patológico. Anomalías que se expresan en los cambios en la vida cotidiana del adulto mayor y que se reflejarán en algunos procesos psicológicos como: la memoria, atención, creatividad y funciones motoras. Otros cambios emocionales como: pérdida de iniciativa, sentimientos de monotonía, irritabilidad, llanto fácil, etc.

Esquema resumen del capítulo 1. Adultos mayores: un grupo olvidado.



2. EL FACTOR PSICOLÓGICO EN LA VEJEZ

Comprendiendo a la vejez en su naturaleza biopsicosocial, el proceso de envejecimiento será el núcleo del análisis e intervención para la población adulta mayor. Como ciencia del comportamiento humano la psicología tratará de explicar los fenómenos psicológicos ligados a esta población: La forma en que piensan (cognitiva), viven (motora), sienten (emocional), (Ballesteros, 2004), de igual forma los cambios y evolución del último proceso de vida. Cabe mencionar que los procesos de envejecimiento se construyen singular y colectivamente cada sociedad, cada cultura, cada época construye un modo de envejecer. Es para la psicología en este análisis integrativo de la vejez el énfasis en la integridad del adulto como prueba de un buen envejecimiento. Esta integridad tiene que ver con la flexibilidad ante los cambios, aceptación de transformaciones propias y ajenas, construir proyectos y recrearlos, romper con rutinas rígidas, probar, innovar, realizar actividades nunca antes exploradas, cuestionar y autocuestionarse, resignificar la percepción de hacerse viejo (Quintanar, 2011).

Todas las manifestaciones del adulto mayor estarán sometidas a factores orgánicos, culturales y psicológicos, siendo estos últimos factores los que determinan en gran medida la forma en que vivirá el adulto mayor, campo de estudio para la geriatría, gerontología y psicología.

2.1 La psicología en el campo de intervención gerontológica

La vivencia de la vejez, está claramente determinada por las circunstancias en que ésta se desarrolle, es decir, por el estado biológico y psicológico del individuo, su situación económica y social, su biografía y su propia escala de valores.

Según Rodríguez (2015), la intervención de un psicólogo con los adultos mayores, debe contemplar tres áreas básicas: la persona mayor dependiente, la familia cuidadora y el propio centro. Intervención centrada en la persona mayor dependiente. La intervención no farmacológica del psicólogo, tendría su origen en el concepto de neuroplasticidad. Se trata de alcanzar el máximo grado de

funcionamiento del paciente, en varias áreas que conlleven el bienestar físico, psicológico, funcional y social del sujeto.

De acuerdo con Dulcey-Ruiz (2010), aludir a una psicología social del envejecimiento implica reconocer que las trayectorias vitales de todas las personas se construyen en la interacción social, teniendo en cuenta condiciones y entornos socioculturales, así como experiencias y significados diversos y cambiantes, sin desconocer, por ello, sus dimensiones biológicas. Gergen (1973) enfatiza la necesidad de reconocer nuestra propia historicidad, tanto como la del conocimiento, como resultado de prácticas socioculturales que se construyen a través del tiempo y en contextos específicos. Destaca, además, el papel del discurso y de la narrativa en la constitución de identidad personal, la cual Gergen caracteriza como construcción histórico-social, no como resultado de procesos psicológicos internos.

Maina (2014) describe las características de los profesionales de la salud mental especializada en mayores y con vocación hacia el trabajo interdisciplinar, se trata de un profesional altamente calificado en las áreas cognitiva, psicoafectiva, funcional y social, en la evaluación de las mismas así como en la elaboración de programas de intervención en dichas áreas como el comunitario para promocionar programas preventivos por mencionar algunos: memoria, hábitos de salud, jubilación, así como en la gestión de un envejecimiento no patológico, haciendo primacía este último punto como uno de los trabajos más importantes para el psicólogo pues se trata de ejercer un programa preventivo que apueste por la promoción de un envejecimiento óptimo; es decir crecer bajo todas las medidas preventivas de salud mental, física y cognitiva, de tal forma que la vejez se convierta en un proceso natural desmitificando del paciente todas sus dudas, miedos y ansiedades, teniendo como objetivo: alentar a un crecimiento y vejez activa ante una pérdida aparente de voluntad, regresando la esperanza y ánimo de poder vivir, experimentar, realizar deseos, fantasías, etcétera.

Se habla de envejecimiento patológico cuando se crece y se es adulto mayor bajo factores de riesgo y se vive con enfermedades desarrolladas durante este proceso de crecimiento, asimismo como la adquisición de algún trastorno

psicológico desembocando en un estado salud de alto riesgo y de una calidad de vida deficiente (Maina, 2014). Lo contrario es el caso de un envejecimiento sano que consta de una serie de cualidades que hacen que el ser adulto mayor no sea un proceso difícil o insoportable aunque puedan vivir con el riesgo de padecer alguna enfermedad, se tratan y previenen las enfermedades bajo un cuidado y autogestión de envejecimiento. La psicología por su parte propone para la prevención de un envejecimiento patológico lo que se denomina envejecimiento óptimo o activo, señalando como la clave para vivir mucho más y mejor. Se entiende por envejecimiento activo al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (Limón y Ortega, 2011). De forma concreta indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. Se proponen tres pilares básicos para un envejecimiento activo: Participación, salud y seguridad. Puntualiza Rodríguez (2006, citado en: Limón y Ortega, 2011) envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. Si importante son estos tres pilares más importante aún es el significado que da al término activoy a las implicaciones que ello conlleva pues esto implica una serie de responsabilidades de la persona consigo misma y con las instituciones de salud y con los profesionales dedicados a la misma. Se plantea desde una participación ciudadana en cuestiones sociales, económicas, culturales, etcétera. Este enfoque integral se expande desde los hábitos alimenticios, orientación de hábitos saludables, el ejercicio físico, higiene del sueño, manejo de estrés, depresión, construcción de proyecto de vida y un cambio positivo a la mala percepción que se tiene sobre la vejez (Limón y Ortega, 2011). Una propuesta que se resume en la autogestión del proceso de envejecimiento y al acercamiento de las disciplinas gerontológicas para acompañar y asesorar a los adultos en todo momento ante los cambios venideros

por el envejecimiento. La Psicología tiene un interés particular en esta población con el objetivo de mantener una salud mental sana ya sea de manera individual con asesoría y terapia psicológica o de forma grupal en forma de talleres y grupos de autoayuda. Es para Quintanar, (2011) imperativa la oportuna intervención psicológica en la adultez media (de los 40 a los 60 años) como medio de anticipación y formación de proyectos ante una etapa más del ciclo vital.

2.2. El dispositivo grupal como elemento de estudio de la vejez.

El hombre se constituye desde su génesis en grupos donde establecerá mediante el discurso las acciones y los sentimientos de los otros, donde los miedos y ansiedades están inscritas en el nivel inconsciente de su historia y se requiere de un espacio grupal que permita la reedición de situaciones críticas. Pichón Riviere (1975) define al dispositivo grupal como el mecanismo psicosocial de carácter inconsciente donde en un tiempo y un espacio los participantes producen a través de un objetivo común el análisis de su propia historia que implique necesariamente su transformación. Este psicólogo argentino atribuye al grupo como el conjunto restringido de personas que ligadas por constantes de tiempo y espacio, articuladas por su mutua representación interna se proponen de forma explícita o implícita llevar a cabo una tarea que constituye su finalidad. Para este autor las historias compartidas y el sentido de afinidad hacen que el síntoma a pesar de ser una condición especialmente personal se vaya fusionando con la realidad psicosocial que los convoca con el deseo de cura que traspasa las barreras del sujeto expandiéndose a otros miembros del grupo, así el síntoma individual se vuelve un síntoma grupal y este a su vez se vuelve social por lo que su proceso y resignificación se convierten en objetivo primordial de la tarea. Para hacer consciente lo inconsciente.

De esta manera mediante el grupo operativo: una técnica de intervención grupal psicológica basada en las tareas definidas como: la marcha del grupo hacia su objetivo a través de un hacerse y un hacer dialéctico hacia una finalidad. Es una praxis y una trayectoria cuyo objetivo es el de modificar, transformar y accionar aprendizajes que reestructuren a cada uno y al grupo para crear habilidades,

conocimientos y promover actitudes en los individuos, potencializando la praxis es decir no hay grupo sin tarea, sin quehacer, sin un objetivo.

Esta estrategia de intervención terapéutica se construye a partir de una necesidad y como una alternativa para la solución a los malestares de orden psicológico. Esta propuesta (entendida como taller), es un espacio para pensar, construir, analizar, sentir, para dejar ser y sanar.

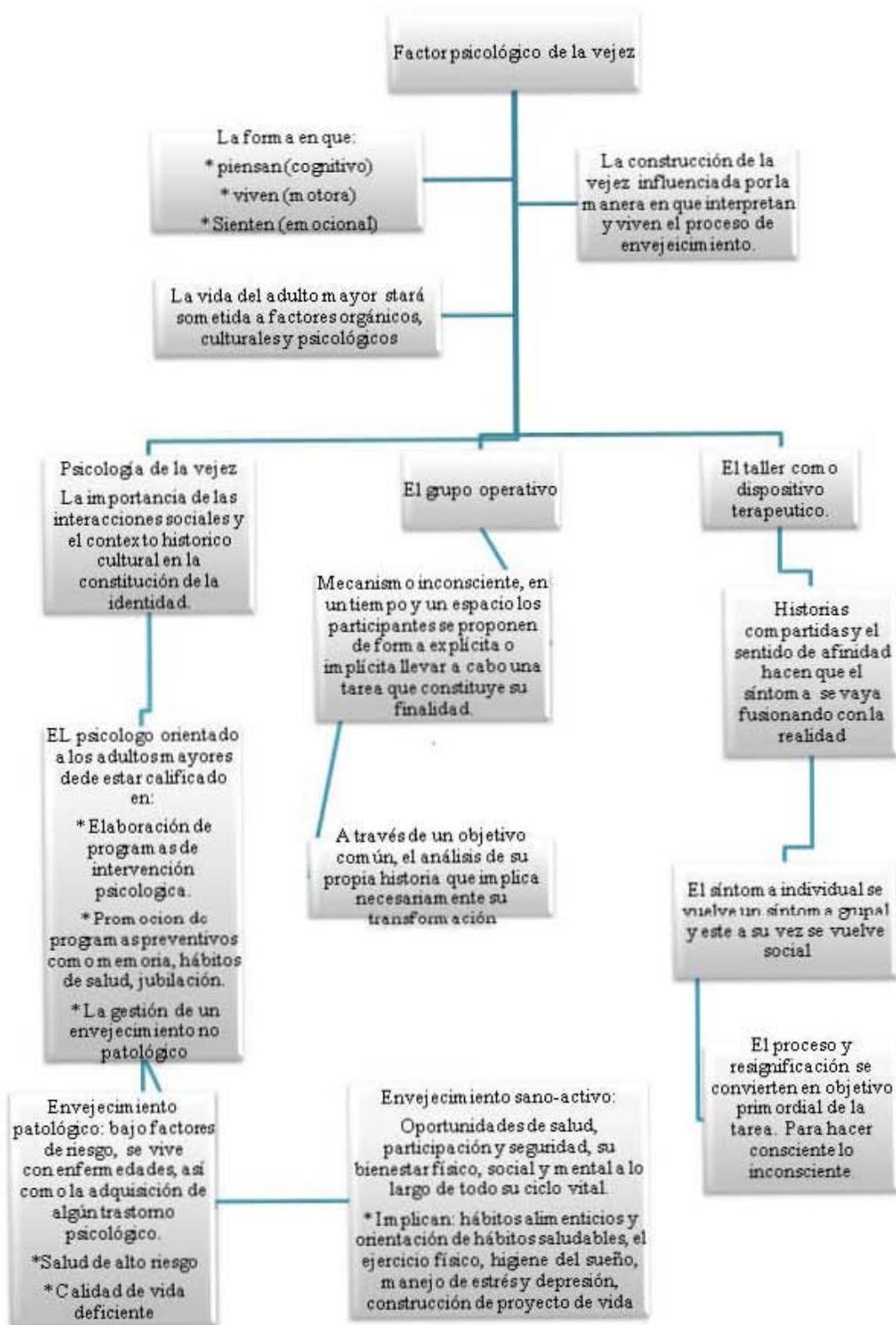
Flores (2007) citada en (Quintanar, 2011) destaca tres momentos por los cuales se lleva a cabo un taller, esos momentos son: la apertura, caracterizada como el momento de organización o encuadre grupal, para establecer tiempos, fechas, lugar de trabajo, momento en el que se da el reencuentro grupal, donde a través de las expectativas de los participantes un objetivo en común que permita la construcción de un programa creado por el grupo. El segundo momento es el desarrollo, a partir de la segunda sesión cuyo principal objetivo es deconstruir las historias con la finalidad de develar los obstáculos, miedos, ansiedades, etcétera, para analizarlas y transformarlas.

El taller funciona si reúne las siguientes condiciones: el profesionalista, se forma teórica y vivencialmente bajo los constructos de una corriente determinada, cuyos principios propician la reflexión y la transformación donde reconozcan su forma de interactuar, de comunicarse y entiendan las situaciones complejas y dolorosas que determinan su accionar. El taller está organizado en dos niveles: el longitudinal y el transversal. El longitudinal se refiere al conjunto de las sesiones totales que conforman el taller, se recomiendan un total de diez horas por taller, en el segundo caso el trabajo transversal debe presentar tres momentos, apertura, desarrollo y cierre (Pichón-Riviere, 1975).

Considerando entonces al grupo operativo cuya finalidad tiene aprender a pensar en términos de resolución de las dificultades creadas y manifestadas en el campo grupal y no en el de cada uno de los integrantes. Se aplica como alternativa terapéutica a las demandas más relevantes del adulto mayor, siendo una estrategia que solucione sus malestares psicológicos para ello es necesario crear un vínculo entre los participantes y su importancia reside en la misma comprensión del concepto de vínculo: es "la mínima unidad de análisis" de la

psicología social (Pichón-Riviere, 1995). Esto significa que el objeto de estudio de ésta, no es el individuo, la persona o el sujeto en sí mismo, sino el vínculo que un sujeto pueda establecer con otro sujeto, una relación bidireccional, de tal manera que lo que estudia la psicología social es cómo un sujeto se relaciona con un objeto que en este caso es otro sujeto y viceversa: cómo este objeto sujeto afecta al otro que establece un vínculo con él (Adamson, 2014). Mediante la identificación es cuando se logra la forma más temprana del enlace afectivo con otra persona compartiendo un rasgo en común, cuánto más importante sea esta unión se construirá un enlace más significativo. Como lo menciona Michael White (1973): “Nuestra historia la construyen otros, para trabajar en el inconsciente y lo implícito” (p.42). La consolidación y éxito de estos grupos se forjará a partir de la experiencia grupal que Pichón-Riviere (1975) define como vectores universales, entre ellos: acogimiento, identificación, solidaridad, catarsis y apoyo grupal, a través de una meta manifiesta construida a partir de su propia razón de existencia. De esta manera el grupo operativo consolidado por el vínculo entre sus integrantes y el objetivo en común establecido es un dispositivo auxiliar para los trastornos afectivos que tiene impacto a nivel grupal e individual. Existen otros auxiliares y metodologías que sirven para la intervención psicológica en los adultos mayores, el enfoque narrativo obtiene relevancia al tratarse de un paradigma basado en la escritura y análisis a través del discurso y la recapitulación de episodios biográficos. Parecido a la reminiscencia la cual también va enfocada en la reconstrucción de sucesos y reedición de eventos especiales sobre la vida de los adultos mayores. La psicología mediante estos modelos y otros se encarga de dar una solución a los problemas afectivos más relevantes en los adultos mayores.

Esquema resumen: Capítulo 2.



3. ASPECTOS CONSIDERADOS PARA EL TRABAJO GRUPAL CON LA VEJEZ

Para el análisis de los fenómenos psicológicos en la edad adulta a nivel grupal la Psicología ha generado dispositivos auxiliares para la descripción de estos procesos psicológicos en determinados sectores sociales. Dichos dispositivos funcionan como medios descriptivos y explicativos e incluso de intervención ante determinados problemas psicológicos.

Al iniciar un trabajo grupal se necesita saber qué es lo que se pretende hacer y con quiénes; es decir conocer el tipo de población que va dirigido el proyecto grupal, conocer las demandas psicosociales dominantes de éste, delimitar de entre las posibles problemáticas un eje particular que se abordará en el grupo. Conocer al grupo implica entonces tener un amplio conocimiento sobre los fenómenos psicológicos presentes en el colectivo de análisis. Posteriormente el definir el objetivo general estableciendo qué necesidad o demanda cubrirá el proyecto y los medios por los que se llegará a dicha meta, los medios pueden ser tantos como el terapeuta desee de acuerdo a modelos y metodologías específicas de un marco conceptual lógico. En el trabajo grupal con adulto mayores la reminiscencia parece ser de las técnicas más utilizadas por su carácter autobiográfico de análisis y reflexión, sin embargo también por su carácter constitutivo en el discurso y el lenguaje el modelo narrativo es una excelente opción para el trabajo grupal, añadiendo a eso las artes como un auxiliar completo para la transformación del problema psicosocial (Robertazzi, 2004).

Para este trabajo grupal ecléctico, se retoma el modelo narrativo de la externalización del problema (White, 1973), la transformación del malestar por medio del acto creativo (Muñoz, 2012) y la reflexión y análisis del malestar mediante el arte performance (Taylor, 2011) .

3.1 Terapia narrativa y el relato

La terapia narrativa surge de las raíces de la terapia sistémica por el australiano Michael White y el neozelandés David Epston, utilizando la analogía del texto como metáfora explicativa del funcionamiento de la terapia, interesada en la forma en que las personas crean narraciones, historias sobre sus vidas; proponen que el conocimiento y la identidad se construyen a través de la interacción con los otros (White, 1993). En sus trabajos pioneros de terapia narrativa inician basándose en la noción de que las realidades se construyen socialmente a través del lenguaje y se organizan y mantienen a través de las historias o narrativas culturales familiares e individuales. Exponiendo que las creencias, valores, instituciones, costumbres, etiquetas, leyes, etcétera, constituyen realidades sociales. Convirtiéndose así en la lente por la que sus miembros (cultura) interpretan el mundo y cómo se construye y legitima a través del lenguaje es posible desarrollar nuevo lenguaje, crear conversaciones que sean oportunidades para negociar nuevos significados que puedan dar legitimidad a otras posibles visiones de la realidad (White, 1993). Se da sentido a la experiencia a través de las narrativas es decir la narrativa es el resultado de relatos instaurados desde la infancia, aprendizajes que van constituyéndose en las historias de cada uno y la forma en que se ha ido desarrollado la narrativa está determinada por los eventos que selecciona cada individuo y como los conectan en una secuencia de significados que se les atribuyen. Estas narrativas individuales se enmarcan dentro de las narrativas sociales, culturales e individuales (Payne, 2002)

White (2004) decía que si se acepta que las personas organizan su experiencia y le dan sentido por medio del relato y que en la construcción de estos relatos expresan aspectos escogidos de su experiencia vivida se deduce que estos relatos son constitutivos; es decir modelan las vidas y la relación con los demás. Consideraban que si estos supuestos eran razonables entonces se podría también dar por sentado que cuando alguien acude a terapia un resultado aceptable para él podría ser la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables,

nuevos significados que las personas experimentarían como más útiles, satisfactorios y con final abierto.

Sobre los efectos de los métodos terapéuticos que conlleva la terapia narrativa se habla sobre cambios en las estructuras narrativas, estas son aquellas que se construyen, no son narraciones secundarias acerca de los datos sino narraciones primarias que establecen lo que habrá de considerarse como *datos*, estas estructuras se conforman de discursos dominantes, narraciones del presente que denotan las experiencias vividas, por otro lado las nuevas narraciones producen nuevo vocabulario, nueva sintaxis y un nuevo significado en los relatos (White, 1993).

3.1.2. La Externalización del Malestar

Los medios por los que se generarán los fines terapéuticos son elementos que se involucran en la transformación de la narrativa actual del paciente. Conceptos importantes para entender este modelo psicológico son básicamente tres los más importantes: la deconstrucción del problema, la externalización y la identificación de eventos extraordinarios. La deconstrucción del relato es uno de los elementos fundamentales para la terapia narrativa el cual implica un procedimiento que subvierte realidades lo que llama el paciente como *verdad* denominando ese conjunto de realidades creadas e interpretadas individualmente como estructuras narrativas (Payne, 2002). White (2004) se basa en que la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y su relación. Estas historias determinan en gran medida qué aspectos de la experiencia las personas eligen expresar y así mismo el significado que le asignan y la intensidad con las que modela a cada una. La deconstrucción del lenguaje empieza desde la objetivación que conlleva a las personas a externalizar sus vivencias para generar lo que denomina un contra lenguaje (1993).

Se explica la externalización como la técnica conversacional que pone el problema fuera de la persona (Montesano, 2003). Esto crea un espacio para considerar otras historias alternativas y se hace más fácil actuar frente a él. La externalización del relato saturado de problemas puede iniciarse fomentando primero la externalización del problema y rastreando después la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona, indagando preguntándose cómo ha estado el problema afectando a sus vidas y sus relaciones, separando la descripción de la vida saturada por el problema para invitar a reflexionar acerca de algunas de las nuevas posibilidades que abren los acontecimientos extraordinarios, para dirigir el plan para proponer acciones nuevas a partir de la nueva información sobre su problema. Se realizan preguntas como: ¿Qué tanto modificarían sus próximos movimientos al haber obtenido esta nueva información? El modelo de Michael White tiene como fundamento afirmar que el problema del paciente es el problema, no el paciente, de ahí que esta técnica permite separar uno de otro, también reduce la culpa y la vergüenza disminuyendo la sensación de sentirse agobiado por su malestar (Moreno, 2014).

El principio de la externalización es la objetivación de las vivencias consideradas problemáticas, por este medio las personas identifican en sus historias privadas los conocimientos individuales y culturales con los que viven. Dichos conocimientos les hablan sobre su propia identidad, historias que guían sus vidas y que con el tiempo revelan la constitución de su personalidad y de sus relaciones (Payne, 2002).

La externalización se basa en explorar la relación entre la persona y el problema mediante preguntas de influencia relativa (White, 1993). Para esto se explora el problema y los efectos de su influencia que tiene sobre las distintas áreas de la vida de la persona. Después se explora lo que la persona ha hecho o hace para influir sobre el problema y liberarse de él (Montesano, 2003). Se personifica el problema y se le atribuyen intenciones opresivas, a continuación el terapeuta comienza a hablarle a la familia o a la persona como si el problema fuera otra persona con su propia identidad, voluntad e intenciones que están diseñadas para oprimir o dominar a la persona o la familia (una antropomorfización del síntoma); la

persona se une al terapeuta en la meta común de destronar al problema y su dominio sobre la persona y la familia. (White, 2004).

3.1.3. Demarcación de sucesos extraordinarios

Lo siguiente es la exploración de los acontecimientos extraordinarios (White, 1993). Dicho proceso está direccionado en la estructuración de la experiencia del desarrollo de una persona a lo largo de la vida. Ciertos eventos que son ignorados a favor de aquellos cambios en el tiempo que son básicos y comunes para los miembros de una categoría social; es decir un relato dominante (problemas) situado en el relato.

Se emplea un lenguaje externalizador a lo largo de toda la terapia, para ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y concebirlas como producto de las circunstancias (Payne, 2002). White (1993) afirma que este lenguaje permite separar al problema del discurso del paciente, pues los relatos dominantes no reflejan lo que son si no la relevancia y prioridad que se le atribuyen, de tal manera que siempre se pueden contar nuevas historias desde perspectivas distintas. Si incluimos otros hechos que anteriormente habían quedado fuera de la narrativa y se brinda otra interpretación diferente a esos hechos los efectos de esa narrativa cambiarán abriéndose como nuevas posibilidades (White, 2004).

Entonces se entiende que la persona no presta atención a los sucesos especiales, donde por momentos esporádicos logra vivir, superar, sobrellevar su propio malestar (logros aislados), al ser encubiertos por memorias que se expresan por medio de discursos dominantes negativos en los que predomina el problema debilitando, ganando y venciendo al paciente, teniendo de esta manera enunciaciones saturadas por el problema y aisladas de los eventos extraordinarios positivos. La generación de conceptos alternativos cobra nueva vida así lo describe Montesano (2003), se va formando a partir desde que las personas se separan de sus historias dominantes o totalizantes permitiendo una abertura dentro del discurso a partir de hechos aislados, dichos momentos brindaran

amplitud sobre sus conocimientos sobre el problema que es explicado por discursos dominantes de rechazo, fallas, miedo, inseguridad etcétera.

3.1.4. El fin de la Terapia Narrativa

La terapia termina cuando la persona decide que su relato es suficientemente rico para abarcar su futuro, el relato dominante negativo cede terreno por relatos funcionales positivos que sirven para resolver su malestar actual. Una narrativa con una nueva edición que denote la superación a su problema psicológico. La última sesión es una celebración la cual funge como una remembranza que se presenta como la entrega de un certificado terapéutico (Payne,2002).

Siendo una terapia basada en el lenguaje y naciente del constructivismo el cual se centra en la construcción de significados, fácilmente puede ser flexible para la adición de auxiliares literarios que permitan precisamente esta construcción de significados ya sea de forma oral o escrita. Teniendo como recursos la poesía, la narrativa en prosa, la escritura creativa, la dramática, etcétera. Se pueden emplear documentos escritos de su propia autoría, estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten evidenciar su propio progreso (García, 2012). Así lo afirma Michael White (1993) para él es en la escritura donde se permite la organización más deliberada de los recursos lingüísticos y la reorganización de unidades de ideas proporcionando un mecanismo que permite la participación más activa de la información y la experiencia así como la producción de diferentes relatos de los eventos y experiencias.

Se ha mencionado que durante la última sesión se lleva a cabo una celebración de forma conmemorativa, se puede invitar a las personas (amigos, conocidos) a convertirse en espectadores de su propia representación de estos relatos alternativos el hacerlo favorece la supervivencia de los relatos y el sentido de agencia personal, esto puede facilitarse alentando a las personas a identificar aquellas expresiones de aspectos de la experiencia vivida que previamente habían

quedado sin relatar y a revisar los verdaderos efectos de estas expresiones sobre sus vidas y sus relaciones (Zavala, 2014).

En las invitaciones se convoca a ser conscientes de un proceso en el que son simultáneamente actores y público de su propia representación y en el que cada uno genera sus propias producciones. Se convoca para que de forma simbólica se dé fin a un proceso y a una nueva forma de ser y de auto relatarse con el fin de percibir el cambio en su vida y para experimentar que progresa así como para percibir que está cambiando. La detección del cambio es vital para la representación de significados y para experimentar una agencia personal y ésta detección del cambio es engendrada por la introducción de una concepción de comparación del tiempo marcando un parteaguas entre el pasado y el presente y una construcción positiva desde una narración sana. También se invita a esta convocatoria como un primer ensayo a la esfera pública pues pueden existir resistencias a estos nuevos relatos, dichas resistencias y su transformación pueden también facilitarse reclutando un público externo este proceso tiene una doble vertiente. En primer lugar con el hecho de asistir a la representación de un nuevo relato el público contribuye a la escritura de nuevos significados; esto tiene efectos reales sobre la interacción de la audiencia con el sujeto del relato. En segundo lugar cuando el sujeto del relato lee la experiencia que la audiencia tiene de la nueva representación ya sea a través de la reflexión sobre estas experiencias o ya sea por una identificación más directa se embarca en revisiones y extensiones del nuevo relato.

Esta celebración se denomina ceremonias de definición explica Zavala, (2014) la ceremonia de definición llevada al ámbito terapéutico por la terapia narrativa de Michael White busca proporcionar un contexto para construir una rica descripción de la vida de las personas a través de retomar los rituales de reconocimiento usados por algunas culturas para dar valor a la existencia de las personas pues otorgan un valor simbólico de conmemorar el inicio y el fin de una era o un renacimiento personal que alude a un cambio y una división de un antes y un después. Una celebración que pugna por una persona que ha salido de un

malestar que no la dejaba vivir plenamente, a su vez las ceremonias de definición intentan también abrir un espacio social donde la identidad de las personas pueda ser ricamente re-narrada; es decir mirarla como una construcción pública y social más que privada e individual que es moldeada por fuerzas históricas y culturales y que adquiere su autenticidad a través del reconocimiento en los escenarios sociales. Así mismo para Zavala, (2014) las ceremonias de definición toman la forma de foros estructurados que brindan a las personas el espacio para que participen en la expresión de las historias de sus vidas y de los saberes, habilidades, valores, sueños, motivos, etc. De esta manera esta puesta en acción que representa una nueva narrativa emprende movimientos en función a sus deseos y lo que quieren hacer y ser. Es el primer contacto inmediato a la nueva vida que se les presenta como persona saliente de un proceso terapéutico para terminar de reflexionar acerca del significado de esa acción en la vida e identidad de la persona. Establecer nuevas acciones futuras y desarrollar planes de acción basados en los nuevos conceptos e identidad que ha elaborado.

3.2. La creatividad y procesos creativos

Hablar sobre creatividad es involucrarse en la condición humana, una de las cualidades intelectuales más significativas y trascendentales del ser humano. Freud (1973) citado en (Contini, 2002) relacionaba a la creatividad con procesos inconscientes y como un mecanismo de sublimación de las pulsiones. Desde una perspectiva humanista Carl Rogers entendía a la creatividad como una búsqueda de autorrealización, este proceso es definido como la disposición a crear que existe en estado potencial en todo individuo y a todas las edades. El proceso creativo es una de las potencialidades más elevadas y complejas de los seres humanos éste implica habilidades del pensamiento que permitan integrar los procesos cognitivos menos complicados hasta los conocidos como superiores para el logro de una idea o pensamiento nuevo (Contini, 2002). Siguiendo esta definición Esquivias, (2004) dice que el comportamiento creativo no puede ser explicado solamente por procesos cognitivos sino que las variables afectivas

desempeñan un papel decisivo tanto como el medio donde tienen lugar. De esta manera concuerda Muñoz, (2004) afirma que el acto creativo está ligado a una experiencia interior pero también a una experiencia exterior que es la que le da el mundo y su contexto, de tal forma que las experiencias y las realidades del autor (el creador) terminan mimetizándose a través de los diferentes significados y significantes en la obra o lo que se denomina acto creativo.

La posibilidad de expresar el potencial puede constituir un modo de afrontamiento de la vida cotidiana, desde esta perspectiva cobra interés en la Psicología como un recurso de salud que facilite la adaptación activa del sujeto con su entorno respecto a su calidad de vida (Contini, 2002). Utilizando la creatividad como recurso de afrontación de problemas de la vida cotidiana, la Psicología hace de este recurso un potencial medio terapéutico encontrando en el arte la oportunidad de explorar las habilidades creadoras de las personas y llevarlas con una intención terapéutica como dispositivos de ayuda. Dichas técnicas utilizan la creación artística (pintura, escultura, danza, teatro, música, fotografía y escritura) como herramienta terapéutica, en ellas el terapeuta establece una relación y un espacio donde el paciente utiliza el lenguaje artístico con el fin de facilitar la expresión, comunicación, reflexión, autoconocimiento, afrontamiento y desarrollo personal (Rabadán y Alvarez, 2017). La arteterapia consiste en el uso de materiales visuales, plásticos y auditivos para la creación de obras originales, desde las más clásicas (dibujo, pintura, escultura, música) a las más actuales o modernas (collage, fotografía, video, body-art, performance). Desarrollando así la musicoterapia, la terapia danza en movimiento, la arteterapia enfocada en la pintura y producción artística como en la escritura creativa y la más reciente performance o arte acción. Sus efectos han resultado ser un dispositivo potencial en la mejoría de la salud mental de pacientes con depresión, con ansiedad, en luto por pérdidas significativas. Por otro lado con niños con necesidades especiales y en personas con enfermedades crónico degenerativas parecen ser un amplio y útil auxiliar para los malestares psicológicos que aquejan a los pacientes (Collette, 2011). Esta terapia se fundamenta en las bases de la condición del arte; en poder reflejar y predecir los procesos sociales y personales,

en la capacidad de desentrañar estos elementos y lograr la satisfacción y mejoría personal pues es el arte el cual permite reflejar esos conflictos internos, de externarlos, entenderlos y por ende, resolverlos (López, 2004). Emergiendo una necesidad de ser creativo como impulso innato del ser humano, pues vivir en un estado creativo es vivir en un estado saludable (Muñoz, 2004). El elemento principal de la arteterapia es la autoexpresión pues por medio de esta actividad la cual posibilita la manifestación de emociones, sentimientos, cambiar o aceptar aspectos propios o ajenos. Gracias a la expresión y generación de un nuevo lenguaje es como se permite manifestar aquello que no se tiene forma de explicar. Es imperativo el proceso que utiliza la persona para comunicar su interioridad y su propio yo, debido a que trasciende más allá del carácter puramente estético enfocándose en el carácter catártico del mismo y en el efecto que tiene la producción y el resultado de las creaciones artísticas, identificándose en lo que hace para conocerse, aceptarse, saber como piensa, expresar lo que siente y ser partícipe del mundo que le rodea. Es así cómo se construye un cambio sobre la actitudes sobre sí mismos, sobre los demás y sobre todo acerca de su malestar. De esta manera utilizando estos recursos artísticos los especialistas de la salud mental han dirigido la atención en apostar en nuevas alternativas que atenúen y reconstruyan la forma de ser y de pensar de los pacientes. Se retoma una técnica artística en este trabajo para lograr esos cambios ya mencionados anteriormente; se trata de la escritura creativa, la generación de un producto original artístico como un poema libre para tener un acercamiento a su malestar, entenderlo, expresarlo y sobre todo analizar y reflexionar sobre la forma en que se manifiesta en sus vidas y lo mucho que los ha cambiado así como las múltiples caras que tiene la depresión en la vida de cada uno de los asistentes al taller.

3.2.1. La poesía y procesos psicológicos

Como se ha mencionado la transformación creadora suscita en el artista un cambio de vida que modifica la percepción de sí mismo, el mundo, el modo de referirse al otro, etcétera. Por tanto, uno de las características del acto creador y

de una transformación en el interior del pensamiento es que surge un cambio total en el modo de relacionarse con el mundo. En el terreno de lo simbólico es donde cobran vida los significantes particulares de cada persona pues en la escritura creativa se está poniendo un padecimiento existencial, personal, social y a la vez este se respalda con imágenes arquetípicas que indagan sobre problemáticas humanas que han surgido desde tiempos remotos, esto último le da a la obra una instancia de universalidad, de carácter humano y empático pero sobre todo para verse y entenderse a sí mismos. Se habla entonces de la relación poesía, poeta y el poema, una triada donde convergen más que elementos creativos procesos intrapsicológicos donde ponderan elementos personales y sociales (Muñoz, 2004). Álvarez (2013) dice “La poesía nos entrega la conciencia y el lenguaje, y por lo mismo, el pensamiento” (p. 243). Bajo esta premisa se considera que ésta técnica artística brinda mucho más allá de su carácter estético-literario, otorga al poeta una especie de actitud de auto revelación a través de la acción poética, para generar esa actitud se debe activar una cercanía al lenguaje, al movimiento de la palabra, a la voluntad y al conocimiento. El lenguaje en función de la poesía establece la búsqueda de los hombres que enfatizan el encuentro con la reflexión ya que la poesía da qué pensar, acompañado del lenguaje que es aquel que permite la comprensión y la interpretación del mundo y la realidad, de su mano se permite la aproximación mediante el sentido poético una nueva configuración del poeta (autor), (Esquivias, 2004), revelando así el carácter evocativo del poema en relación con su creador.

Lo poético en la práctica terapéutica embona con el enfoque de la psicología narrativa pues este modelo se nutre mediante las características terapéuticas de la escritura creativa y mediante la poesía. La terapia escrita es el antecedente de los poemas terapéuticos, es mediante la palabra escrita el medio por el cual se abren muchos caminos a través de los cuales la persona se ve a sí misma, se encuentra vista a través de los ojos de los otros que han formado parte importante de su vida y cuyas historias emergieron en la terapia o también con aquellos que tenga que cambiar la relación generando nuevas maneras para interactuar. El modelo de Epsen y White como ya se ha mencionado anteriormente se centra en la

reedición, re experimentación y la externalización del malestar desde el lenguaje cuyo objetivo es la gestión de nuevos significados a las experiencias negativas, entrando la poesía en lo que denominaban documentos terapéuticos (Campillo, 2011). El poema terapéutico es una forma de externalización, al escuchar las vivencias viniendo de otra persona, el receptor las patenta al ser muy parecidas a lo que ha vivido y centra las ideas que la persona ha narrado a través de un poema, mediante este recurso se crea el mismo espacio reflexivo que la externalización, al reescucharse la persona en el poema la persona reafirma lo que le es valioso, lo que la inspira y moviliza para la generación de ideas, imágenes, emociones, recuerdos y sobre todo lo que le permite liberarse de las ataduras de la visión creada por el problema (Esquivias, 2004).

3.3. La reminiscencia, acto autobiográfico

Así como la terapia narrativa ha sido considerada de las opciones para la atención psicológica para los adultos mayores, se encuentra también una opción que brinda la oportunidad de recordar y elaborar una revisión de vida, este procedimiento se centra en traer a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver así como de recuperar, elaborar y difundir narraciones sobre uno mismo. No se aleja del modelo narrativo pues es en este medio autobiográfico por donde se forma la externalización y los demás elementos dominantes de la terapia de Epsen y White. La reminiscencia se define como la recuperación personal de episodios vivenciados que forman parte del pasado de cada persona en consulta, (Serrano, Latorre, Ricarte, Navarro, Aguilar y Nieto, 2010). El proceso de recuerdo no es un fin en sí mismo sino un medio de donde surge el análisis de las funciones del proceso de reminiscencia. La recuperación de determinados elementos autobiográficos permite alcanzar alguna meta específica más allá del simple recuerdo. Al recordar la información más destacada se conectan con los demás, se sienten bien consigo mismos, les ayuda a superar las emociones negativas, hace que los problemas actuales sean más manejables y ayuda a consolidar el

desarrollo de una narrativa autobiográfica, un sentido de identidad, entre otros innumerables fines (Villanea, 2015).

Aplicado este procedimiento a los adultos mayores resulta bastante prudente considerando que esta revisión de vida más que recuperación de experiencias está centrada en la externalización de episodios que causan malestar en los pacientes dando apertura a la transformación de las experiencias negativas y de la visión que se tiene sobre sí mismos a partir de su propia narrativa. La función de la reminiscencia es recordar pensando o relatando hechos, actos o vivencias del pasado; es una actividad psicológica necesaria en el envejecimiento y en la vejez en cuanto a que favorece la integración del pasado al presente. Villanea, (2015), enlista los múltiples beneficios de la reminiscencia, menciona entre ellas el desarrollo de la identidad del adulto mayor para la promoción del envejecimiento activo integral, enunciando también el desapego al pasado y la aceptación del presente pues las personas reflexionan sobre sus logros personales, alegrías y tristezas dejando atrás así su anhelado pasado para enfocarse en el presente y encontrar una dirección al futuro. Otra propiedad de la reminiscencia es la ayuda en la autoestima del adulto mayor, contrastando las experiencias positivas y los eventos extraordinarios en los que se han resuelto problemáticas, exaltando las habilidades y elementos positivos del adulto en función a sus objetivos de vida y proyectos futuros.

3.4. El performance

Para entender el arte acción o arte performance hay que remontarse a las raíces de las manifestaciones artísticas del siglo XX durante sus inicios en los años sesentas. Originalmente denominado performance a cualquier evento público artístico que incluyera músicos, poetas, cineastas, etcétera. En adición a las artes visuales buscó trascender las separaciones disciplinarias entre antropología, teatro, lingüística, sociología y artes visuales enfocándose en el comportamiento humano, prácticas corporales, actos, rituales, juegos y enunciaciones (Taylor, 2011). Cabe mencionar que desde antes, el movimiento futurista de Marinetti en

1908, un artista que pretendía incluir distintas disciplinas artísticas a una sola pieza artística al mundo intelectual sienta las bases de lo que más adelante serían las generalidades para entender el fenómeno artístico del performance, al igual que el dadaísmo en 1916 propone juntar las artes visuales con elementos poéticos (McCarthy, 2001). Después de los años sesenta se comienza a usar el término de arte performance y Reinoso (2015) lo define como “Aquel en el que el trabajo lo constituyen las acciones de un individuo o un grupo, en un lugar determinado y durante un tiempo concreto”(p.112). La peculiaridad del Performance o acción artística es que puede ocurrir en cualquier lugar, iniciarse en cualquier momento y puede tener cualquier duración, no persigue un guión u orden específico. Denomina Valero, (2013) a la acción del performance como una situación que involucre cuatro elementos básicos: tiempo, espacio, el cuerpo del performer y una relación entre el performer y el público. Estos elementos constituyen la organización central del performance. Por un lado el tiempo que responde a una problemática social, cultural, política o demanda personal; el espacio que si bien puede ser cualquier lugar el escenario también resulta simbólico por ejemplo: un performance sobre la depresión en un hospital o un performance sobre la violencia de género realizando en la entrada de las oficinas de atención a víctimas de violencia. El cuerpo del performer es el núcleo del performance siendo el objeto estético de la presentación. La relación con los espectadores circunda en entregar el mensaje y que al ser codificado por el receptor, mueva algo en ellos, genere un momento de reflexión que encare su propia realidad o aquello en lo que pensaban. En este sentido siguiendo a McCarthy, (2001) dice que el performance también se opone a la pintura o la escultura en las que un objeto constituye el foco de la obra artística convirtiendo al cuerpo en ese centro focalizado de atención, en cambio en el performance se juegan ciertos elementos mencionados anteriormente conjugando componentes más complejos cada uno igual de importante que el otro (musical, visual, olfativo, etcétera). Lo importante es resaltar que el performance surge de varias prácticas artísticas pero trasciende sus límites; combina muchos elementos para crear algo inesperado y llamativo. Indicando así

los elementos más importantes y distintivos del arte acción por los cuales se diferencia de cualquier otra manifestación artística.

Peidro (2007) habla sobre la forma en que la performance rompe con el imperio de la obra de arte como objeto, ataca al sistema establecido de mercado no permitiendo la separación del artista de su obra mezclando vida y arte. Pasando el artista a ser sujeto y objeto de la obra de arte reuniendo al artista, obra y audiencia en un mismo instante (el momento de su producción o ejecución). Introduciendo definitivamente la efimeridad y la *realidad presente* en la obra de arte de ahí su potencial político, social, catártico.

Complementando el término para Taylor (2011) el performance es un acto de intervención efímero que interrumpe circuitos de industrias culturales que crean productos de consumo, no depende de textos o editoriales; no necesita director, actores, diseñadores o todo el aparato técnico que ocupa la gente de teatro; no requiere de espacios especiales para existir sólo de la presencia del o la performer y su público; por ende es un acto repentino que comunica al artista con los espectadores que inquietos ante el improvisado escenario observan y pretenden comprender el concepto e ideas dramáticas del artista. Otros autores se adentran más en los elementos constitutivos del performance que a su vez involucran la transformación del artista durante su acción artística, como lo hace Gutiérrez (2011) el menciona que es un medio de conocimiento previo con el cual construimos la realidad, la reutilizamos para construir nuestra realidad performática desde una vía experiencial ya que es nuestro cuerpo el principal referente de identidad y principal instrumento que nos contacta con el mundo, a través de esta reutilización de los sentidos nos permitimos vivenciar una experiencia pasada, una fantasía o una construcción conceptual la que externalizamos desde ese espacio y tiempo subjetivo que es la misma construcción mental individual hacia un espacio real que es compartido. Complementando añade López (2007) denominando al performance como un gesto, describiendolo de la siguiente manera: “es decir sin decir, es decir haciendo”. En el performance todo se vale, se puede transitar de una disciplina

artística a otra, se puede recurrir a elementos propios de la danza, el teatro y el video, pero al mismo tiempo está permitido hacer uso de las matemáticas, la cocina y la vida misma.

3.4.1 Arte acción y el cuerpo.

El artista vive, expresa y acciona mediante su cuerpo su material artístico con el que inventa reinventa y expresa toda idea que manifiesta su propia realidad, sistema de creencias y una historia que no es más que el reflejo de su propio cuerpo, su cultura y su contexto como un agente de conocimiento. Argumenta Prieto (2007) que el cuerpo del artista pone en evidencia los sistemas discursivos ideológicos que lo constriñen en otras palabras es el cuerpo testigo y expresión de una cultura, pensamientos, problemáticas y malestares sociales. Continuando esta idea González (2011) dice que el performance deja huella de un acto real, el cuerpo del artista en el performance hace re-pensar el cuerpo como construcción social, como lo denomina Sedeño (2010) el cuerpo se vuelve el soporte del discurso creando un nuevo lenguaje. Es importante destacar este punto pues el cuerpo es la materia prima del arte del performance. No es un espacio neutro o transparente. El cuerpo del performer se vive de forma intensamente personal que expresa y siente. Como un producto de fuerzas sociales que lo hacen visible o invisible (casos de minorías) a través de nociones de género, sexualidad, raza, clase y pertenencia entre otros. El performer redacta a través de su cuerpo historias, sensaciones, malestares, demandas sociales plasmadas en un acto que involucra necesariamente al espectador el cual cerrará el ciclo del performance a través de su reflexión y entendimiento. Complementando Sedeño (2010) sostiene que el cuerpo es transformador de la existencia humana en todos los niveles: social, psicológico, biológico y cultural pues mediante el arte de acción posibilita la creación de un nuevo lenguaje artístico más cercano a la realidad cultural e histórica pues es el cuerpo forjador, testigo y cómplice de esa realidad que construye día a día.

Se comprende entonces al cuerpo como una totalidad en la que materialidad y espiritualidad-pensamiento-sentimiento están estrechamente unidos. Al tener una conciencia holística del cuerpo se rechaza la división cartesiana mente-cuerpo que hasta la actualidad ha servido para hacer de las corporalidades instrumentos funcionales, donde se habita y ejerce la autonomía de forma tal que el cuerpo es el conector con el mundo donde se canaliza todo lo que se vive y se siente, el dolor, el miedo, el amor, el deseo, el placer. Todo lo que se percibe y se siente se manifiesta corporalmente el cuerpo lo expresa, lo siente; la piel se eriza, un órgano se enferma, duele, salen arrugas, se cae el pelo, todas estas son manifestaciones corporales que indican que el cuerpo siente lo que el ser/sujeto siente, sujeto/cuerpo como uno solo (Reinoso, 2015).

Remarcando la importancia del cuerpo en el performance Reinoso (2015) puntualiza al sostener que en la performance el cuerpo adquiere el carácter central de la acción, maximizando el poder comunicativo de éste pues no se requiere otro lienzo ni otro soporte que no sea la corporalidad misma de él o la performer, los cuerpos que se ven en el espacio público o en la galería no son solo materialidad están cargados de significaciones, de historia, de memoria, llevan en sus carnes y en su piel como un tatuaje todo un discurso.

3.4.2. Transformación y la relación público-artista.

Schechner (2010) puntualiza sobre la transformación del estatus de los individuos llevadas por una serie de acciones que se componen de una secuencia de comportamientos que se inician con la reunión de un conjunto de individuos en torno a un centro en el cual se ejecutan acciones o alrededor de un suceso inesperado y tras la experiencia de ese suceso reflexionan sobre lo acontecido y ratifican un cambio de su situación anterior. Esta transformación se puede dar según Sedeño (2010) en la estructura social de los participantes, en los actores que experimentan un arreglo temporal de sus personalidades o en la percepción u opiniones de los asistentes a un drama estético. Para Taylor (2011) es en estas estructuras donde radica la poética del performance, en la capacidad humana para

ensayar posibilidades de conducta social e individual que posibiliten alternativas virtuales y reales de conducta.

Existe por ese breve momento una transformación de tiempo y espacio como si se detuvieran el tiempo y el espacio cimentando una escena especial para presentar una realidad, un ideal que desea ser compartido por una configuración simbólica algunas veces efímero otras veces dejando huellas que invitan a los espectadores al análisis de su propia vida. Es en esas personas en las que esa huella o mensaje logran una especie de unión simbólica de entendimiento donde ambos se transforman por un momento o se queda dentro de ellos en su percepción y en la manera de entender la cultura y el mundo en el que viven. De carácter subversivo, argumenta González (2011) el performance invita al cuestionamiento de la institucionalidad poniendo a prueba todo dispositivo establecido en la cultura moderna, este arte se comporta como un mecanismo de creación intentando explicar la intencionalidad directa del arte acción vinculándolo como dispositivo de creación y análisis del objeto que expresa y la persona que observa.

La transformación para González (2011) tiene su nacimiento en el juego que posibilita gracias a la polisemia para configurar los códigos que transforman un sentido de pertenencia de un colectivo, en ese sentido es como el performer trata de conquistar, fascinar o incitar al otro para que adopte cierta actitud, deja de ser cosa resuelta y al abrirse la brecha de la realidad esta conexión física provoca una agitación, una activación de las facultades humanas que obedece a la satisfacción inmediata, reflexiva y a la provocación de los sentidos y por ende al análisis discursivo e introspectivo. Al pasar a ser el cuerpo del artista la obra de arte el sujeto se transforma en el objeto, el medio de comunicación son los comportamientos sociales observados en celebraciones, rituales u otras manifestaciones expresivas formas de conducta que restauran las acciones realizadas en el pasado a través de procesos de reinterpretación. |

El cuerpo es producto de sistemas discursivos, es en la experimentación de la acción y el error donde es posible la transformación del performer donde la

subjetividad y el cuerpo del artista se convierten en el lienzo por el cual se trazarán las ideas, donde se crearán nuevas historias, posibilidades, maneras de ser (Schechner, 2000). Por su misma permisividad y flexibilidad otorga una disposición única para abordar temas personales como los duelos, pérdidas afectivas, miedos, angustias, depresiones, etcétera. Convirtiéndose así en un campo fértil para la investigación sobre la trascendencia psicológica del arte acción y la transformación del artista al llevar sus ideas, preocupaciones, miedos a un análisis elevado de reflexión profunda hasta transformarlo a un acto en el que la catarsis y el desapego se vuelven el fin último de la acción (López, 2007).

3.4.3. Performance y su relación con la psicología.

Entendiendo el performance y sus alcances terapéuticos por antonomasia es resaltar el amplio campo que subyace al integrar el arte acción como dispositivo de ayuda para los malestares psicológicos, es sin lugar a dudas el estado interno de la acción del cuerpo sobre un espacio y tiempo determinado, éste ha permitido a los artistas resignificar los objetos utilizados desde sus propias metodologías y construcciones conceptuales es así que durante la historia especialmente en los inicios del Body Art se manifestó la acción del performer en la utilización exclusiva del organismo como objeto (González, 2007). Para direccionar el interés y comenzar investigando sobre los límites físicos, psíquicos y espaciales, así como también es utilizado el cuerpo desde la presentación social del género y de la imagen muchos artistas se han dedicado a trabajar desde la subjetividad y la fragilidad de estas metodologías incorporando la conciencia de la acción como una herramienta más, construyendo así un registro subjetivo de lo que acontece en la experiencia, entre ellos procesos afectivos asociados a su identidad.

Se trata entonces que el artista se permite crear y tener un acceso a su mundo interno o externo (lo hace gracias a las facultades psicológicas que posibilitan la dinámica del crear), por lo tanto hacer uso libre de procesos más específicos como son el de la percepción y representación, mismos procesos creativos que no se generan de la nada si no son el resultados de experiencias, historias, relatos,

malestares o los problemas de la sociedad como la discriminación, la violencia de género, narcotráfico, etcétera. Concibiendo así que el entorno es agente constitutivo de sujetos a los seres humanos y es a partir de estas consecutivas experiencias que aparecen los intereses transparentando aquello que hace ruido, lastima y motiva e impulsa a hablar pues a través de la acción se busca y reafirma, logrando verse unos a otros distinguir y distinguirse del resto de las personas a través de esta constante que es la dinámica de la relación del sujeto con el mundo de los objetos que constituyen la auténtica realidad interna. Una manera de contar la propia individualidad es mediante el lenguaje y la acción pues es a través de éste como se manifiesta el síntoma.

Como resultado el performer creará una obra donde su identidad se formará como un relato en un espacio determinado a través de su cuerpo; es decir una narración que se da a sí mismo de alguna fantasía, idea o vivencia que es plasmada a través de un encuadre llamado Performance y está dentro del Arte (Agudo, 2014). Una externalización propia que pone en evidencia y al desnudo su propia crisis, vulnerabilidad y los elementos más íntimos del artista; estas representaciones que despliegan interacción generan un espacio relacional donde coexisten subjetividades, por un lado las ideaciones conceptuales del performer que intenta proyectar hacia ese espacio donde acciona y por otro el espectador que percibe desde fuera y se acepta como legítimo en ese espacio, potencializa al artista a comunicar simbólicamente aspectos de su identidad y es esta acción la cual advierte la sensación de coordinación y coherencia en el performer.

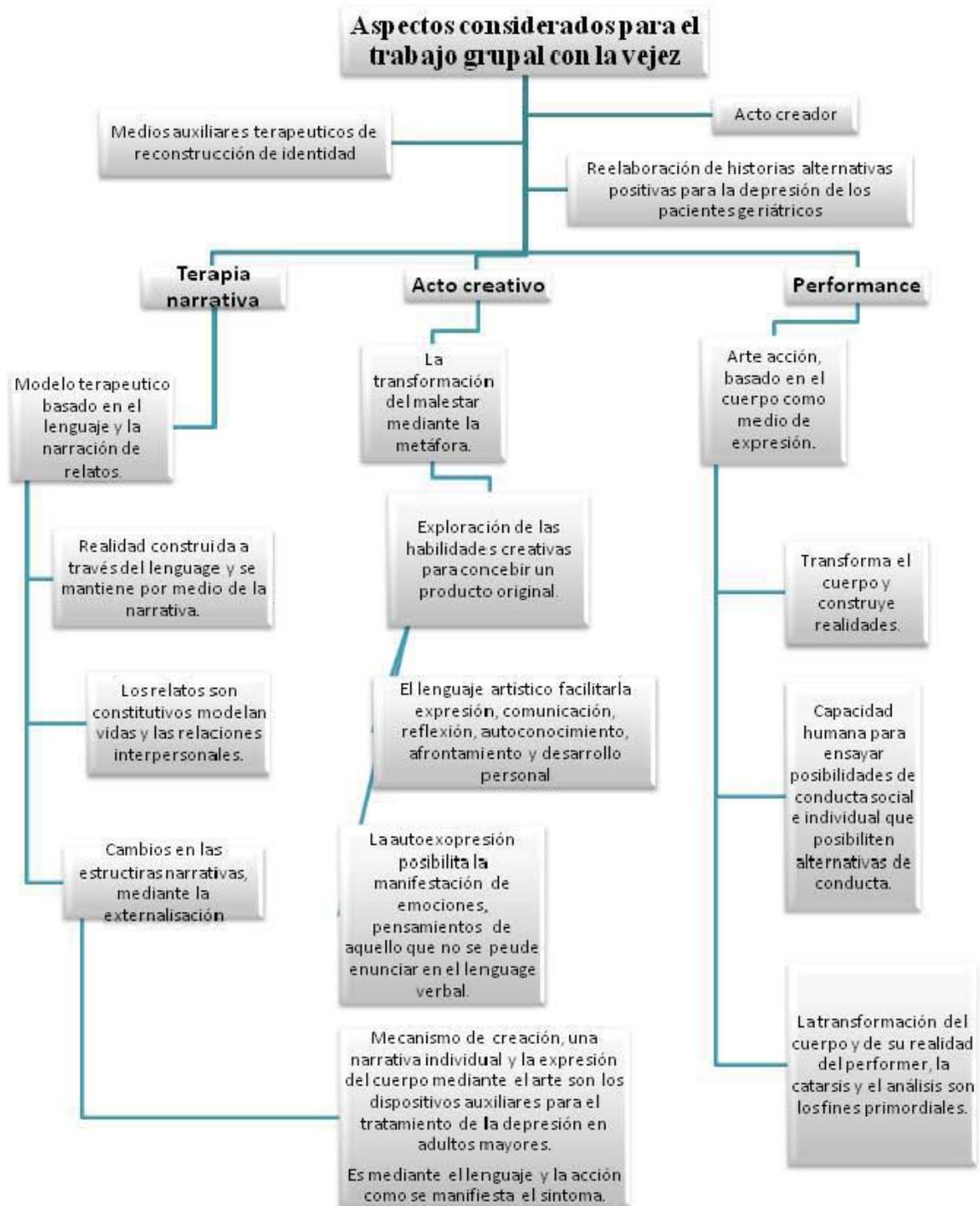
González (2007) habla sobre la transformación del estatus de los individuos llevadas por una serie de acciones que se componen de una secuencia de comportamientos que se inician con la reunión de un conjunto de individuos en torno a un centro en el cual se ejecutan acciones o alrededor de un suceso inesperado y tras la experiencia de ese suceso reflexionan sobre lo acontecido y ratifican un cambio de su situación anterior. Esta transformación se puede dar según López (2007) en la estructura social de los participantes, en los actores que experimentan un arreglo temporal de sus personalidades o en la percepción u opiniones de los asistentes a un drama estético.

Considerando que la perpetuidad del malestar ocurre cuando un hecho que para el sujeto es traumático por lo complejo de la experiencia, de formar frases en las que se sienta interpretado la persona puede llegar a sentir que su identidad se encuentra estancada debido a que la falta de significado le da una sensación de irrupción temporal, permaneciendo estancada esta persona por la misma incertidumbre de la no expresión, no entendimiento y por ende la no reflexión (López, 2007). Lo que acontece en la performance es que se sitúa el contenido emotivo de la experiencia internalizada en un espacio y tiempo determinado, por lo tanto este contexto performativo posibilita vivenciar por segunda vez el "Sentir", con el objetivo de alcanzar el registro interno del primer estímulo al cual el artista fue expuesto, en este caso el revivir una experiencia traumática, o re experimentar la soledad, la depresión, la ansiedad, la muerte de un ser querido, etcétera. Esta reedición del dolor emotivo por la autoflagelación para el artista pasa a ser la resignificación de lo emotivo de la experiencia. La diferencia radica es que en esta vivencia existe un control de los factores que la produjeron, y una intención que lleva al artista a repetir lo vivenciado a través de un reordenamiento espacial, simbolizando las variables asociadas a la situación que se hace referencia, donde el sujeto muestra lo que sintió o lo que le gustaría sentir en la medida que exista una óptima elaboración (Gonzales, 2007). Resumiendo que se busca, como se ha mencionado anteriormente, volver al sentimiento original pero para traerlo el artista debe ser capaz de enfrentarlo y generar un estado de análisis donde necesita lograr obtener nuevos significantes a través del control del dolor sobre su cuerpo, por tanto éste lo utiliza para alcanzar la coherencia que requiere para elaborar ese entendimiento de su mundo afectivo.

Pese a que esta construcción artística ya está a nivel simbólico, el performer se inmiscuye nostálgicamente en un intento de buscar una respuesta y entendimiento, algo que le permita comprender existencialmente lo vivenciado, con el fin de lograr una organización a eso que no ha podido definir o expresar (Álvarez, 2007). Por lo tanto la acción performática permite mantener esa continuidad, al presentarse esta metodología como una alternativa para encontrar la coherencia de la experiencia. Al reordenar la narrativa personal en un

performance facilita una nueva mirada no tan solo de el artista, si no de quienes comparten esa acción en un espacio de arte, espacio donde se reactualiza su identidad a través de un discurso personal de movimientos, expresiones, simbolismos recursos audiovisuales, y donde se invita al otro para que observe, estableciendo así un vínculo que le ayude en muchos casos a darle esa contención como participante testigo, acompañándolo en el sentir y en el comprender, quizás a una nueva construcción de su propio ser, ritual parecido a lo que Michael White en el modelo narrativo denomina las ceremonias de celebración, donde se invita durante la última sesión a los familiares o compañeros a participar con un acto final que cierre y evidencie todo el proceso terapéutico del paciente respecto a su malestar. Esta conmemoración funge como un ritual en el que el mismo paciente muestra y actualiza su propio problema para sí mismo y para terceras personas, una manera de mostrar el resultado del análisis, reflexión y sobre todo de la liberación que procede de poder expresar con todos los recursos posibles lo que significa padecer un síntoma que no le permitía encontrar esa paz y tranquilidad que necesitaba.

Esquema de resumen: Capítulo 3



METODOLOGÍA

Se utilizó el esquema de evaluación de procesos grupales: el cono invertido de Enrique de Pichón Riviere (1971), para analizar la evolución del grupo operativo respecto a los objetivos

planteados con el taller. En esta evaluación se contemplan 6 vectores (interacción grupal), así como la identificación de obstáculos que impiden dicho objetivo y las metas logradas respecto al objetivo; es decir la ejecución óptima de estos vectores marchará hacia el cumplimiento de las tareas hacia el logro de sus objetivos. El primer vector es la afiliación que es la capacidad de los integrantes para identificarse con el grupo, es decir un proceso de identificación con los demás integrantes al compartir en este caso un malestar en común: La depresión. Después se evalúa la cooperación de acuerdo a la capacidad de operar con el otro, en conjunto con el grupo, la productividad y eficacia para alcanzar las metas y objetivos del grupo. El tercer vector es la pertenencia, este hace referencia a la capacidad de los integrantes para centrarse en la tarea u objetivo así como la responsabilidad que se tiene con el grupo con el que se siente identificado. El cuarto vector alude a la comunicación, ya sea verbal, no verbal o gestual, las interacciones que se tienen en el grupo, el intercambio de información y sobre todo en el entendimiento y el proceso de comunicación, emisor-receptor se encuentre en circuito y constante retroalimentación para que el proceso adecuado de información llegue a todos y sea comprendido. Le sigue el vector del aprendizaje, es la capacidad del grupo generar nueva información y producir cambios, retener la nueva información e incorporarla a al mundo interno de la persona para lograr una modificación significativa en la vida de cada uno de los integrantes, evaluando la adaptación de esta nueva revelación a la realidad y su vida cotidiana. El último vector se denomina Tele y se define como la disposición de los integrantes para trabajar y las reacciones que se tienen en el grupo. Dos elementos importantes a considerar en los cambios en el grupo son el miedo a las pérdidas (perder lo conseguido) y miedo al ataque (a la situación futura). Este esquema servirá para jerarquizar los avances del grupo así como los obstáculos

iniciales que se presentaron en el taller, también se reporta la apertura a nuevas formas de entender su malestar las posibilidades para la gestión individual de nuevas estrategias respecto a la depresión.

Participaron 15 adultos mayores de edades entre 58 y 72 años. Se lanzó una convocatoria en la clínica Familiar Balbuena del ISSSTE para el taller y ahí mismo se realizó. Aunque se inscribieron alrededor de 32 terminó el grupo formado por 15 participantes. El taller se llevó a cabo por dos terapeutas. El taller tuvo una extensión de 6 sesiones, una sesión a la semana respectivamente con una duración de dos horas cada una.

Procedimiento.

Taller intervención a la depresión	
No. De sesión:	
1	
Horario.	
Martes 27 de abril de 2017 de 9:00 am – 11:00 am Aula de conferencias y exposiciones de la clínica.	
Objetivo específico:	
Que los participantes conozcan los objetivos del taller y que tengan una definición de lo que es la depresión así como la forma en que ha modificado sus vidas.	
Actividades:	

Bienvenida al taller, aplicación de una dinámica de integración.

Explicación de los ejes temáticos del taller y conocimiento de los intereses y necesidades de los participantes respecto al taller así como sus expectativas.

Definir la depresión en forma colectiva (entre los terapeutas y entre los participantes)

Se realizará una representación física de lo que significa para los participantes la depresión.

Se explorará la forma en la que se han afrontado a la depresión y la forma en que ha afectado sus vidas así como los aspectos positivos de cada participante.

Se volverá a hacer una figura física representando ahora los aspectos positivos y fortalezas de cada uno.

Cerrará la sesión invitando a las participantes a pensar su vida sin la depresión y cómo sería si lograrán superar su malestar.

Recursos didácticos.

Pizarra blanca, hojas, plumas, plumones, plastilina.

Taller intervención a la depresión

No. De sesión:

2

Horario.

Martes 4 de mayo de 2017 de 9:00 am – 11:00 am
Aula de conferencias y exposiciones de la clínica

Objetivo específico:

Que los participantes reconozcan las experiencias que hacen posible la permanencia de la depresión en sus vidas, identificando las sensaciones de su cuerpo, pensamientos y consecuencias que acompañan dichas experiencias.

Actividades:

Retroalimentación en forma de resumen de la sesión anterior.

Lluvia de ideas para definir la depresión.

Narración de experiencias significativas que posibilitan la permanencia de la depresión.

Técnica basada en la imaginación para identificar el aspecto depresivo más importante, dirigiendo a poner atención en las sensaciones físicas y fisiológicas que lleva consigo ese evento.

Se hará una ronda de diálogo para expresar las sensaciones que experimentaron en la experiencia imaginativa y cómo se sintieron al re experimentar ese episodio.

Externalización del problema a partir sus propias experiencias y sensaciones.

Tarea: Realizar un trabajo original en forma de poema que exprese su depresión y llenar la gráfica que de los eventos extraordinarios.

Recursos didácticos.

Pizarra blanca, hojas, plumas, plumones.

Taller intervención a la depresión**No. De sesión:****3****Horario.****Martes 4 de mayo de 2017 de 9:00 am – 11:00 am**

Aula de conferencias y exposiciones de la clínica

Objetivo específico:

Que los participantes identifiquen los eventos extraordinarios en sus vidas (aquellos donde pudieron tener momentos felices aun en presencia de la depresión) para generar apertura a un nuevo pensamiento que posibilite la estabilidad emocional de los participantes.

Actividades:

Escucha y retroalimentación de cada trabajo creativo.

Llenado de una pirámide de autorespeto, autodescubrimiento, autorespeto para lograr una mejor definición sobre si mismos.

Revisión de la gráfica de eventos extraordinarios, análisis del impacto de los eventos positivos y negativos en la vida de cada participante.

Narración colectiva de eventos extraordinarios donde la depresión fue suprimida, aquellos momentos en las que pudieron disfrutar de su vida venciendo la depresión.

Focalización de los eventos extraordinarios aislados donde se venció la depresión para generar apertura sobre la posibilidad de vivir sin el malestar.

Recursos didácticos.

Pizarra blanca, hojas, plumas, plumones.

Taller intervención a la depresión**No. De sesión:****4****Horario.****Martes 4 de mayo de 2017 de 9:00 am – 11:00 am**

Aula de conferencias y exposiciones de la clínica

Objetivo específico:

Que los participantes externalicen su propio malestar mediante un trabajo creativo para darle una función positiva a la narrativa actual de cada participante

Actividades:

Análisis de los temas dominantes en los trabajos creativos, elementos en común en la depresión.

Diálogo y retroalimentación de cada poema y reedición del poema con una intención positiva.

Diálogo sobre los beneficios de externalizar el problema por medio de la narrativa y el diálogo, análisis y propuestas de cambio.

Definición de performance y la propuesta de trabajo de intervención.

Propuestas y sugerencias para el montaje, acciones y representaciones que expresen los episodios depresivos de cada participante.

Coordinación en imaginación para visualizar con su cuerpo la forma de manifestar su depresión.

Tarea: traer una propuesta escénica de acción que exprese su propio malestar.

Recursos didácticos.

Pizarra blanca, hojas, plumas, plumones.

Taller intervención a la depresión**No. De sesión:****5****Horario.****Martes 4 de mayo de 2017 de 9:00 am – 11:00 am**

Aula de conferencias y exposiciones de la clínica

Objetivo específico:

Que los participantes logren la externalización de su malestar mediante su cuerpo, vivenciando directamente el episodio depresivo, con una intención de sentirlo, confrontarlo, hacerle frente y experimentarlo para cambiar su narrativa negativa actual.

Actividades:

Revisión general sobre lo que es la depresión y lo que implica en la vida de cada participante.

Antropomorfización del problema para poder externalizarlo, enfrentar el problema que se presenta actualmente en sus vidas. Dando forma al malestar hablando directamente con el, expresando mediante un momento escénico la forma de su depresión.

Presentación de las propuestas para el performance, análisis y reflexión de cada caso.

Diálogo y círculos de habla-escucha

Recursos didácticos.

Pizarra blanca, hojas, plumas, plumones.

Taller intervención a la depresión	
No. De sesión:	
6	
Horario.	
Martes 4 de mayo de 2017 de 9:00 am – 11:00 am Aula de conferencias y exposiciones de la clínica	
Objetivo específico:	
Que los participantes realicen una presentación del performance representativo de la depresión, para reflexionar sobre los cambios, posibilidades y experiencias vividas a través de esta manifestación artística.	
Actividades:	

Presentación del performance en el aula de conferencias y exposiciones de la clínica familiar Balbuena.

Primera presentación del performance basado en la reflexión, la ayuda mutua, el apoyo colectivo de los participantes y vivencia colectiva del cuerpo y el proceso terapéutico del performance.

Análisis del efecto terapéutico del performance, impresión de cambios y nuevas estrategias de ayuda para el problema de cada participante.

Ceremonia de definición, apertura a nuevos proyectos de vida, actividades, compromisos y estrategias de cambio para evitar recaídas.

Recursos didácticos.

Pizarra blanca, hojas, plumas, plumones.

Desarrollo del taller.

Sesión 1

La primer sesión siguiendo la metodología del grupo operativo de Enrique Pichón Riviere (1971) se inició con el encuadre, es decir el camino y proceso hacia dónde estarían dirigidos los objetivos del taller. Conociendo las inquietudes y demandas iniciales de los participantes, escuchando propuestas también de lo que les gustaría que se hiciera, así como las expectativas que tenían respecto al dispositivo grupal. Se les repartieron tarjetas blancas para para que anotaran su nombre y un listón para poder colgar la tarjeta en forma de credencial de identificación. Terminada la actividad se procedió con una dinámica grupal de presentación. una vez presentados los participantes y en sus respectivos lugares se inició con el primer apartado del taller: definir la depresión y tener un primer acercamiento al entendiendo de este malestar emocional.

Haciendo uso de una barra de plastilina se les pidió que representaran la manera en que han vivido con la depresión en la etapa más importante de su vida o actualmente, de forma simbólica hicieron figuras que representaban a los participantes y sus emociones respecto a la depresión, cada uno habló sobre sus figuras y qué representaban para cada uno (sus miedos, vulnerabilidades, frustraciones, debilidades, ansiedades, tristezas). Escuchando todas sus historias respecto a cómo se sienten y cómo ha modificado la depresión sus vidas relacionándola con la figura creada en plastilina. Promocionando el diálogo e intercambio de ideas se invitó a que hablaran después sobre aquellos aspectos positivos que tienen cada una de las participantes, de igual forma algunas de sus fortalezas y elementos que las hacen únicas.

Al final se les sugirió destrozar la figura para poder hacer nuevas imágenes y representaciones de lo que era su problemática moldeando nuevas formas de expresar sus emociones con una orientación positiva pensandola partir del nuevo discurso de fortalezas y una orientación más alentadora.

Terminando la sesión se invitó a que pensarán cómo sería su vida sin la presencia de la depresión y qué estarían dispuestos a hacer para volverlo realidad.



Figura 3. Construcción de figuras de plastilina.

Sesión 2

La segunda sesión inició con la construcción del significado de la depresión por los participantes, a manera de lluvia de ideas cada participante mencionaba palabras o conceptos que ligaban al término depresión, para terminar formando un concepto constituido a base de ideas de los propios participantes, inmediatamente iban narrando experiencias que los habían marcado y que les habían hecho permanecer en estado depresivo. Para lograr un mayor entendimiento de la depresión se realizó una técnica de imaginación la cual consistía en recordar el momento significativo de sus vidas el cual era el agente depresor actual de sus malestares emocionales, se focalizó la atención en ese acontecimiento, se les dirigió de tal modo que pudieran vivenciar las manifestaciones del cuerpo y los pensamientos que aparecían ante la presencia del acontecimiento o agente depresor así como la identificación de sensaciones del cuerpo, emociones, alternativas funcionales a tales episodios depresivos. Después se solicitó que en términos concisos expresaran todas las emociones, sensaciones, pensamientos que atravesaban a partir de su agente depresor. Este ejercicio sirvió para tener un primer acercamiento al entendimiento de su propio problema emocional. Concluyendo que las experiencias son únicas y particulares para cada persona pero la gran mayoría comparte sensaciones físicas, emociones y pensamientos similares, sensibilizando así a los participantes en su malestar, comprendiendo que no son los únicos que lo padecen y dentro del taller en conjunto existiría apoyo mutuo para superar sus propias depresiones. Antes de terminar la sesión se dio pauta a la propuesta de intervención para la depresión, solicitando para la siguiente sesión una propuesta artística que exprese el malestar interior de cada uno de los participantes. A forma de tarea también se les solicitó realizar una gráfica la cual llevaría a cabo una escala del uno al cien partiendo desde el momento donde recuerdan su vida los momentos más significativos tanto positivos como negativos en su vida.

La externalización comenzó desde que se fue guiando el trabajo creativo a la representación de su malestar, es decir antropomorfizar su propio síntoma y

escribir un acto creativo dedicado hacia ese gran villano que ha perjudicado tanto sus vidas. Dando a luz, poesía original de sanación que generase las alternativas y herramientas para vencer la perturbación que acompaña su camino.



Figura 4. Elaboración colectiva de la definición de depresión.

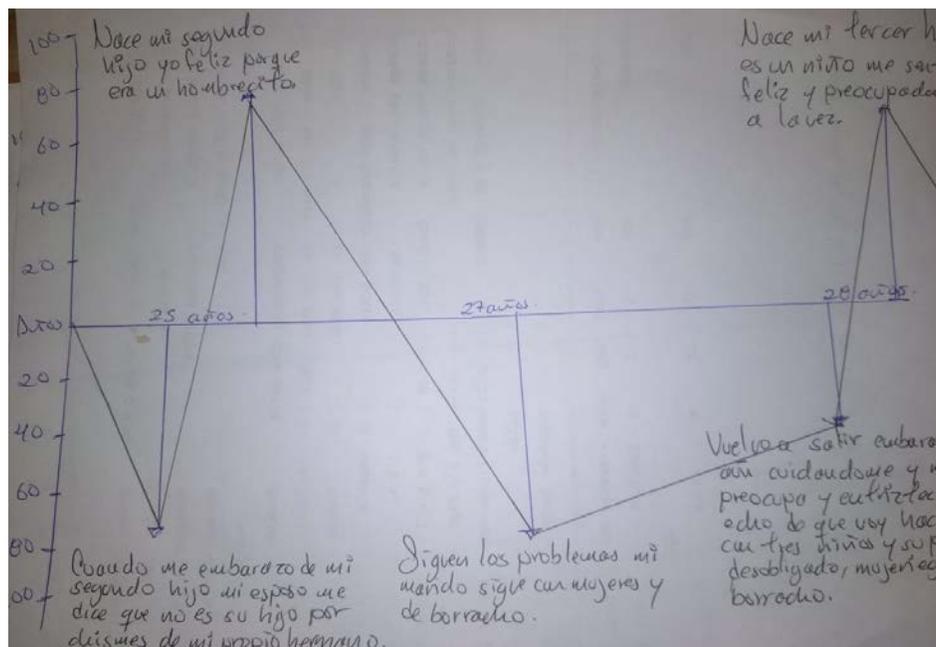


Figura 5.

Gráfica de los eventos significativos personales.

Sesión 3

La tercera sesión se enfocó en la introspección y la reminiscencia, por un lado se explicó y se fue guiando la actividad llenando una pirámide de Autoestima la cual contenía aspectos sobre su propio descubrimiento, auto respeto, auto conocimiento, enfocándose en cada aspecto y guiándose hacia la construcción de una mejor definición sobre ellos mismos.

Al término de la actividad se prosiguió con la revisión de la gráfica de eventos extraordinarios o eventos especiales, negativos y positivos. Los participantes fueron poco a poco hablando de los eventos vividos a lo largo de su vida, como experimentaron cada suceso en su momento y qué marcas le dejaron hasta el día de hoy, de forma general los participantes se inclinaron a hablar solo de los momentos negativos de sus vidas, olvidando los sucesos felices que también habían dejado marca en sus vidas, explicando más adelante por ellos mismos que esto se debía a que los sucesos negativos o tristes son mucho más intensos que los positivos y son los que dejan marcas más fuertes y difíciles de quitar. Después de haber comprendido que también los momentos positivos son importantes y que enfocarse en ellos genera un cambio de visión respecto a sus propias vidas, comenzaron a preguntarse qué les había dejado más paz y que los había formado como mejores personas, pensando en que ellos han podido vivir cosas maravillosas a pesar de haber sufrido mucho. La gráfica que expresaba su vida resumida en papel terminaba en el día presente de cada uno, inconclusa y aun con eventos que registrar generando la reflexión en cada uno sobre qué tipo de eventos futuros aparecerán. Si están dispuestos a padecer o repetir un evento negativo o dedicarse a generar qué momentos extraordinarios positivos ocurran. Enfocándose en esta segunda ronda de reflexión e historias en aquellos sucesos en los que la depresión no fue suficiente para poder hacer algo positivo, aquellas experiencias en las que los participantes fueron más fuertes que la depresión y pudieron realizar actividades, tareas, etcétera. Olvidando, dejando de lado o simplemente atreviéndose a hacer las cosas. situación especiales que Michael White nombra eventos extraordinarios. Guiando la actividad a la enunciación de

sus trabajos creativos, se escuchó y analizó cada uno de los trabajos expresando su malestar en un lenguaje poético con la intención de lograr con la ayuda de todos en el taller a resignificar su depresión y darle un cambio de significantes. Los trabajos gustaron tanto que se decidió dar una copia para cada participante para poder juntarlos todos y realizar una antología de sus trabajos creativos. Se les solicitó para la siguiente sesión analizar los temas, palabras, sentimientos y emociones que habían en común en los actos creativos realizados así como resumir en una o dos palabras el tema general de su creación.



Figura 6. Las participantes escuchan los trabajos creativos.

Sesión 4

Comenzó la sesión con una breve recapitulación de lo sucedido en la sesión anterior y con la lectura de las creaciones que faltaban y que habían quedado sin analizar, inmediatamente después se dirigió la sesión con los ejes temáticos en común de los trabajos extrayendo de cada poema los comunes denominadores, las emociones y sentimientos compartidos narrando la forma en la que viven sienten y padecen su malestar. La mayoría hablaba de pérdidas, fue como se dirigió la sesión en enfocarse en las pérdidas, el desapego y en la producción de proyecto de vida. Se fueron construyendo ideas funcionales para cada uno de tal forma que entendieran su depresión a través de sus pérdidas sus apegos

emocionales y la falta de motivación para realizar nuevas experiencias. Se fue dando puntual atención a cada caso por lo que la sesión profundizó en esta actividad, dejando que la sesión siguiera con la misma actividad.

Como último ejercicio del día se habló sobre lo que es un performance y cómo funciona, se les dijo a los participantes que se convertirían en artistas por un día, representando su depresión por los medios que ellos quisieran y con ideas libres. Invitando a que pensarán una acción que representara el malestar en su cuerpo, en su mente y en su vida.

Acompañándolos con música se sugirió que cerraran sus ojos e imaginarse cómo podrían expresar su dolor o emoción de una acción dramática, que pusieran atención en los recursos visuales, vestuario, movimientos, gestos, lenguaje, para poder llevarlo a cabo en una puesta en escena. Concluyó la sesión escuchando las ideas de representación, dejando como tarea para la siguiente sesión traer propuestas para el performance.

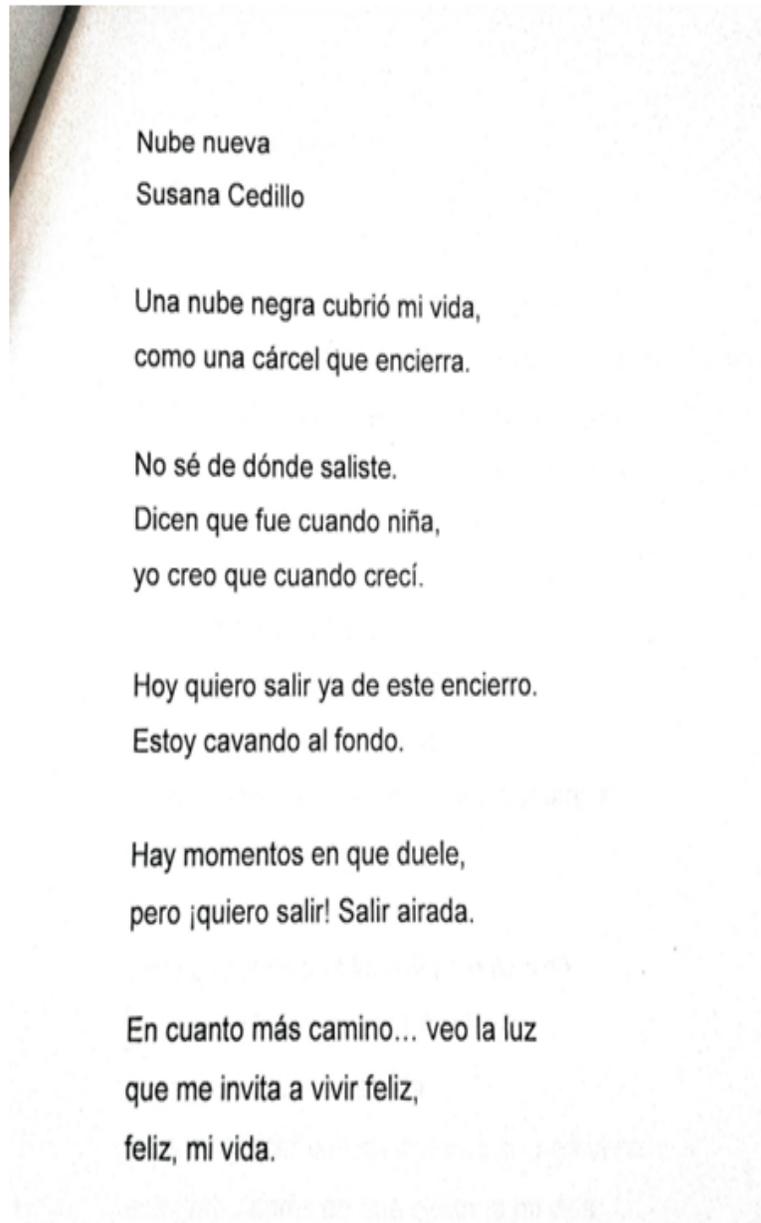


Figura 7. Uno de los escritos originales de las participantes.



Figura 8. Las participantes mientras cerraban los ojos imaginaban alguna acción que expresara su depresión.

Sesión 5

La penúltima sesión estuvo pensada en realizar una revisión general sobre la depresión de cada uno de los participantes, pensando en el malestar como una fuerza presente en la vida de cada uno pero no más fuerte que los participantes, el trabajo era realizar un decreto individual para no permitir que la depresión vuelva a modificar su vida para mal, se le daría forma a la depresión, como una sombra para después del performance vencerlo y aplastarlo, a partir de que en forma colectiva se generaron las alternativas y formas de comenzar a superar la depresión, este decreto validaría la iniciativa de cada uno por hacer eso que no había podido hacer o que durante el taller fue surgiendo como alternativa para superar la depresión.

Después de la actividad se continuó con la representación inicial del performance, con música y con movimiento involuntarios y libres se les pidió a los participantes que representaran el acto creativo que habían realizado sesiones atrás, y que expresaran también esa palabra que definía por completo su depresión. Los participantes de forma libre y con mucha dedicación representaron con su cuerpo su malestar. Algunos lloraron, otros gritaron algunos otros fueron mucho más

intensos y otros simplemente no estaban listos aún para lograr dicha representación. Al final se retroalimentó sobre lo sucedido, el carácter autorreflexivo y de análisis que implicaba para cada una el expresar con su cuerpo un síntoma tan intenso como la depresión. Se escucharon las conclusiones de las participantes y se invitó a pensar en lo que había ocurrido y sobre todo qué implicaba en sus vidas el expresar, externalizar, representar y traer de vuelta un problema que hasta ese día no terminaban de entender y veían difícil de vencer.



Figura 9. Representaciones individuales para el montaje

Sesión 6

La presentación estaba pensada en ser una acción espontánea, con la esencia de un arte performance, en un escenario determinado bajo circunstancias indeterminadas, pero cuando se realizó el primer performance a puertas cerradas, existió una gran carga emocional que se transmitía de una forma muy fuerte y se pensó que esta carga emocional transmitida podía alterar a más de un espectador si se presentaba de forma repentina dentro de las salas de espera de la clínica, así que se optó por la opción de hacer invitaciones y pegarlas dentro de la

instalación para que fueran a ver el acto performance con una semana de anticipación.

El primer performance tuvo la finalidad de transformarse en lo que Michael White denomina: ceremonias de definición. Canalizar todas las emociones y darles una intención de análisis y reflexión, de permitirse sentir toda la tristeza y sensaciones en su cuerpo para expulsarlas mediante el movimiento o expresiones faciales o sonidos. Con apoyo de música cada uno expresó libremente su malestar y le dio la intención de externalizar todo lo que significaba la depresión, en medio de gritos, lágrimas e incluso un momento de crisis; pertinentemente se atenuó e intervino en ese caso particular (respiración profunda y relajación progresiva). Después de haber hecho su manifestación, se guió la narrativa sobre la fuerza que ha tenido la depresión en sus vidas y la forma en que se ha modificado su vida por este malestar así como reflexionar si están dispuestos a permitir que la depresión siga lastimando su cuerpo y enfermando su mente. Retroalimentando también en cómo se sintieron y los beneficios que tuvo para cada uno su participación. En algunos casos la sensación de su cuerpo los remontó al origen de su depresión, significando para sus vidas un parteaguas a partir de ese momento, afirmando que no están dispuestos a sentirse nunca más así, que la depresión no es más fuerte que ellas y no permitirán que siga dominando sus vidas, generando así un cambio en su narrativa personal por una significativa, funcional nueva narrativa que las defina de una mejor forma.

Cabe mencionar que el performance era un acto de presentación sin organización ni vestuario ni materiales, pero ocurrió que los participantes se adentraron tanto es su presentación que fueron sugiriendo ideas de elaboración escénica, como materiales, conceptos, ideas dramáticas, secuencias etcétera. De tal forma que se tuvo que transformar la presentación para darle validez a las ideas y recomendaciones de los participantes que se adentraron, entregaron y emocionaron a la presentación venidera.

Durante la presentación oficial en el aula, el performance dio inicio con el escenario organizado, los vestuarios y música lista, hubo un lleno de asientos lo que emocionó más a los participantes. A lo largo de la presentación se pudo ver la

forma en que las expresiones de los artistas transmitían a los espectadores emociones intensas, las cuales se reflejaban con lágrimas y tristeza en aquellos que presenciaban la puesta en escena.

Respecto al apoyo social, dentro del performance los artistas se dieron la oportunidad de romper con la cuarta pared (término asignado en dramaturgia el cual ocurre cuando el actor interactúa con los espectadores, rompiendo la línea dramática) para invitar a los espectadores a sonreír, permitirse bailar y abrazar. Esto no se ensayo ni se predijo, los participantes en medio de su alegría tomaron a los espectadores de las manos y los levantaron de sus asientos para que compartieran ese momento de alegría con todos los demás. Este acontecimiento también se puede llevar a análisis, puesto que denota la importancia que los adultos mayores le dan al apoyo social, tanto para afrontar la depresión como para disfrutar su vida. Mientras que en la primera parte del performance los adultos mayores decidieron como medio de vencer la depresión, la ayuda mutua, la fuerza colectiva para poder hacer frente a su gran malestar, también dieron prioridad a disfrutar y a hacerse de redes de apoyo como medio de protección a la depresión.

El pensarse en ser vistos y ser escuchados fomenta ideales de identidad y contrasta esas ideas arraigadas que descalifican lo que son y lo que pueden llegar a ser. Durante la mesa de diálogo los terapeutas tuvieron participación mínima, toda la exposición, retroalimentación fue dirigida por los participantes, los cuales hablaron sobre la depresión en términos generales y sobre su experiencia viviendo con depresión, así como la importancia de tener asistencia psicológica en la vejez. Fue enriquecedor escuchar las exposiciones de los participantes, el entusiasmo con la que se expresan y la entrega que le dan a sus recomendaciones, esto reflejó un deseo general de ser escuchados y ser vistos y a su vez una nueva forma de pensarse y conocerse a ellos mismos como parte de la sociedad. El hecho de pensar que tenían que presentarse a un público, que serían los protagonistas y foco de atención les causaba emoción y alegría, los terapeutas para fomentar su emoción les llamaban artistas, alentaban a que fueran libres y se dejarán llevar por sus emociones.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis del performance.

El performance se organizó de la siguiente manera:

Primera parte.

- Lectura de un poema original de una de las participantes (producto de las sesiones)
- Representación del gran malestar “la gran depresión”

Segunda parte.

- Representaciones individuales “yo viviendo mi depresión”
- La depresión inmoviliza, impide, destruye.(los participantes debajo de una gran túnica quedaron inmóviles sin expresión)

Tercera parte.

- Venciendo mi depresión (apoyo social y fuerza de voluntad)
- Empezando una nueva vida
- Expresando mi libertad y felicidad.

Al iniciar el performance con uno de los trabajos creativos realizado durante el taller, indica la principal necesidad de los adultos mayores para tratar de expresar y entender la naturaleza de su malestar, una aproximación a definir qué es la depresión y cómo se manifiesta en sus vidas. Se había mencionado antes la idea de la transformación del objeto por la metáfora a través del acto creativo y esta fue la prueba de la transformación de una experiencia negativa mediante la representación poética y artística generada por sus propios trabajos en el taller. Expresar la depresión como un imponente cuerpo negro y sin piedad, es a lo que se denominó la gran depresión, personificar de esta forma al malestar que comparten todas las participantes, denuncia la incapacidad con la que encaran el gran problema con el que se minimizan y se convierte incluso más grandes que ellas, un indeseable

compañero que acompaña su misma existencia pero que día con día gana terreno y carcome la identidad, voluntad y alegría de quien la posee.

La segunda parte del performance estuvo caracterizado por las representaciones individuales, regresar a sentir el dolor tan intenso como lo fue la primera vez, experimentar todas esas sensaciones físicas, emocionales y sobre todo aceptar la re experimentación de todo ese dolor, se convirtió en el arma simbólica más fuerte para cada una, como un acto masoquista de regresión al dolor, sólo que esta vez pretendida con una intención de catarsis, reflexión y análisis. Siendo la parte más enriquecedora del performance al permitir gestionar y aplicar todo lo aprendido en el taller, expresando en un lenguaje no verbal toda la comprensión hacia su propio problema. El utilizar un velo que las cubriera a todas es una dramatización de luto afectivo y melancolía hacia su propio ser, su vida y aquellos momentos cuando se vivía en paz, sin duda una muestra representativa del aislamiento y soledad con la que vive el adulto mayor. De igual manera el gran manto que al final de la segunda parte inmovilizó y cubrió a todas por el gran ente de negro, pasa a convertirse en la metáfora del gran lobo contra las ovejas indefensas inmóviles de miedo. Alegoría que denota también que dentro de ese gran manto existen historias compartidas, sentimientos y emociones los cuales no son exclusivos de una persona, hay muchas más que sufren y que ligan intrínsecamente a un colectivo que pugna por terminar con un gran problema en común.

La tercera y última parte expresa en sí, los medios para superar la depresión siendo al menos para el grupo de la tercera edad, un determinante el apoyo social, la identificación y afiliación con un grupo que comparte sus ideas, experiencias y que está dispuesto a nutrir y retroalimentar a cada uno con nuevas alternativas de vivir y significarse unas a otras. Vencer y destruir las cadenas es la manera figurada de romper el antiguo paradigma que explicaba su propia existencia y la desmitificación de lo que es ser adulto mayor, con coraje, fuerza y ganas de vivir. Bailar y contagiar la alegría son las grandes atribuciones generadas por el taller, abrir un espacio en sus vidas para transformar su malestar en una historia del pasado.

Esquema de cono invertido

Se utilizó el esquema de evaluación de procesos grupales: el cono invertido de Enrique de Pichón Riviere (1971), para analizar la evolución del grupo operativo respecto a los objetivos planteados con el taller. En esta evaluación se contemplan 6 vectores (interacción grupal), así como la identificación de obstáculos que impiden dicho objetivo y las metas logradas respecto al objetivo; es decir, la ejecución óptima de estos vectores marchará hacia el cumplimiento de las tareas hacia el logro de sus objetivos. El primer vector es la afiliación que es la capacidad de los integrantes para identificarse con el grupo, es decir un proceso de identificación con los demás integrantes al compartir en este caso un malestar en común: La depresión. Después se evalúa la cooperación de acuerdo a la capacidad de operar con el otro, en conjunto con el grupo, la productividad y eficacia para alcanzar las metas y objetivos del grupo. El tercer vector es la pertenencia, este hace referencia a la capacidad de los integrantes para centrarse en la tarea u objetivo así como la responsabilidad que se tiene con el grupo con el que se siente identificado. El cuarto vector alude a la comunicación, ya sea verbal, no verbal o gestual, las interacciones que se tienen en el grupo, el intercambio de información y sobre todo en el entendimiento y el proceso de comunicación, emisor-receptor se encuentre en circuito y constante retroalimentación para que el proceso adecuado de información llegue a todos y sea comprendido. Le sigue el vector del aprendizaje, es la capacidad del grupo generar nueva información y producir cambios, retener la nueva información e incorporarla a al mundo interno de la persona para lograr una modificación significativa en la vida de cada uno de los integrantes, evaluando la adaptación de esta nueva revelación a la realidad y su vida cotidiana. El último vector se denomina Tele y se define como la disposición de los integrantes para trabajar y las reacciones que se tienen en el grupo. Dos elementos importantes a considerar en los cambios en el grupo son el miedo a las pérdidas (perder lo conseguido) y miedo al ataque (a la situación futura). Este esquema servirá para jerarquizar los avances del grupo así como los obstáculos iniciales que se presentaron en el taller, también se reporta la apertura a nuevas formas de entender su malestar

Esquema del cono invertido de Enrique PichonRiviere.

Vectores	Inicio	Final
Ansiedad-es básicas.	Incomodidad, incapacidad para afrontar las pérdidas. Vergüenza de expresarse, inseguridad social.	Aceptación y disposición de adaptación a una nueva realidad. Primeros indicios de cambio.
Miedo a la pérdida.	Invalidez y resistencia para pensar que existen nuevas formas de ser más allá de la dinámica actual con la que viven. Negativa al cambio	Iniciativa para apostar por nuevas maneras de vivir y ser. superación del miedo al fracaso.
Miedo al ataque.	Pensamientos de incompetencia para afrontar nuevas experiencias, minimización de sus propias capacidades adaptativas a condiciones venideras.	Reconocimiento de sus propias habilidades y capacidades, reconocimiento de fortalezas.
Vínculos.	Sin redes de apoyo ni identificación. Recientes pérdidas afectivas.	Constitución y afiliación de un nuevo grupo social.

	Sentimientos de soledad.	
Cooperación.	Breves intercambios de ideas. Indisposición para compartir ideas y sentimientos. Reacias a la ayuda mutua.	Cumplimiento de tareas, ayuda mutua entre participantes, intercambio de experiencias y disponibilidad para permitirse ser ayudadas y escuchadas.
Pertenencia.	Impuntualidad, sin involucrarse en el proyecto grupal, desinterés y desconfianza para afiliarse a un nuevo grupo.	Compromiso con el grupo y adhesión a los objetivos, creciente productividad del grupo.
Comunicación.	Un discurso corto, reiterativo, simplificado, participación mínima con escasa intervención.	Identificación de un grupo que comparte sus mismos ideales y un malestar en común. fluidez en el lenguaje y respeto entre emisor y receptor.
Roles.	Aislados y definidos por la cultura familiar como adulto mayor que no puede hacer nada. Receptivos a órdenes y tareas.	Reflexión sobre los roles que ocupan en su vida, una nueva visión de cómo vivir su vida en el aquí y ahora.

<p>Aprendi- zaje.</p>	<p>Incapacidad de crear nuevas estrategias o formas de pensar su propia vida.</p> <p>Incertidumbre por desconocimiento de su propio malestar.</p> <p>Limitada habilidad para expresar sus emociones y desolada visión sobre sus vidas y sobre lo que pueden o no deben hacer.</p>	<p>Creación de nuevas estrategias para plantearse un nuevo estilo de vida. Conocimiento acerca de la depresión y sus manifestaciones físicas, corporales, orgánicas.</p> <p>Libre expresión de su cuerpo, empoderamiento de sus habilidades expresivas.</p> <p>Apertura a un nuevo lenguaje que apuesta a entender la vejez como un proceso vital, desmitificando antiguos estigmas sobre ser adulto mayor.</p>
<p>Actitud ante el cambio.</p>	<p>Rigidez ideológica, visión dicotómica, sin capacidades de crear nuevas propuestas para su vida.</p> <p>Reacios a la posibilidad de terminar con su depresión.</p>	<p>Idealización de una nueva forma de conocerse y vivir en el aquí y el ahora, flexibilidad ideológica y propuesta de un nuevo plan de vida.</p>

<p>Obstáculos.</p>	<p>Idealización de que su vida ya no tenía el mismo sentido.</p> <p>Que ya no había que aprender pues ya no tenían mucho tiempo de vida.</p> <p>Idealizaciones negativas sobre la vejez.</p> <p>Estereotipos sociales.</p>	<p>Apertura a querer vivir y creer que aún existen muchas cosas por aprender y por conocer.</p>
<p>Logros.</p>	<p>Deseos reprimidos respecto a proyectos y actividades.</p> <p>Resignación a estar con personas que les hacen daño, por miedo a estar solas.</p>	<p>Desapego de relaciones tóxicas, responsabilidad de toma de decisiones. Inicio de nuevos proyectos y actividades que siempre quisieron hacer y no habían podido.</p>
<p>Telé</p>	<p>Resistencia e indisposición para trabajar en grupo.</p> <p>Incredulidad para aceptar los medios terapéuticos.</p>	<p>Clima afectivo grupal, transferencia positiva entre el grupo y el coordinador.</p>

En el mismo lenguaje se encuentra la evidencia de cambio y sobre todo la disposición de crear nuevas formas de entenderse y comprender su depresión, discursos como:

- Jamás creí que podría resistir y hacerle frente a mi dolor.

- Siento que algo se fue, grite y expulse mi dolor, estoy cansada y eufórica pero estoy tranquila, como si de mi garganta se hubiera salido.
- Mi cuerpo está temblando nunca había hecho algo parecido, siento mi fuerza y de lo que puedo hacer de mi vida, me sentía detenida por el miedo.
- Me daba pena, miedo pensar en tener que revivir el motivo de mi tristeza moviendo mi cuerpo y expresando mi depresión hizo algo, un click que cambio dentro de mi, me liberó.
- Entiendo de otra manera mi depresión, no podría explicarlo pero al escribirle a mi depresión me hizo comprender que soy yo quien tiene el control.
- Dicen que nosotros ya no estamos para hacer estas cosas pero creo que no es cierto, porque estoy contenta y me siento contenta de experimentar nuevas actividades que me ayudan a sentirme mejor.
- Escribí para mi depresión y me escribí a mi misma también, entender como me siento es también reconocer que existe la posibilidad de terminar con la depresión.
- Vi los momentos tristes en mi vida y los momentos extraordinarios felices también, creo que me olvide que también pude ser feliz con todo y depresión, entonces si puedo ser feliz.
- Me duele pensar que por tanto tiempo temí tanto a la depresión y esta vez, enfrentarla y sentirla me dio fuerza para acabarla y se que no es más fuerte que yo.
- No creí que fuera posible expresar mi tristeza, quería definirla con palabras pero cuando hicimos el performance era totalmente desconocido para mi, no entendia que era pero cuando lo hicimos todo tuvo sentido, gracias por mostrarnos nuevas formas de expresarnos.

CONCLUSIONES

El performance terapéutico resultó ser una propuesta que proporcionó herramientas útiles para el tratamiento contra la depresión. Pues brindó a las participantes un alivio al poder entender, expresar y engrandecerse respecto al malestar que las minimizaba poco a poco, al cambiar su narrativa actual para apostar a un discurso que genera una apertura de transformación positiva; sin miedo ni incertidumbre al futuro. Permittiéndose una oportunidad de ser un adulto mayor distinto al que creían que tenían que ser, cambiando en gran parte una visión negativa que tenían respecto a su identidad.

La intervención que inició con una idea central sobre la depresión y el arte resultó ser una propuesta que pone al descubierto las capacidades terapéuticas y de análisis de la depresión sobre los pacientes a nivel grupal, así mismo, abre espacio para una investigación más profunda sobre el performance, para poner a prueba las áreas útiles en las que podría llevarse a cabo, poniendo de ejemplo otros problemas psicológicos como la ansiedad, fobias, Estrés postraumático, trastornos de la personalidad, etcétera. Resulta complicado darle un cuerpo metodológico o manual de cómo hacer performance terapéutico, puesto que la naturaleza del mismo arte acción se explica a sí mismo como un acto no normativo, sin embargo el proceso de conformación del performance aquí desarrollado, es una buena opción: partiendo de un malestar psicológico, se abstraen las ideas dominantes e imágenes instaladas del paciente respecto a la depresión (en este caso) para llevar a cabo posteriormente acciones, metáforas con el cuerpo y un lenguaje catártico que funge como materia de análisis y reflexión, por ende de transformación. De alguna forma se trata de exponer y antropomorfizar el mismo malestar, exponerlo y sentirlo en su máxima expresión, padeciéndolo para sólo mediante esta re experimentación con la asesoría del terapeuta facilitar la transformación del malestar por la metáfora.

REFERENCIAS

Adamson, G. (2014). La psicología social de Enrique PichonRiviére: una perspectiva sociopsicologica. Lgar Editorial. Buenos Aires. Argentina.

Agudo, M. (2014). El performance como terapia: Arte como participación. Arteterapia y creatividad, implicaciones prácticas; 3, 247-259.

Álvarez, L. (2007). El performance como herramienta terapéutica en pacientes psiquiátricos. Performancelogía "Blog post" Recuperado en:

<http://performancelogia.blogspot.com/2007/09/el-performance-como-herramienta.html>

Álvarez, O. (2013). La poesía, el poeta y el poema, una aproximación a la poética como conocimiento. Escritos; 21, 223-242.

Amalia, Karla. (2015). La depresión en la vejez, un importante problema de salud en México. Universidad de Salamanca. América Latina Hoy; 71, 32-46.

APA. (2010). Diccionario conciso de psicología. Manual moderno. México.

Ballesteros, F. (2004) Psicología de la vejez. Encuentros disciplinares; 6, (6), 4-11.

Ballesteros, F. (2008) Psicología de la vejez: una psicogerontología aplicada. Pirámide. Barcelona. España.

Campillo, M. (2011). Aprendiendo terapia narrativa a través de escribir poemas terapéuticos. Haciendo psicología; 7, 9-21.

Casado, A. (2001). El rol del psicólogo que trabaja con adultos mayores: Definición y desarrollo personal. Intervención psicosocial; 10, 395-409

Castillo, Iván. Ledo, Hilda. Calzada, Yasiel. (2012). Técnicas narrativas, un enfoque psicoterapéutico. *Revista Norte de salud mental*; 42, 12-31.

Collette, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología*; 8, 81-99.

Contini, N. (2002). La creatividad como recurso de afrontamiento en la vida cotidiana. *Psicodebate, cultura y sociedad*; 1, 19-25.

Dulcey, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de vida: consideraciones críticas. *Revista colombiana de psicología*; 19, 207-224.

Durán. M. (sf) Teorías de la psicología social. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología*, 2, 23-44.

Esquivias, M. (2004). Creatividad, definiciones, antecedentes y aportaciones. *Revista digital universitaria*; 5, 3-17.

García, J. (2014). *Técnicas narrativas en psicoterapia. Síntesis*. Madrid. España.

Garcés, E. Velandrino, A. Conesa P. Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*; 2, 67-89.

Gergen. J (1973) La psicología social como historia. *Anthropos*; 177, 39-49.

Gómez, G. (2005). En defensa del performance. *Horizontes antropológicos*; 24, 29-41.

Gómez, O. (2013). Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del magdalena. *Psicología desde el caribe*, 30, 91-122.

González, A.(2011). Arte de acción: re-significación del cuerpo y el espacio urbano. *Nodo*; 10, Vol. 5, 55-72.

González, K. (2015). Terapia de reminiscencia y sus efectos en los adultos mayores. *Psicogeriatría*; 5, 19-38.

González, L. (2007). Las implicancias de la psicología en el arte performance: Una mirada relacional entre el organismo y el mundo de los objetos. *Performancelogía*. “Blog post” recuperado en:

<http://performancelogia.blogspot.com/2007/09/las-implicancias-de-la-psicologa-en-el.html>

Guerrero, A. (2014). La crisis de identidad crea un sin sentido en la vida del adulto mayor. *Boletín UNAM-DGC*-182.

Guerrero, N. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad en el adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad Salud*, 2015; 17, 121-131.

Gutiérrez, J. (2011). El performance social y la transformación urbana. *Quivera*, 13, 209-219.

Hoyos, P. (2012). El devenir de la poesía, un estudio del discurso poético desde la nación del dispositivo .Universidad Autónoma de Barcelona.

INAPAM. (2015). Adultos mayores, perfil sociodemográfico, epidemiológico, de la población adulta, una propuesta política pública. Revisado el 18 de junio 2018 en:<http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Recuperado el 2 de junio de 2018 de:http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Recuperado el 2 de junio de 2018 de:

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Kehl, S. (2001). Construcción social de la vejez: perspectivas del envejecimiento Cuadernos de Trabajo Social: 4, 280-302.

Kropf, N. (2008). Narrative therapy with older clients. Clinical Gerontologist Magazine. University of Georgia. USA.

Limón, R y Ortega, C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de calidad de vida en adultos mayores. Revista de psicología y educación; 6, 225-238.

Lizárraga, M. (2006) Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor.

López, B. (2004). Arteterapia, otra forma de curar. Educación y futuro; 10, 101-110.

López, P. (2007) El performance: un acto subjetivo. "Blog post" Performancelogía. Recuperado en: <http://performancelogia.blogspot.com/2007/01/el-performance-un-acto-subjetivo-pancho.htm>

Nadeau, D. (2009). Algunas consideraciones sobre el proceso creativo. Universidad Autónoma de Madrid. Tesis de Doctorado.

Maina, S. (2014). El rol del adulto mayor en la sociedad actual. Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de la Pampa. Santa Rosa. Argentina.

Medes, P. (2007). La concepción social de la vejez, entre la sabiduría y la enfermedad. Zerbitzuan. 41, 153-159.

McCarthy, Kevin. (2001). The performing arts in a new era. RAND. Santa monica. California.

Miranda, P. (2017) Depresión, condición frecuente e incapacitante en adultos mayores. Recuperado en: [Http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/04/13/depresion-condicion-frecuente-e-incapacitante-en-adultos-mayores](http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/04/13/depresion-condicion-frecuente-e-incapacitante-en-adultos-mayores). Revisado el 22 de marzo del 2018.

Moreno, A. (2014). Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención. Biblioteca de Psicología. Ed. Desclée de Brouwer. España.

Moragas, R. (1991). Gerontología social. Herder. Barcelona. España.

Organización Mundial de Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado el 8 de junio de 2018 de: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/index.html>.

Muñoz, O. (2012). El acto creativo. Facultad de educación. Tesis de licenciatura. Universidad de San Buenaventura seccional de Medellín. Colombia

Osorio, P. (2005). Exclusión generacional, la tercera edad. Observatorio social del envejecimiento y la vejez en Chile. Universidad de Chile.

Parales, C. (2002). La construcción social de la vejez y del envejecimiento. un análisis discursivo de la prensa escrita. Revista latinoamericana de psicología; 34, 107-121.

Payne, M. (2002). Terapia narrativa, Una introducción para profesionales. Ed. Paidós. Madrid. España.

Peidro, A.(2007). El arte de acción. "Blog Post" Performancelogía recuperado de: <http://performancelogia.blogspot.com/2007/08/el-arte-de-accin-miguel-angel-peidro.html>

Peña, C. Cedillo, T. Gallegos, K. Muñoz, C. García, D. (****). Depresión en el anciano: una perspectiva general. Unidad de de investigación epidemiológica y en servicios de salud, área envejecimiento. Centro médico nacional siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

Pichón, E. (1975). El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social (I). Nueva Visión. Argentina.

Pichón. E. (1995). Teoría del vínculo. Nueva visión. Argentina.

Pino, M. y Cols. (2010) Depresión en la persona adulta mayor. Centro de programas preventivos y de control de enfermedades. Secretaria de Salud Pública. México

Prieto, A. (2007). Los estudios del performance: una propuesta de simulacro crítico. Performancelogía. "Blog post" Recuperado en: <http://performancelogia.blogspot.com/2007/07/los-estudios-del-performance-una.html>

Poole, J. Gardner, P. Flower, M. Cooper, C. (2009). Narrative therapy, older adults, and work group, practice, research and recommendations. Social Works with groups Magazine.

Quintanar, F. (2011). Atención psicológica de las personas mayores: Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento. PAX. México.

Rabadan J, Alvarez M. (2017). Terapias artísticas y creativas en la mejora del malestar psicológico en mujeres con cáncer de mama. Revisión sistemática. Psicooncología; 7, 187-202.

Reinoso, A. (2015). *Cuerpo dolor y memoria, usos sociales y políticos en las performance*. Tesis de maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador.

Robertazzi, M. (2004). La psicoterapia de grupo en la crisis vital de la edad avanzada. *Psicodebate*; 5, 131-146.

Rodríguez, A. Uribe, A. Valderrama, F. Orbegozo, L. Molina, J. Linde, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*; 25, 246-258.

Rodríguez, T. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neuro cognitivos, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*; 33, 342-350.

Salazar, M. (2015). Aproximaciones desde la gerontología narrativa: la memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales en gerontología*; 7, 24-56.

Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT*; 17, 9-22.

Schechner, R. (****). *Performance, teoría y prácticas interculturales*. Buenos Aires.

Serrano, J. Latorre, J. Ricarte, J. Navarro, L. Aguilar, M y Nieto, M. (2010). Reminiscencia y revisión de vida: un modelo conceptual para la investigación y la práctica. *Portal mayores*; 34, 527-564.

Simone de Beauvoir. (2012). *La vejez*. De bolsillo. Buenos Aires. Argentina.

Schechner, R (2000). *Performance. Teoría y prácticas interculturales*. Libros de Rojas. Buenos Aires. Argentina.

Sedeño, A. (2010). Cuerpo, dolor y rito en el performance. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27, 3-25.

Taylor, D. Fuentes, M. (2011). *Estudios superiores de Performance*. Fondo de Cultura Económica. México

Tedejo, E. (2016). *Arte y terapia, historia, interrelaciones, praxis y situación actual*. Tesis doctoral. Facultad de bellas artes. Universidad de Salamanca. España.

Torre, T. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de ciencias médicas La Habana*; 21, 63-74.

Valero, A. (2013). *Principios de color y holopintura*. Club Universitario. Barcelona. España.

Villanea, A. (2015). Aproximaciones desde la gerontología narrativa: la memoria autobiográfica como recurso de la identidad en la vejez. *Anales en gerontología*; 7. 41-68.

Villar, F. (2015). El envejecimiento como relato: una invitación a la gerontología narrativa. *KairósGerontología*; 18, 36-52.

White, M. Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós. Barcelona. España.

White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Ed. Gedisa. España.

Zapata, H. (2001). Adulto mayor: Identidad y participación. *Revista de Psicología*, 10, 189-197.

Zavala, M. (2014). Las ceremonias de definición, la propuesta narrativa para los grupos de reflexión: Una revisión de las ideas. *Procesos Psicológicos*. 14, 3-18.