



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

**Manuscrito Recepcional**  
**Programa de Profundización en**  
**Psicología Clínica**

**TALLER DE ARTE CON APLICACIÓN DE TERAPIA**  
**RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES**  
**DERMATOLÓGICOS**

**REPORTE DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**Elizabeth Durand Goytia**

**Directora: Mtra. Verónica Cristina Morales Vásquez**

**Secretario: Mtra. Adriana Concepción Rojas Baltazar**

**Vocal: Mtro. Emmanuel Arkad Pérez Guzmán**



Los Reyes Iztacala, Tlalnepanitla, Estado de México, 29 de Enero, 2021.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Mi gratitud infinita por tener la oportunidad de llegar a una etapa de mi vida en la que decidí disfrutar un viaje por el conocimiento a pesar de todos los retos que gracias a mi extensa red de apoyos incondicionalmente generosos, he podido superar. Sus palabras, su acompañamiento permanente a pesar de la distancia, su paciencia en mis bomberazos, su tiempo, todo ha sido invaluable para que fuera posible escribir estas letras aquí.

Agradezco haber tenido la fortuna de encontrar en mi profesora, la maestra Verónica Cristina Morales Vázquez, un alma hermana que durante la elaboración de este documento. Me hizo luz en todos los túneles oscuros.

Agradezco a la Dra. Lidia Helena Hernández Olguín, dermatóloga de la Clínica Cristo Rey en Orizaba, Ver., que me permitiera realizar mi práctica en esas instalaciones compartiendo en todo momento su apoyo y experiencia.

Espero que mis 65 años sean un punto de partida para seguir ayudando a mi comunidad como ha sido siempre mi propósito y la enseñanza de la UNAM a la que siempre soñé pertenecer.

“Por mi raza hablara el espíritu”

## DEDICATORIA

A mis hijos Paola y Mauricio,  
faros de todos mis naufragios

Para Alex

Para todos los que nunca dejan de soñar

# Índice

1. Introducción .....	6
<b>CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Antecedentes de la terapia de arte .....	11
1.2 Hallazgos clínicos: primeras evidencias empíricas de la terapia del arte y el impacto psicológico. ....	15
1.3 Modalidades de la terapia de arte .....	16
1.3.1 Cuento, narrativa .....	16
1.3.2 Teatro: psicodrama.....	18
1.3.3 Danza .....	20
1.3.4 Música .....	22
1.3.5 Artes plásticas .....	23
1.3.6 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) .....	25
<b>CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>27</b>
2.1 Descripción del problema .....	27
2.2 Objetivos de la investigación.....	31
2.2.2. Objetivos Específicos .....	31
<b>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Diseño de la Investigación.....</b>	<b>32</b>
3.2 Descripción de la muestra .....	32
3.3 Materiales y Procedimiento .....	33
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
4.1 Descripción de las actividades.....	36
<b>4.2 Seguimiento de sesiones .....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>44</b>
5.1 Discusión .....	44

<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>52</b>

## TALLER DE ARTE CON APLICACIÓN DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES DERMATOLÓGICOS

### 1. Introducción

Terapia de arte en la psicología: un camino para encontrarnos

*Quien mira hacia afuera, sueña. Quien mira hacia adentro despierta.*

*Carl Jung*

A lo largo de su historia, el ser humano ha permanecido en búsqueda de sentido y significado existencial por medio del arte como una práctica de dimensión espiritual que provoca la transformación del individuo como un lazo vinculado a la magia, el encanto y la excepcionalidad, tal como lo muestran las innumerables evidencias de diferentes culturas, desde el arte prehistórico hasta el arte conceptual, en ese intento inacabable del hombre por develar el misterio de su interioridad, estrechamente ligado a su espíritu y creatividad. Desde la antigüedad han existido rituales mágicos donde la palabra —el conjuro— era un elemento poderoso para deshacer los malos presagios que muchas veces eran vislumbrados al interpretar los sueños. Actualmente se sabe del quehacer de los pintores, magos, adivinos, pitonisas o juglares que tuvieron relevancia en las sociedades y el tiempo en que vivieron, pues como ejemplo existen vestigios que datan desde el Paleolítico Superior, como la Venus de Willendorf (Utrilla, Bea y Lombo 2016).

Igualmente, existen testimonios sobre el uso de la música o canciones a manera de curación a lo largo de las épocas: los hombres asociaban a sus canciones los hechos de la vida diaria como nacimientos, cosechas, alianzas matrimoniales, etc. Los médicos de entonces practicaban sonidos, cantos y recursos vocales para atraer efectos benéficos al paciente, y algunas culturas como las semitas o indoeuropeas tenían un concepto divino de la música, considerada terapéutica, en una visión dual del bien y el mal (Laín Entralgo, 1961 en Sanz, José Ignacio, 2001). Eso conduce directamente a las representaciones dramáticas que también eran ejercidas por médicos de otras épocas.

Este trabajo propone que el ejercicio del arte puede apoyarse en diversas técnicas y enfoques de la psicoterapia clínica para identificar, abordar y resolver conflictos que en muchas ocasiones la persona revela por primera vez en la realización de una obra para resolver la problemática, mejorando a la vez su percepción de calidad de vida debido a esa íntima conexión con su ser. Este ejercicio no es terapia ocupacional o clase de arte porque el objetivo no es obtener una obra con atributos para exhibición, sino que utiliza las técnicas y procesos de las distintas disciplinas del arte con fines terapéuticos para rescatar y evidenciar el efecto sanador de la expresión artística (Labra González, s/f).



Esta intervención mixta abre esa compuerta hacia lo que puede ser y representarse en lo simbólico para entrar en una dinámica que permita “dominar a los monstruos”, es decir los pensamientos irracionales o distorsiones cognitivas y reconocer en sí mismo la magia de acabar con los molinos imaginarios sin necesidad de luchas agobiantes y sin tener que dar largas o complicadas explicaciones. La necesidad de expresar nace de una exigencia del hombre de superar la soledad que es parte de lo humano. Es por medio del arte que puede tomar parte de su mundo interior y compartirlo con otros sin perder su integridad como individuo, encontrando seguridad y placer en esa comunicación.

El terapeuta que ejercita esta técnica debe reconocer que proporciona un acompañamiento y que en el desarrollo de la obra, el análisis verbal no tiene la importancia de los gestos y reacciones del paciente, quien no requiere experiencia previa o habilidades desarrolladas *ex profeso*, puesto que el objetivo no es la evaluación estética sino el intercambio entre el usuario y su obra para propiciar un descubrimiento/crecimiento a nivel personal. El terapeuta apoya a su paciente en lo concerniente al uso de los materiales elegidos, proporcionando un espacio seguro y facilitador. Esto implica que las competencias del psicólogo/a deben incluir las actividades plásticas, la psicología de la representación y de la expresión del arte, su significado y su historia, para enriquecer su trabajo y hacer accesible el goce que puede proporcionar el trabajo creativo. Es de mayor importancia mencionar la utilidad que representa la intervención psicológica por medio del arte para las personas con dificultades en la expresión verbal de pensamientos y sentimientos.

Los procesos creativos ayudan a resolver conflictos y problemas desarrollando habilidades interpersonales mediante el uso de imágenes que exploran emociones, pensamientos, memorias e ideas (López Martínez, 2009). Esto permite que la ansiedad, depresión, uso de sustancias, problemas físicos, discapacidades, violencia, abuso y otras dificultades sociales y familiares puedan ser abordadas desde esta perspectiva como un apoyo psicológico en un espacio seguro de exploración de sentimientos que implica, como se dijo, conexiones con lenguaje no verbal, dejando asomar la riqueza del mundo emocional del ser humano. Esto también posibilita que el individuo esté totalmente presente y descubra sus valores conectándose consigo mismo y con el exterior para reestructurar pensamientos distorsionados o ideas irracionales que considera que existen en su realidad.

Por tanto, el paciente como autor representa sus temores y se ayuda a modificarlos o reestructurarlos venciendo por sí mismo sus dificultades. Este proceso no es para eliminar lo que entorpece su actividad, sino para apoyarlo en la re-creación y re-conocimiento de sí mismo, de sus ideas limitantes o sus miedos para que pueda superarlos. En una intervención psicológica mediante talleres de arte el terapeuta tiene un papel entre el material y el sujeto, pero será éste último quien interprete y se reconozca en su obra.

## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO**

### *1.1 Antecedentes de la terapia de arte*

Para finales del SIGLO XVIII se tenía la creencia de que poniendo pinturas en paredes de asilos y colgando imágenes religiosas en hospitales mentales, se induciría una actitud de respeto hacia la cultura y por ende, se podrían controlar las pasiones descontroladas que provocaba la enfermedad. En el SIGLO XIX los psiquiatras mostraron interés en las obras plásticas producidas por enfermos mentales y facilitando su producción para estudiarla, desarrollaron tratamientos psicoanalíticos y psicoterapéuticos que posteriormente sirvieron para desarrollar otras terapias de grupo y familiares, entre ellas el psicodrama y otras de mediación artística, involucrando música, danza y expresión plástica (López Martínez, 2009).

En 1942 el artista británico Adrian Hill, afectado por tuberculosis, tuvo una larga estancia en el hospital y se mantuvo dibujando objetos cercanos desde su cama, encontrando que ese proceso resultaba útil para su recuperación durante sus convalecencias, de modo que acuñó por primera vez el término “arte terapia”; después el hospital lo invitó a enseñar dibujo y pintura a los pacientes, que eran soldados heridos de guerra, y posteriormente se extendió a los civiles. Precisamente es a finales de la Segunda Guerra Mundial que se instala la idea de usar el arte como terapia o intervención psicológica (Gómez Higuera, 2015).

En los años 30 del SIGLO XX el psiquiatra Hans Prinzhorn publica su obra “El arte de los enfermos mentales. Una contribución a la psicología y a la psicopatología de la creación” en donde expone y analiza el trabajo de diez artistas esquizofrénicos y explica su trabajo multidisciplinar como psiquiatra historiador del arte. El libro incluye dibujos, pinturas, esculturas y composiciones que revelan el mundo intenso, opresivo y alucinado de los pacientes (Sánchez Moreno, 2006).

La artista y educadora Edith Kramer, artista independiente formada en Praga, en donde estuvo al tanto del pensamiento psicoanalítico, abandonó el país antes de que estallara la II Guerra Mundial, pero había estado trabajando con niños refugiados y fue como descubrió y reconoció el valor del arte como terapia. En Nueva York escribió su primer libro “Art Therapy in a Children’s Community” por el año 1958. Al lado de otros terapeutas, ella consideró al arte como un camino hacia la sublimación, un camino para integrar sentimientos e impulsos conflictivos de manera estética ayudando al ego a sintetizar (Kramer, E. 2000).

En los Estados Unidos, en Nueva York, la pedagoga Margaret Naumburg fundó la escuela Walden. Fue la primera psicoterapeuta que utilizó la plástica como herramienta de tratamiento en sus intervenciones y utilizó el proceso artístico de una manera sistemática porque consideraba que el arte es un lenguaje simbólico y en él se debe develar su significado y utilizar la interpretación verbal y procesos transferenciales sin enfatizar la calidad artística, siguiendo el ritmo del paciente. (Chiriboga Hurtado

2010). Elinor Ulman fundó la primera publicación periódica sobre arte terapia, el *Bulletin of Art Therapy*, y Mary Huntoon en 1946 organizó los primeros talleres de arte terapia luego de años de enseñar dibujo y pintura a pacientes psiquiátricos.

Actualmente en los países latinos esta disciplina comienza apenas a desplegarse como un recurso importante para la psicoterapia: en Argentina desde el año 2000 el Instituto Universitario Nacional del Arte imparte en Buenos Aires un posgrado de Especialista en Arteterapia definiéndolo como “la disciplina que a va a tomar de las artes visuales (en especial y en todas sus formas) las herramientas para llevar adelante talleres con objetivos terapéuticos” (Farías, Adriana, 2007). En Chile hay una Asociación Chilena de Arte Terapia fundada en 2006 que está buscando el reconocimiento de esa profesión dentro de las medicinas complementarias para incorporar las terapias expresivas a los equipos de salud. En la búsqueda realizada sobre talleres de arte terapia en México, se identificó la existencia de pocos talleres impartidos por profesionales de la Psicología, lo que muestra que estamos como al inicio de la disciplina, cuando los pioneros de estas terapias encontraron reticencias para ejercer debidamente su profesión, con reconocimientos validados por instituciones de salud mental.

Sin embargo, en el mundo de la práctica existen testimonios en donde se da cuenta de las intervenciones de arte que se han realizado con personas que padecen distorsiones mentales y la manera en que la autoexpresión promovida por ese medio resulta benéfica para los pacientes. La experiencia personal como artista y tallerista me

ha permitido corroborar que el ejercicio de creación durante la manufactura de una obra establece un tiempo/espacio donde el pensamiento está fuera del quehacer, no hay autocrítica ni límites y la expresión surge de ese íntimo contacto como una revelación que, una vez concluida la obra, puede ser analizada.

Tener un tiempo y un espacio para “estar”, para encontrarse consigo mismo y para dejar que aflore “lo que sea” es una oportunidad para asomarse al fondo de lo que hemos guardado, escondido y nos lastima, para llevarlo a la superficie de una manera sutil que siempre resulta sanadora. El hecho de que no existan pruebas que midan y aporten resultados cuantitativos no desmerece su efectividad y en cambio evidencia la enorme necesidad de poner atención en una técnica que ofrece buenos resultados para aliviar problemas de conducta o personalidad, apoyada y complementada con un modelo como la Terapia Racional Emotivo Conductual en el caso de este estudio.

### *1.2 Hallazgos clínicos: primeras evidencias empíricas de la terapia del arte y el impacto psicológico.*

A pesar del tiempo transcurrido desde que se ha hecho uso del arte como terapia, hasta el momento no se cuenta dentro de la psicología instrumentos que sirvan para medir el aporte que ofrecen las terapias de arte a las personas. Hay escalas para intentar saber qué ocurre en el momento de la creación de una obra, pero esto no está relacionado con una terapia o intervención psicológica ni con una determinada condición de las personas.

Ante tal ausencia, un grupo de psicólogos y psicólogas holandesas desarrollaron un instrumento psicométrico denominado *SERATS Self-expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale* para ser aplicado en un grupo de 335 pacientes diagnosticados con desórdenes de la personalidad tipos B/C que recibieron terapia cognitiva y de arte (Haeyen, S., 2018). El cuestionario está enfocado en la autoexpresión y la autorregulación de las emociones. Los ejercicios se basan en el descubrimiento, la improvisación y la intuición que se ejerce durante el proceso, contemplando la obra terminada como la premonición de un acontecimiento que puede ser real. Durante los ejercicios se estimula el diálogo interior que puede disparar emociones reprimidas a niveles inconscientes y se manifiestan en la obra realizada, conduciendo a la aceptación de las emociones o a la solución de problemas no resueltos. Además es útil para los casos en que existía evitación y rumiación entre otras afecciones. En sus conclusiones refieren que es necesario hacer más estudios e instrumentos para encontrar de qué manera es posible mejorar tanto las aportaciones como los resultados de la terapia de arte, visto que fue de ayuda valiosa para los pacientes. Es importante considerar es la manera en que se imparten los talleres de arte: cuando el psicólogo no es artista requiere del apoyo de un profesor o tallerista de arte que sepa manejar los materiales con que se trabaja, por lo que se conduce a dúo este tipo de taller y si el tallerista no es psicólogo, se requiere la presencia de uno. Uno de estos casos es el de Edith Kramer, artista cuya experiencia de muchos años y cuyo conocimiento del psicoanálisis le ha permitido realizar y diseñar talleres, pero siempre con el apoyo profesional de un psicólogo. Debe evitarse la confusión con personas que imparten talleres de arte o “couching”, quienes saben y deben advertir en sus cursos

que su trabajo no es una psicoterapia de arte sino una inducción para promover que las personas se contacten consigo mismas y sus emociones, y de ninguna manera lo pueden realizar con quienes padezcan algún trastorno de personalidad.

### *1.3 Modalidades de la terapia de arte*

#### *1.3.1 Cuento, narrativa*

La lectura de cuentos de hadas actualmente poco justipreciada es un elemento valioso cuando la terapia se dirige a los niños. El psiquiatra Bruno Bettelheim nos dice que el niño que está familiarizado con los cuentos de hadas comprende el lenguaje de los símbolos, pues lo que cuentan no son hechos tangibles ni lugares o personajes reales. El niño es capaz de atribuirles un significado simbólico en los acontecimientos de la realidad. Si a un niño no se le permite el acceso a los cuentos de hadas, a la fantasía, es como si a una persona no se le permitiera soñar. Ya se ha demostrado que cuando una persona no sueña —aunque duerma, — no puede manejar la realidad y padece perturbaciones emocionales dadas su incapacidad para expresar sus obsesiones inconscientes (Munévar, Pérez y Guzmán, 1995).

Entre otras diversas modalidades de arte que se pueden utilizar para trabajar, existe el de la narrativa. Es una técnica en la que de manera estructurada se cuentan historias que proponen elementos para construir nuevas narraciones a partir del bagaje personal. La importancia de la narrativa es visible en las tradiciones orales que conservan todas las culturas del mundo, desde las historias narradas alrededor del



fuego en un bosque hasta las historias basadas en la vida real que hoy día nos cuentan las películas o escuchamos en familia.

Otro aspecto de la narrativa es la autobiografía, un ejercicio bastante utilizado en intervenciones psicológicas y en terapias de arte. Los documentos personales o historias de vida han sido útiles como método de investigación o como instrumento de análisis tanto en la literatura como en la psicología. Los documentos personales dan cuenta de la historia de una época, acontecimiento, grupo o persona. Freud utilizó esa técnica de psicología para realizar el estudio de Leonardo de Vinci éste es solamente uno de los muchos estudios psicológicos basados en material autobiográfico a lo largo de los años; su antecedente en psicología es el estudio de vidas, que analizaba aspectos psicológicos a través de biografías que eran evaluadas por medio de técnicas nomotéticas e ideográficas (Martorel, s/f).

En esta técnica se han desarrollado herramientas de evaluación e intervención en psicología clínica con el análisis de diarios en terapia (Sparkes, 1993; Geertz, 1995; citados en Maganto e Ibáñez, 2010, mencionado por Martorell, s/f) y documentos autobiográficos artificiales o producidos explícitamente para el contexto terapéutico, lo cual resulta de relevancia para el entorno de la evaluación y la intervención psicológica.

### *1.3.2 Teatro: psicodrama*

Es otra de las modalidades del arte que constituye un apoyo en la intervención psicológica. Nos dice Gloria Reyes Contreras (2013) que el psicodrama, desde el

ángulo constructivista, subraya los aspectos subjetivos y no observables de la conducta humana y así, enfatiza que los individuos sustenten ideas acerca de cómo funciona el mundo enfocando su papel activo en esa construcción de la realidad.

Por su parte, el destacado neurólogo Oliver Saks (2015, Redes) ha tenido un particular interés en la enfermedad conocida como Síndrome de Tourette, un trastorno neurológico que provoca espasmos involuntarios y repetitivos con emisiones de sonidos vocales que pueden incluir olfateo, gruñidos o ladridos y en estados más complejos puede incorporar coprolalia o ecolalia. Naturalmente, las personas afectadas por este síndrome generalmente padecen problemas de depresión o trastornos de ansiedad. En el programa de divulgación científica REDES encontramos el caso de una persona afectada por el síndrome, que al estudiar teatro descubrió que interpretando a un personaje no se manifiesta su enfermedad, como si fuera magia. El arte intercede en favor de la persona.

Siguiendo con el psicodrama, en cuanto a los problemas de conducta, notamos desde un enfoque cognitivo-conductual, que se puede echar en falta el cruce entre los aspectos racionales y la expresión emocional (Gómez Ordóñez 2013). Esto precisamente es lo que se intenta zanjar con una metodología psicodramática ya que aborda el mundo interno del paciente no sólo a través del modo verbal sino por medio de otras expresiones en la dramatización.

En las intervenciones de esta naturaleza se recurre al psicodrama o al sociodrama: en la primera interviene sólo la persona interesada, y en la segunda, las que participen en la problemática. El procedimiento consiste en general en la detección de momentos que representen determinada situación a manera de imágenes como “fotografías”, considerando la última como el momento actual. Se recurrirá entonces al soliloquio, inversión de roles o proyecciones hacia el futuro mediante la dinámica de las sesiones del psicodrama: caldeamiento, dramatización y comentarios, en donde se destacan aspectos comunes y conflictivos, para posteriormente recabar aportaciones realizadas en los comentarios. Esta técnica permite o facilita la comprensión del otro mediante el intercambio de roles y puntos de vista del otro para representarlos en un escenario donde todo es posible, sin riesgos, ya que es un espacio protegido para el protagonista —paciente— y su mundo interior. Por tanto, puede explorar respuestas y caminos que no podrían investigarse en el contexto social (Gil Herrera, 2018). A lo largo de las sesiones, el o los participantes van expresando en sus diálogos lo que sienten o piensan y también dramatizan situaciones significativas esperadas o deseadas. Asimismo en los soliloquios el paciente representa a cada uno de los personajes expresando lo que sienten y piensan desde cada situación, lo que conduce al intercambio de roles y la consiguiente comprensión de los otros puntos de vista.

### *1.3.3 Danza*

"El carácter del individuo tal como se manifiesta en su patrón típico de conducta también está descrito gráficamente a nivel somático por la forma del movimiento del cuerpo", (Dichtwald y Lowen, 1977). Quizá por eso cuando un individuo mueve su cuerpo de manera libre y sin temores, se enfrenta con ciertas emociones que no salen

a flote de otra manera, como nos explica la terapeuta de danza Nana Coch, de la American Dance Therapy Association. Actualmente se ha encontrado que la DanzaTerapia (DT) reduce fatiga, depresión, ansiedad y percepción del dolor, y por medio del ritmo, la creatividad, la espontaneidad de las improvisaciones y el uso de símbolos y metáforas así como ejercicios de relajación, se trabajan constructos estructurales como el Inconsciente, el Consciente y el Transconsciente (Olsen, 1993, mencionado por Sebiani S. Leonardo, 2005). El movimiento corporal al ser de origen neurológico-ontogénico provee el acceso al inconsciente a través de la respiración, la postura y el movimiento. En el consciente, el movimiento enfatiza elementos espaciales, gravitación y tiempo. La conciencia de un conjunto universal de conocimientos en la que los rituales y el movimiento corporal son un vehículo a través del tiempo, se denomina Transconsciente en esta terapia que comenzó a utilizarse desde 1930 en desórdenes como ansiedad, bulimia, anorexia, adicciones, mal de Parkinson, personalidad múltiple, violencia o abuso sexual en diversas poblaciones como son adultos mayores, personas ciegas o con Síndrome de Down o personas con discapacidades físicas.

Esta intervención facilita el acceso hacia la autopercepción e integra funciones cognitivas, sociales, físicas y emocionales, logrando que un 30 por ciento de las personas que son tratadas con DT muestren efectos comparables a los de otras técnicas como la Actitud Positiva, y provoca descensos significativos en el manejo de actitudes violentas según reportes en correccionales de los Estados Unidos (Milliken, 2002, en Sebiani, S. Leonardo, 2005).

#### 1.3.4 Música

Quizá la música sea, de las artes, la de mayor capacidad de expresión, al ser con la palabra la más antigua forma de comunicación (Palacios Sanz, 2001). El sonido impacta a los seres humanos y se convierte en estados anímicos, por lo que es fácil ver las razones por las que la música como terapia tiene finalidades funcionales y no únicamente estéticas.

Según la definición de Benenzon (en Pascual Toca, s/f):

“La Musicoterapia es un proceso histórico vincular, dentro de un contexto no verbal, entre el terapeuta y un paciente o grupo de pacientes. Las características de este contexto son: La repetición de las formas expresivas; la descarga de energías internas sin la modificación y/o distorsión de los mecanismos de defensa; el reconocimiento de las identidades sonoras de cada uno de los que intervienen en la relación vincular; la posibilidad de elección y uso de múltiples y variados elementos que se convertirán en objetos intermediarios para favorecer el pasaje de energías en la relación vincular”.

Como una válvula de escape para sensaciones y emociones primigenias es como se han definido las primeras hipótesis de esas expresiones generadas a partir de gritos, rimados o no. Está comprobado que en tiempos remotos los hombres asociaban

los momentos más importantes de la vida con rituales y canciones para el nacimiento de la vida, momentos funerarios o de caza, nupcias, curación, cosechas. (Palacios Sanz, 2001).

### *1.3.5 Artes plásticas*

El pintor checo Alfred Kantor de 24 años estaba en un campo de concentración en Daggendorf, Alemania en 1945 esperando su migración a los Estados Unidos de Norteamérica después de haber estado en otros campos, y en ése comenzó a producir y grabar sus experiencias en dibujos y acuarelas con descripciones en inglés con la intención de publicar un libro (Kramer, Edith, 2000). Luego de una impresionante lista de condiciones extremas pudo sobrevivir y con el tiempo publicar sus dibujos, escribiendo en la introducción lo siguiente:

“Mi objetivo para dibujar salió de un profundo instinto de supervivencia y sin duda me ayudó a negar los inimaginables horrores de la vida en ese tiempo. Al tomar un rol de “observador” pude por lo menos en breves momentos separarme a mí mismo de lo que estaba sucediendo en Auschwitz y por tanto fui capaz de sostener juntos los hilos de mi salud mental” (Kantor 1971 en Kramer 2000).

El testimonio anterior es uno entre muchos acerca de lo que puede representar el arte en los momentos críticos de la humanidad. Lo que Kantor expresa como un

alejamiento al volverse observador es en realidad un viaje por su interior, de donde con ayuda del dibujo y los colores puede mantener a flote su cordura.

Son abundantes los ejercicios de la plástica mediante los cuales un individuo puede poner en la superficie, ante ojos propios y de otros, esa parte de su interior que no sabe cómo comunicar o expresar y una vez ante su reflejo puede intentar comprender más sobre lo que le sucede en cuanto a emociones o cogniciones. El terapeuta de arte podrá guiar al usuario para elegir el material que mejor se adapte a su deseo de expresión, pero siempre será el sujeto quien interprete lo que sale a la superficie para posteriormente ser apoyado por el psicólogo para trabajar lo necesario para superar problemas.

El color es significativo, como las líneas y las diferentes maneras de usar la pintura, y en todos los casos el psicoterapeuta de arte deberá mantenerse al margen de esas elecciones como no sea para responder preguntas expresas realizadas por el sujeto. Siempre hay que tener presente que se debe comunicar al usuario que la sesión no es una clase de arte, que su trabajo no será juzgado ni etiquetado y que es una manera de interpretarse a sí mismo para comprenderse mejor.

El trabajo con plastilina o barro puede facilitar una conexión con el pasado reconstruyendo memorias ancladas con las sensaciones y texturas (Kramer, 2000);

también puede ser de ayuda para la deconstrucción de ideas o pensamientos equivocados. En fin, el tipo de material siempre estará indicado por el usuario, quien deberá experimentar todas las opciones para facilitar su expresión.

### *1.3.6 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)*

El psicólogo estadounidense Albert Ellis (1913-2007) creó esta terapia como precursor del enfoque psicoterapéutico cognitivo, en un intento por descubrir los pensamientos irracionales y sanar las emociones dolorosas y exageradas que provocan (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Se creía que una historia de condicionamiento inapropiada causaba los problemas psicológicos, y el modelo de estímulo respuesta se cuestionó por no dar cuenta de la complejidad de la conducta humana. Ellis formuló el primer sistema de terapia cognitivo-conductual al tomar en cuenta elementos cognitivos, con la idea de modificar los núcleos cognitivos disfuncionales subyacentes en los estados de perturbación psicológica, defendiendo que el cambio de las ideas irracionales puede conducir al cambio conductual y emocional. Esto es, su sistema es definido como un sistema de terapia a través del cual un individuo puede reducir sus problemas emocionales o sus conductas desadaptadas para acceder a la autorrealización y vivir una vida más plena. (Ellis y Bernard, 1990 en Cabezas Pizarro, Hannia, & Lega, Leonor I. 2006). Según la propuesta de Ellis, las personas podían discutir sus propias ideas para descubrir lo que condujera a resultados positivos, descartando las que condujeran a consecuencias negativas. La TREC permite al individuo constituir la base sobre la que emergen las inferencias sobre sí mismo, los demás y el mundo en general y su



enfoque filosófico propone que la perturbación emocional no está creada por las situaciones sino por la interpretación de esas situaciones.

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) permite centrarse en los procesos del pensamiento disfuncional para identificarlo y modificarlo cuestionando y desafiando las ideas disfuncionales. Una vez logrado, los pacientes pueden recuperar su auto concepto y confianza, lo que podría minimizar los síntomas de su enfermedad y generar mejores condiciones de vida, consiguiendo una mejor adherencia terapéutica en su tratamiento dermatológico en el caso del presente estudio.

Este modelo de técnica terapéutica tiene un ABC que podemos enunciar de esta manera: (A) son los Acontecimientos activadores, provocan por sí mismos consecuencias emocionales, cognitivas o conductuales (C) y (B) son las creencias que se tienen sobre A y que explican la respuesta C, es decir, B es el mediador fundamental entre A y C. Esto nos lleva a considerar que los seres humanos no pueden tener experiencias (A) sin hacer inferencias, valoraciones o interpretaciones sobre ella (B) que siempre tendrán un tipo de consecuencias (C). Sintetizando: A) representa el evento activante; B) Representa las interpretaciones o creencias respecto a ese evento; y C) Consecuencias emocionales, físicas etc. Todo lo cual permite a la persona ver que genera por sí misma sus alteraciones con conductas contraproducentes generadas por sus creencias equivocadas.

## **CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### *2.1 Descripción del problema*

¿Funciona la terapia de arte como herramienta de la Terapia Racional Emotivo Conductual en pacientes dermatológicos?

De acuerdo con la investigación de literatura con respecto a terapias psicológicas para personas con enfermedades dermatológicas, Ávila y Ramos, 2011 indican que enfermedades como la Dermatitis Atópica que generan un factor estresante crónico que se agrava con los estándares sociales de belleza puede provocar estigmas o aislamiento afectando la estabilidad emocional y la salud mental. En casos así se ha usado la Terapia Conductual y la Terapia Cognitivo-Conductual con el fin de controlar el malestar y la perturbación psíquica que provoca la enfermedad (Ehlers, Gieler y Trainger 1995 en Ávila y Ramos, 2011).

La Terapia Cognitiva es útil para el propósito de este estudio enfocado en pacientes dermatológicos, porque ayuda a encontrar y cambiar el sistema de creencias de las personas en cuanto a sus estándares de belleza y juventud, influenciados por la idea que aparece en todos lados y que puede provocar insatisfacción e incluso frustración al no cumplirlos dado que es del todo imposible. Esa frustración puede llevar a la persona al aislamiento, la ansiedad o la depresión, aumentando el problema dermatológico que presenta.

Es en esta etapa donde la habilidad del dermatólogo le permite identificar alteraciones que puedan estar detrás de la manifestación cutánea, lo cual en cierto modo puede incomodar al paciente al ser responsabilizado por su enfermedad, generando incredulidad y enojo hacia el especialista. Sin embargo, una intervención interdisciplinaria sería lo ideal para que mediante la intervención del psicólogo el paciente pueda aceptar su responsabilidad, tanto en la enfermedad como en la recuperación. Para este problema en una psicoterapia se busca mediante diagnósticos del Manual Estadístico y Trastornos Mentales (DSM) una guía para diseñar el tratamiento del paciente, luego de una valoración del desorden y los síntomas específicos.

Las presiones sociales que padecen los pacientes dermatológicos debido a su aspecto pueden ser un motivo para que acepten la intervención psicológica y provocar que sean receptivos, pero al no ser una regla, el terapeuta deberá trabajar también para derribar esa barrera. Y es precisamente debido a la reticencia de los pacientes a seguir una terapia psicológica, que consideré diseñar una intervención con formato de taller de arte, dado que tiene más aceptación entre las personas.

En este estudio se utiliza la Terapia Racional Emotivo Conductual para hacer una intervención psicológica a pacientes con problemas dermatológicos dado que hay evidencia de que los dermatólogos acentúan con frecuencia el papel que los factores psicológicos desempeñan en la génesis, mantenimiento o consecuencias de enfermedades cutáneas que van desde las descamaciones hasta graves lesiones

como cáncer. Entre las más frecuentes están la alopecia, vitíligo, urticaria, psoriasis y dermatitis (Antuña Bernardo *et al*, 2000).

Para este trabajo se consideró que es el modelo más adecuado para trabajar en una intervención psicológica por medio del arte dado que cualquier expresión artística hace salir a la luz precisamente muchas creencias irracionales y limitantes que mediante los ejercicios de pintura, collage o dibujo pueden quedar expuestos ante sus propios autores y mediante la aplicación de la TREC se comienzan a modificar para sanar tanto emocional como físicamente.

Este proyecto pretende evidenciar la relación que existe entre la ejecución de una tarea artística y la conexión con el interior de quien la ejecuta, una cuestión subjetiva que sin embargo puede conducir a un mejor autoconocimiento que permita modificar las ideas irracionales que prevalecen en las personas y que en psicoterapias convencionales probablemente no puedan expresar abiertamente.

El trabajo mancomunado de terapeutas y artistas ha sido registrado a partir de los estudios empíricos iniciados por personas cuya experiencia les llevó a profundizar en el estudio del arte y la psicología en los individuos, como es el caso ya mencionado de Edith Kramer o de tantos otros, aunque sin embargo no está suficientemente

difundido como para tener abundante literatura al respecto, dada la dificultad o al menos la particularidad de que un artista sea psicólogo y terapeuta.

No obstante, es posible encontrar investigaciones sobre la materia como en el caso de Kelly G. Wilson y M. Carmen Luciano Soriano con su “Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores” o la monografía de Francisca Badilla Espinoza “Arteterapia: una manera de fortalecer la autoestima”.

Las enfermedades como la Dermatitis Atópica que generan un factor estresante crónico agravado por los estándares sociales de belleza pueden provocar estigmas o aislamiento afectando la estabilidad emocional y la salud mental (Kiebert, Sorensen en Ávila y Ramos, 2011). En esos casos se ha empleado la Terapia Conductual y la Terapia Cognitivo Conductual con el fin de controlar el malestar y la perturbación psíquica que provoca la enfermedad (Ehlers, Gieler y Straingier 1995 en Ávila y Ramos, 2011).

Debido a que los dermatólogos reportan que hasta el 80 por ciento de las enfermedades de la piel proceden de estados de ansiedad, considero necesario mirar hacia una población que podría mejorar en menos tiempo y con menos problemática mediante el enfoque multidisciplinario de la medicina y la salud mental por medio de

intervenciones psicológicas que solventen las dificultades a que se ven sometidos los pacientes debido a las ideas irracionales que tengan albergadas sin saberlo.

## *2.2 Objetivos de la investigación*

### *2.2.1 Objetivo General*

Intervención psicológica en pacientes dermatológicos mediante un taller que integre la terapia de arte en cualquiera de sus modalidades y la Terapia Racional Emotivo Conductual.

### *2.2.2. Objetivos Específicos*

1. Diseñar un taller con técnicas de terapia de arte y la aplicación en paralelo de la Terapia Racional Emotiva.
2. Aplicar el taller en la clínica dermatológica para pacientes que han presentado síntomas de ansiedad y depresión por causa de su padecimiento.

## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA**

### *3.1 Diseño de la Investigación*

El diseño de la investigación es cualitativo, transversal quasiexperimental.

“El enfoque que el investigador piense que armoniza o se adapta más a su planteamiento del problema. En este sentido, es importante recordar que aquellos problemas que necesitan establecer tendencias, se acomodan mejor al diseño cuantitativo; y los que requieren ser explorados para obtener un entendimiento profundo, empatan más con un diseño cualitativo. Asimismo, cuando el fenómeno o problema es complejo, los métodos mixtos pueden ser la respuesta” (Sampieri, Fernández, Baptista, 2014, p.536). “Los preexperimentos administran estímulos, tratamientos o intervenciones y tienen un grado de control mínimo” (Sampieri, Fernández, Baptista, 2014, p.127). Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas, o no se ha abordado antes (Sampieri, Fernández, Baptista, 2014, p.91).

### *3.2 Descripción de la muestra*

Se eligió una muestra no probabilística al elegir a pacientes dermatológicos que muestran algunos síntomas de ansiedad y depresión.

Las participantes fueron mujeres adultas de la ciudad de Orizaba, Veracruz y sus alrededores, pacientes de consulta dermatológica turnadas a la presente intervención por una médica dermatóloga.

### *3.3 Materiales y Procedimiento*

Instrumento de medición: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene, este inventario autoevaluativo fue diseñado para evaluar la ansiedad como estado o condición emocional transitoria, y la ansiedad como rasgo o propensión ansiosa relativamente estable y consta de 20 ítems. El sujeto debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a las preguntas formuladas y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la escala de ansiedad rasgo.

Este instrumento, como se ha descrito, dispone de una escala breve y confiable para medir dimensiones básicas de ansiedad, como rasgo y como estado; funciona para tener una evaluación en personas con calidad de pacientes encamados, cuidados intensivos o intervenidos quirúrgicamente (González, Martín M., Grau, Lorenzo, 2007). Se eligió dado que la intervención psicológica en forma de taller se dirige a personas con enfermedad dermatológica. Se planeó volver a aplicar el instrumento después de las sesiones, luego de un lapso de tiempo de mes y medio.

Desarrollo de las sesiones

Fecha de realización: 1 al 5 de octubre

Duración de cada intervención: 90 minutos

Las pacientes fueron turnadas por la dermatóloga Olga Lidia Hernández Olguín, quien en conversaciones previas con quien suscribe había accedido a integrar la intervención psicológica en el tratamiento de esas pacientes. Luego de darles la



explicación acerca de la intervención, se citó a quienes estuvieron de acuerdo en participar para dar inicio al taller.

Las sesiones de taller se llevaron a cabo en las instalaciones de la clínica, en un piso con suficiente espacio y ventilación y con todas las medidas de higiene y sana distancia que impone la actual situación de pandemia por COVID.

## **CAPÍTULO 4. RESULTADOS**

Siguiendo el programa diseñado para esta intervención ofrecida como taller, se realizaron todas las sesiones, una por día. Aunque se tenía planeado hacer las sesiones semanales, el hecho de que dos de las participantes no tienen su domicilio en la ciudad hizo que se realizaran diariamente dado que las pacientes aceptaron quedarse los días de duración del taller.

### **Modelo TREC**

De acuerdo con los objetivos de la Terapia Racional Emotivo Conductual, la intención fue modificar la forma de pensar de las participantes, el modo en que interpretan su ambiente y sus circunstancias, de manera que cada sesión fue diseñada para distinguir los pensamientos irracionales tratando de identificar sus acontecimientos activadores a fin de evitar consecuencias contraproducentes. Al evidenciar esas creencias y codificar los sentimientos perturbadores así como las conductas desadaptativas, fue posible discutirlos y poner en relieve nuevas creencias adaptativas

surgidas a la luz de la discusión de las creencias irracionales. Vale la pena mencionar que para el cambio emocional se puede atacar la vergüenza, correr el riesgo o detener el pensamiento irracional mediante el paro de pensamiento, además del debate mencionado.

Se detalla a continuación el caso de dos participantes de acuerdo con lo establecido en el modelo A-B-C de la TREC, donde como se dijo A son los eventos detonantes B son las creencias propias al respecto y C las consecuencias de esas interpretaciones:

Caso Fabiola: creció con un padre machista y exigente, con hermanos hostiles, por lo que fue agredida en su infancia, creyendo ser inútil por ser mujer. Tempranamente salió de su pueblo para seguir estudiando, logró ser profesora y a pesar de haber descubierto que podía hacer muchas cosas, siguió sintiéndose en desventaja por su timidez e inseguridad.

A = No ser la mejor al hacer cualquier tarea aunque la haya hecho bien

B = Creerse incapaz de hacer bien las cosas

C= Inseguridad, frustración, enfermedad de la piel

Caso Frumencia: creció en un pueblo que sólo tenía primaria y tuvo que irse a la capital del país a trabajar y estudiar. Fue recibido en casa de familiares casi

desconocidos en donde los primos la criticaban con burlas por su desconocimiento sobre las costumbres de la ciudad.

A = Hablar español “a medias” o no hacer algunas tareas domésticas

B = Considerarse incapaz de aprender y ser inferior a los demás

C = Falta de autoestima, frustración, enfermedad cutánea

#### *4.1 Descripción de las actividades (Anexo 2)*

- Primera sesión: Mándala del Pasado, Presente y Futuro

En esta sesión se solicitó el llenado del **cuestionario IDARE** y se proporcionó la hoja de Consentimiento Informado para su firma.

Posteriormente se procede al Ejercicio 1 “Mándala del pasado, presente y futuro”. Cada participante tuvo su material a la mano y antes de comenzar se realiza un ejercicio inspirado en la Relajación Autógena de Schultz mediante respiraciones mientras escuchan afirmaciones para estar tranquilas y resolver sus problemas.

Una vez explicado en qué consiste una Mándala, cada paciente trazó sus propios círculos y eligió sus colores para representar las experiencias y emociones del pasado, con la instrucción de incluir lo que no haya sido tan bueno. Se invitó a que recordaran cómo se sentían entonces para reflejarlo. Al terminar cada una comparte lo que significa su mándala y así se procedió con la del Presente y el Futuro. La discusión

al final apunta a que cada participante reflexionara sobre la validez de sus creencias, preparando el terreno para modificarlas.

## Observaciones

En cada sesión se ofreció un espacio de descanso que todas decidieron declinar debido a que “no se sentían cansadas”. Cada una fue reflexiva según su propia personalidad antes de comenzar su mándala. La primera, del pasado, fue difícil porque temían no dibujar bien, hacer garabatos que nadie entendería, etcétera. Se les recordó que no era una clase de arte y que nada de lo que hicieran sería calificado ni juzgado y una vez que se sintieron alentadas iniciaron sus trazos. Se les recomendó pensar en el color que mejor identificara sus emociones. Todas se mantuvieron silenciosas, algunas tardaban mucho para elegir el color y otras expresaban no saber qué decir. Se fue guiando con ejemplos de lo que podrían seguir y así comenzaron y terminaron exitosamente su primer ejercicio. Se ofreció una tabla de interpretación del color una vez que hicieron sus selecciones para ayudar a identificar emociones.

Todas se mostraron emotivas o llorosas al compartir sus mandalas. Retomar sus memorias no fue sencillo emotivamente, pero les gustó el ejercicio. Cuando se les pidió abrazar y perdonar su pasado explicando que todo aquello es lo que las tiene aquí ahora, hubo una discreta catarsis. Ahora los ejercicios de la intervención las estaba confrontando con sus creencias.

## Cierre de sesión

Al término de la sesión, luego de compartir todas su material y su interpretación de lo que hicieron, se les invitó a seguir haciendo por su cuenta los ejercicios de respiración y a estar atentas a lo que su cuerpo, ideas o sueños les pudieran transmitir.

– Segunda Sesión: Belleza desde las cenizas

Una vez repasado lo que se hizo en la primera sesión se procede a la relajación y luego se les pide mantener los ojos cerrados para imaginar un color que represente la intuición o guía espiritual que deseen encontrar, preguntándose a la vez qué pasa por su mente cuando comiencen a sentir lo que sientan y tratar de definir qué sienten. Se menciona que es probable que aparezcan pensamientos automáticos limitantes para que los identifiquen junto con las emociones y el comportamiento que provocan.

Este ejercicio facilita la expresión, todas fueron evocando cómo se sentían, cuáles eran sus miedos e inseguridades y al cierre de la sesión se invitó a que reflexionaran en todo lo que han podido superar. Sus trabajos hechos con collage resultaron sugestivos e ilustrativos de cómo se sienten. Cierre. La intervención provocó que salieran a flote pensamientos que no tenían identificados a simple vista, lo que las condujo a su reconocimiento y reflexión.

– Tercera Sesión: Reuniendo mis pensamientos.

Luego del repaso de la sesión anterior y los ejercicios de relajación, se procede a proporcionar psicoeducación sobre la modificación del pensamiento. Manifestaron

que no creían que se pudiera cambiar. El ejercicio consistió en hacer una lista de pensamientos automáticos evaluativos, rápidos y breves a fin de ver cómo se comportan y relacionan con las creencias, cómo las interpretan y cómo reaccionan. Después cada una elige una frase que de acuerdo con su propia jerarquía se ala primera que quiera modificar y se procede a hablar sobre asertividad. Una vez elegida la más importante, se pide a cada una que, para cambiar esa frase por un pensamiento positivo, elija con cuidado las palabras que considere más adecuadas, claras y sencillas para expresar la conducta deseada.

Cada participante elabora unas tarjetas con cartulina en donde escriben las frases que se les proporcionan para que las completen: “Yo creía...”, “Ahora aprendo... y perdono y dejo ir mis errores del pasado hechos inconscientemente”. En otra tarjeta en donde dibujan un hermoso marco completan la frase “Ahora elijo...” La intervención conduce ahora a que las pacientes sepan cuáles creencias pueden o deberían modificar.

La frase que todas eligieron como primera fue “tengo miedo”. Se les invitó a hablar al respecto y mencionaron que desde chicas tenían miedo de hacer mal las cosas, cada una compartió las experiencias difíciles de la infancia por las cuales comenzaron a sentir esos miedos. Luego de sus exposiciones se les hizo ver cómo, a pesar de todo eso, ellas estaban en un punto de su vida en el que se podían considerar exitosas, por lo que su fuerza interior es más grande de lo que ellas pueden ver, lo cual habría que reconocer para seguir adelante con los proyectos que tuvieran miedo de

emprender. Cierre de sesión. Se hace notar que como todo hábito, la costumbre de tener otra creencia se irá instalando con la repetición.

– Cuarte Sesión: La mesa de tres patas

Luego del repaso de la sesión anterior y la relajación se les indica que para cambiar aún las más fuertes creencias negativas, podemos seguir cinco pasos para modificarlas por creencias positivas.

1. Se les explica qué representa la mesa: la tabla de la mesa son sus creencias y las patas las evidencias que las sostienen.

2. Se procede a poner una creencia en cada pata, en su cuaderno: deben ser al menos tres evidencias. Posteriormente, se pone una creencia alternativa y positiva para cada una de las anteriores.

3. Se les pide identificar el pegamento emocional que tienen cada una de las creencias o patas, pues en caso de ser una falsa creencia se debe remover ese pegamento emocional identificando sus beneficios prácticos, lo que pone en evidencia que no los hay.

4. Ya encontradas esas débiles creencias se procede a determinar qué tan confiables y verídicas pueden ser esas patas para que sigan sosteniendo esas creencias, cuestionando y proponiendo alternativas.

5. Se pide que proporcionen nuevas evidencias que avalen a la nueva creencia, haciendo notar que como es nueva se requerirá de muchas repeticiones para instalarla, recomendando un buen pegamento emocional para sostenerla.

El ejercicio consistió primero en escribir las creencias, y luego dibujarlas como una mesa cuyas patas eran las evidencias. Después se procedió a elaborar la mesa con plastilina. Encima de la mesa se puso una tarjeta con la creencia negativa y cada pata con evidencias que no servían fue retirada hasta que la mesa se derrumbó.

Entonces se procedió a elegir otros colores de la plastilina para construir una nueva mesa. Sobre ella se puso la nueva creencia positiva que se fue sosteniendo con las razones o patas que la sostienen y al final cada paciente compartió con las demás su mesa y sus razones. En este punto la intervención consigue que conscientemente se cuestionen las creencias instalando otras por propia elección.

- Quinta Sesión: Evaluación y cierre

Repaso y relajación. Se les pide que compartan lo que esperaban del taller o qué pensaban que era. Dijeron no saber qué esperar, que se sentían inseguras, que pensaban que iban a ser evaluadas y descalificadas, que tenían miedo de “no dar el ancho”. Expresaron que a partir de la primera sesión se dieron cuenta de que no era nada de lo que habían imaginado y se propusieron aprovechar al máximo la intervención. Dijeron sentirse más abiertas a muchas cosas que se negaban a sí mismas: una de ellas dijo que tenía que arreglar sus relaciones con su madre, hermanos y padre de su hijo; otra dijo que estaba dispuesta a hacer algo por ella y para



ella ahora que está jubilada. Otra más dijo que se sentía animada a emprender sus proyectos propios y que pensaba que podía sentirse más segura y confiada, lo que todas afirmaron también.

Durante todas las jornadas fue curioso notar que ninguna participante mencionó las molestias provocadas por sus enfermedades dermatológicas.

En la despedida del taller se dieron indicaciones para seguir ejercitando su relajación y repasar y tener a la vista sus ejercicios de las frases positivas para seguir motivadas. También se les indicó que posteriormente se les pediría llenar de nuevo el Cuestionario IDARE.

Evidentemente, dadas las circunstancias de sana distancia y la reducción del tiempo del taller de intervención, los resultados no son contundentes pero abren una ventana para seguir asomándonos a esta modalidad de terapia, con todo y que no contamos con instrumentos de medición adecuados para conocer cuantitativamente los avances; la práctica puede conducir a su elaboración para ser más precisos en las evaluaciones y el diseño de las actividades y modelos psicológicos. Es recomendable seguir impartiendo este taller para obtener los resultados que confirmen por completo la hipótesis.

Es importante resaltar que durante las sesiones ninguna de las participantes mencionó su afección dermatológica como algo que les molestara particularmente. Aparentemente, no han podido relacionar su enfermedad con sus creencias sobre su realidad y la interpretación que le dan, razón de más para insistir en los talleres con intervención psicológica.

## **4.2 Seguimiento de sesiones**

Periódicamente se solicitan por este medio respuestas para algunas preguntas. Se ha observado que a dos de las participantes les cuesta trabajo responder en esta modalidad, y dos de ellas ha atendido las solicitudes.

La participante Fabiola es detallada en sus respuestas, manifiesta cambios en su modo de enfocar aspectos de la vida y propósitos para modificar sus relaciones familiares, de pareja y de trabajo.

Martha por su parte continúa sus relajaciones, reporta sus diarios y comunica sentir inquietud y tristeza por pérdidas debidas a la pandemia.

La participante Frumencia en ningún momento mantuvo la comunicación por WhatsApp desde el inicio del taller, pese a haber recibido indicaciones de que posterior al término del mismo seguiría recibiendo indicaciones.

Para inicios del mes de diciembre ninguna de las participantes al taller respondió los mensajes por WhatsApp y fue imposible volver a aplicar el cuestionario IDARE.

## **CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES**

El tema del presente escrito fue planeado luego de haber hecho prácticas en una clínica dermatológica, nació a raíz de una conversación con la dermatóloga que considera que un gran porcentaje de las enfermedades dermatológicas provienen de las emociones. Cuando ya se tenía estructurada la idea para diseñar el taller de

intervención psicológica en las instalaciones de la clínica las circunstancias cambiaron dramáticamente debido a la pandemia por COVID19 y estuvo a punto de cancelarse.

Con circunstancias de aislamiento, miedo e incertidumbre en la población, aún así hubo personas que accedieron a participar superando esos obstáculos y cooperando al modificar sus regresos de Orizaba a sus comunidades para poder asistir diariamente a las sesiones que en principio serían semanales.

Una vez impartido el taller es difícil llegar a una conclusión dado que no se pudo realizar el post test. Se cumplieron los objetivos de diseñar e impartir el taller pero los resultados no son concluyentes y se hace necesario realizar nuevamente la intervención en condiciones que permitan mejor control y tener todos los elementos que conduzcan a obtener una conclusión.

### *5.1 Discusión*

Con el fin de poder llegar a resultados y conclusiones más precisas sobre el resultado de un taller como el planteado en este documento, es indispensable trabajar para diseñar un instrumento de evaluación que facilite evaluar tanto al inicio como al final de cada intervención de una manera más evidente. También resulta necesario trabajar multidisciplinariamente con personal de salud como médicos, enfermeras o cuidadores que pudieran apoyar en la aplicación de los ejercicios del taller en ambientes hospitalarios. Desde luego en la práctica privada es indispensable que el trabajo lo realicen conjuntamente el médico dermatólogo y el psicólogo cuando quien imparte no tenga ambos perfiles.

Considero útil y práctico que se propongan talleres de arte a modo de psicoterapia porque las personas evitarían el estigma social de estar en terapia y sin embargo tendrían la atención adecuada mediante cualquier método de la terapia Cognitivo Conductual.

## REFERENCIAS

American Dance Therapy Association (2018) Nana Coch: una introducción a la Danza Movimiento Terapia. Recuperado de <https://youtu.be/gIITrO5VTxA>

Antuña-Bernardo Susana *et al*, Perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 2000 Vol. 12 Supl. No 2, pp 30-34, Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/509.pdf>

Arias Odón Fidias G., (2019) Investigación teórica, investigación empírica e investigación generativa para la construcción de teoría: precisiones conceptuales. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Fidias\\_Arias\\_Odon/publication/335927792\\_Investigacion\\_teorica\\_investigacion\\_empirica\\_e\\_investigacion\\_generativa\\_para\\_la\\_construccion\\_de\\_teor%C3%ADa\\_Precisiones\\_conceptuales\\_1/links/5d8481d2299bf1996f7e550b/Investigacion-teorica-investigacion-empirica-e-](https://www.researchgate.net/profile/Fidias_Arias_Odon/publication/335927792_Investigacion_teorica_investigacion_empirica_e_investigacion_generativa_para_la_construccion_de_teor%C3%ADa_Precisiones_conceptuales_1/links/5d8481d2299bf1996f7e550b/Investigacion-teorica-investigacion-empirica-e-)

investigacion-generativa-para-la-construccion-de-teoria-Precisiones-conceptuales-1.pdf

Ávila Diana y Ramos Beatriz, "Tratamiento psicológico para el manejo de la dermatitis atópica. Revista Vanguardia Psicológica Vol. 2 Número 1 abril-septiembre 2011, recuperado de <file:///C:/Users/mddur/AppData/Local/Temp/Dialnet-TratamientoPsicologicoParaElManejoDeLaDermatitisAt-4815136.pdf>

Betelheim, Bruno, (2004) Psicoanálisis de los cuentos de Hadas. Biblioteca de Bolsillo, Barcelona.

Chiriboga Hurtado, Pilar (2010) El arte terapia como técnica terapéutica para reducir la ansiedad en pacientes que presentan resistencia a la psicoterapia convencional durante el proceso psicológico. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5038/T-PUCE-5264.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Durand Goytia E., (2010) Mujeres que Cuentan. Narrativa autobiográfica de mujeres en el puerto de Ensenada. Instituto de cultura de Baja California, Gobierno Municipal de Ensenada, CONACULTA.

Dychtwald K., (1977) Cuerpo-Mente. Lasser Press Mexicana. Recuperado de [https://www.academia.edu/8137199/CUERPO\\_MENTE\\_es](https://www.academia.edu/8137199/CUERPO_MENTE_es)

Farías, Adriana (2007) Arteterapia en Argentina: una historia, un relato, una visión. Instituto Universitario Nacional de Arte. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/27594660\\_Arteterapia\\_en\\_Argentina\\_una\\_historia\\_un\\_relato\\_una\\_version](https://www.researchgate.net/publication/27594660_Arteterapia_en_Argentina_una_historia_un_relato_una_version)

Gómez Higuera, Jacinto, (2015) Utilización de integración de arte en los cuidados de enfermería. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/34368/1/T36687.pdf>

Gómez Ordóñez, Eva María. Uso de las técnicas psicodramáticas en terapia de pareja. Apuntes de Psicología 2013, Vol. 31, pp 401-405. Recuperado de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/85109/20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

González M, Martín M, Grau JA, Lorenzo A (2007) Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En: González M (Ed) Instrumentos de Evaluación psicológica ,La Habana: ECIMED, 165-214. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Marta\\_Martin13/publication/277011296\\_Extractos\\_del\\_capitulo\\_Instrumentos\\_de\\_evaluacion\\_psicologica\\_para\\_el\\_estudio\\_de\\_la\\_ansiedad\\_y\\_la\\_depresion/links/555e235c08ae9963a11412ae/Extractos-del-capitulo-Instrumentos-de-evaluacion-psicologica-para-el-estudio-de-la-ansiedad-y-la-depresion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marta_Martin13/publication/277011296_Extractos_del_capitulo_Instrumentos_de_evaluacion_psicologica_para_el_estudio_de_la_ansiedad_y_la_depresion/links/555e235c08ae9963a11412ae/Extractos-del-capitulo-Instrumentos-de-evaluacion-psicologica-para-el-estudio-de-la-ansiedad-y-la-depresion.pdf)

Kantor, Alfred, (1945 )The book of Alfred Kantor, Recuperado de <https://corvufugit.com/2018/01/27/1945-the-book-of-alfred-kantor/>

Kramer, Edith (2000) Art as Therapy, Collected Papers edited by Lani Elaine Gerity. Jessica Kingsley Publishers. London and Philadelphia

Labra González, Pilar (s/f) Taller de Creatividad con Enfoque Terapéutico: Una experiencia de arte terapia con grupo abierto en sala de espera de quimioterapia. Universidad de Chile, Facultad de Artes. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/145335/taller-de-creatividad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

López Martínez M.D. (2009) La intervención arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español. Universidad de Murcia, Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf>

Martorell, Paula (s/f) El método biográfico en psicología clínica. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapéutica. Recuperado de <https://>

[www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/  
El\\_metodo\\_biografico\\_en\\_Psicoterapia\\_Breve.pdf](http://www.psicociencias.org/pdf_noticias/El_metodo_biografico_en_Psicoterapia_Breve.pdf)

Measuring the contribution of art therapy in multidisciplinary treatment of personality disorders: The construction of the Self-expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). *Personality and mental health*, 12(1), 3–14. <https://doi.org/10.1002/pmh.1379>

Meza Alvarez, M. (2010) El arte, un camino para sanar. *Avances en Psicología enero-diciembre*, (18) 77-84. Recuperado de <https://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/milagrosmeza.pdf>

Munévar, María C., Pérez, Andrés M., Guzmán Eugenia (1995). Los sueños: su estudio científico desde una perspectiva interdisciplinaria. *Revista Latinoamericana de Psicología* 27 (1), 41-58. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80527103.pdf>

Pain, Sara; Gladys Jarreau (1994) Una psicoterapia por el arte. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/265215284/SARA-PAIN-Una-Psicoterapia-Por-El-Arte>



Palacios Sanz, José I., El concepto de musicoterapia a través de la historia. Revista universitaria de formación del profesorado num 42, dic. 2001 pp 19-31.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/274/27404203.pdf>

Pascual Toca, Raquel (s/f) Musicoterapia. Ministerio de Educación. Gobierno de España. Recuperado de [http://descargas.pntic.mec.es/mentor/visitas/](http://descargas.pntic.mec.es/mentor/visitas/inicio_musicoterapia.pdf)

[inicio\\_musicoterapia.pdf](http://descargas.pntic.mec.es/mentor/visitas/inicio_musicoterapia.pdf)

Pizarro Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. Revista Educación, 30(2),101-109.[fecha de Consulta 14 de Enero de 2021]. ISSN: 0379-7082. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=440/44030207>

REDES (2015) Entrevista de Eduard Punset a Oliver Sacks. Recuperado [dehttps://youtu.be/nfsAERy\\_Xi8](https://youtu.be/nfsAERy_Xi8)

Reyes Contreras G., (2013) Psicoterapia psicodramática: una forma de diagnóstico y tratamiento para la depresión. Revista Brasileña de Psicodrama Vol. 21 núm 2 pp 53-64. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932013000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932013000200005)

Ruiz Fernández M.A., Díaz García M.I., Villalobos Crespo A., (2012) Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Desclée De Brouwer, S. A. Cap. 7

Sánchez, I. 2006: La colección Prinzhorn: una relación falaz entre el arte y la locura *Arte, Individuo y Sociedad*, 18: 131-150. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2017806>

Sebiani S., Leonardo (2005). Uso de la Danza-Terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas (cáncer, fibrosis, sida). *Reflexiones*, vol. 84 núm.1 pp 49-56. Universidad de Costa Rica. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/729/72920801005.pdf>

Tourette Association of America (2015) Dr. Oliver Sacks about Tourette and His Year with the Tourette Association. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=N-Pjy97UaCQ&feature=youtu.be>

Utrilla Pilar, Bea Manuel y Lombo, Alberto,(2016), Prehistoria: Artes, Símbolos y Creencias. Centro de Estudios UEZ, Zaragoza, España. Recuperado de [https://uez.unizar.es/sites/uez.unizar.es/files/users/pjulian/TrabajosTaller/PowerPoints/prehistoria.\\_artes\\_simbolos\\_y\\_creencias.pdf](https://uez.unizar.es/sites/uez.unizar.es/files/users/pjulian/TrabajosTaller/PowerPoints/prehistoria._artes_simbolos_y_creencias.pdf)

## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Experiencia profesional de la investigadora**

En lo que respecta a mi trabajo como artista plástica y escritora, he desarrollado talleres de artes plásticas, bordado y poesía o escritura creativa, así como de narrativa autobiográfica. Esto deriva de una experiencia de años como facilitadora de talleres de poesía en los que pude observar primero de manera personal, de qué manera el hecho de narrar las emociones, ansiedades, angustias o sufrimiento podían curarse al conjuro de las palabras. La tarea de buscarlas para ir configurando las ideas, o de dejarlas salir a borbotones para que expidan su encono o su dolor siempre resultó en alivio, y con el tiempo, en la cura de ese sufrimiento que de otra manera, sin salir, asfixia al alma y envenena al cuerpo. Tan sólo leer poesía mitiga la ansiedad, nos conecta con el mundo mágico de las metáforas, nos hace repercusión en las emociones y nos mueve al llanto, al recuerdo, al goce de memorias, al reconocimiento de lo que nos hace humanos.

Al inicio de los talleres dirigidos a mujeres siempre resultaba igual también para ellas: un proceso de reconocimiento y sanción que daba alivio. Fue hasta el año 2012 que con una beca pude realizar mi proyecto literario “Mujeres que Cuentan” en el puerto de Ensenada, B.C., en el que participaron trece mujeres a quienes pedí que contaran cómo y cuándo habían llegado a la ciudad y porqué se habían quedado. Fue un ejercicio que duró siete meses en los que además de trabajar los textos, ofrecí a cambio de su participación ayudarles a elaborar su biografía en un libro-objeto de arte

como legado para su familia y durante ese tiempo se hizo recorte, pegado y coloreado en la estructuración del libro de arte.

Las reuniones semanales fueron creando vínculos entre las participantes que no nos conocíamos —salvo alguna excepción— y el trabajo se fue haciendo cada vez más íntimo en cuanto a lo que se narraba, por lo que en algún momento les pedí que se animaran a contar algo que nunca hubieran dicho, sin esperar el resultado: algunas de ellas recordaron los abusos sexuales de que fueron víctimas en su infancia en el seno familiar. Estos recuerdos, guardados en lo más profundo de su memoria y velados para las demás personas, afloraron en el clima acogedor de la convivencia entre mujeres que teníamos en esos momentos el mismo propósito: contar parte de nuestra vida.

Volviendo a la compilación de aquellos textos, quiero compartir que cada una de las mujeres afectadas pensaba que la gente les perdería el respeto, que sus hijos las iban a mirar de otra manera, etcétera. Con mucho esfuerzo y tiempo las convencí de que en las lecturas públicas leyeran parte de esas revelaciones. Tomamos horas enteras practicando su lectura en voz alta y haciendo respiraciones para controlar la emoción y el llanto. Ellas fueron tan valientes que lo pudieron hacer el día de la presentación del libro ante un auditorio de 300 personas que aplaudió de pie, y públicamente les reiteraron su respeto y admiración reconociendo su valentía.

Pasada la euforia de las presentaciones en el auditorio local de la UNAM, en la Feria del Libro de Tijuana, en cafeterías y en otros municipios, el resultado para ellas fue que eran identificadas en la localidad como las “mujeres que cuentan”, lo que contribuyó a que su autoestima no siguiera siendo para ellas algo difícil de portar, resignificando lo que les había ocurrido. El vínculo creado entonces en aquellas largas sesiones en las que todas nos fuimos reconociendo y compartiendo permanece hasta la fecha como una forma de sororidad a prueba de tiempo y de distancia.

## **Anexo 2: Carta Descriptiva del Taller**

<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Técnica y procedimiento</b>	<b>Material</b>
---------------	-----------------	--------------------------------	-----------------

<p>1</p> <p><b>Mándala del pasado, presente y futuro</b></p>	<p>Firma del Consentimiento Informado y aplicación del Cuestionario IDARE.</p> <p>Contacto, identificación y visualización del yo interno</p>	<p>Dibujo, pintura, recorte.</p> <p>Relajación por medio de la respiración en cuatro tiempos.</p> <p>Explicación sobre la Mándala, que significa “círculo” en sánscrito y se usa para enfocar la mente, meditar y relajarse.</p> <p>Elegir colores que se asocien con los sentimientos para usarlos en una mándala simple titulada PASADO. Según el deseo personal, se pueden agregar símbolos de eventos o circunstancias pasadas, aún si no fueron agradables, considerando que no fue lo único que hubo en ese momento. Preguntar ¿Cómo te sentías en ese momento? ¿Cómo eran tu creatividad, sentimientos, etc.? Esto servirá para reconocer, honrar y abrazar el pasado.</p> <p>Se hace el mismo ejercicio para el PRESENTE y se visualiza un mándala para el FUTURO: al abrazar el pasado elegimos nuestras emociones para el futuro</p>	<p>Cartulina, marcadores de colores, crayolas, revistas para recortar, tijeras, pegamento, pinceles</p>
--	---	--	---

<p style="text-align: center;"><b>2</b></p> <p><b>Belleza desde las cenizas</b></p>	<p>Evaluación, discusión y cuestionamiento de los pensamientos y emociones.</p>	<p>Ejercicio de relajación en cuatro tiempos.</p> <p>Cerrando los ojos, imaginar un color suave para que represente la intuición y guía espiritual que deseamos encontrar. Con la mirada perdida, mirar el color elegido y respirar con tranquilidad por cinco minutos, preguntando ¿qué pasa por mi mente cuando comienzo a sentir lo que siento? ¿qué siento? Considerar un tiempo para analizar y detectar las creencias o pensamientos automáticos con el fin de encontrar la relación entre ellos y las emociones y comportamiento.</p> <p>Expresar lo vivido o facilitar la expresión por el medio que elija la persona, si es necesario con apoyo del diálogo Socrático.</p> <p>Resumir en una frase la experiencia.</p>	<p>Collage. Cartón rígido, recortes, marcadores, objetos representativos o simbólicos, papel periódico, retazos de tela, pegamento etcétera.</p> <p>El participante usará el material para representar la frase que determina la experiencia vivida, construyendo un cuadro que la simbolice.</p>
---	---	---	---

<p style="text-align: center;"><b>3</b></p> <p><b>Reuniendo mis pensamientos</b></p>	<p>Psico-educación sobre la modificación del pensamiento. Identificación de la relación entre pensamiento, emoción y comportamiento.</p>	<p>Relajación en cuatro tiempos.</p> <p>Para comprender el papel del pensamiento y las creencias, cómo se comportan y relacionan, y cómo se interpreta una situación, se realiza una lista de cinco pensamientos automáticos espontáneos, evaluativos, rápidos y breves. Se analiza cuáles son sus creencias centrales.</p> <p>Se elige la conducta a modificar según la jerarquía seleccionada y se procede a proporcionar información sobre asertividad (psicoeducación).</p> <p>En los pensamientos detectados y en la frase a trabajar, seleccionar palabras que se consideren más adecuadas, de la manera más clara y sencilla, expresando la conducta deseada.</p>	<p>Una vez que fueron detectadas las creencias y sentimientos en la sesión anterior, se creará algo nuevo y relevante, algo que se quiere decir, algo que se quiere creer.</p> <p>Utilizando una tarjeta, marcadores y pegamento, crear un marco dentro del cual se escribirá la frase “yo creía ....” Y abajo “Ahora aprendo... y perdono y dejo ir mis errores del pasado hechos inconscientemente.</p> <p>“Ahora elijo...(paz, armonía, prosperidad, confianza, etc).</p>
--	--	--	--



<p style="text-align: center;"><b>4</b></p> <p><b>La mesa de tres patas</b></p>	<p>Seguir los 5 pasos del proceso para cambiar ideas limitantes</p>	<p>Relajación en cuatro tiempos.</p> <p>Aún la más fuerte creencia equivocada puede ser modificada por una creencia positiva. Cada creencia es como una mesa y cada una de sus patas es una razón que la sostiene: aún con tres patas, la mesa puede estar en pie.</p> <p>Los pasos a seguir son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar la creencia a cambiar junto con sus “tres patas”.</li> <li>2. Determinar una creencia alternativa y positiva para cambiar la anterior, con todo y sus patas o razones que la soportan, (al menos tres).</li> <li>3. Toda creencia tiene un ligamento emocional que debemos identificar: en la creencia limitante para removerlo; y en la nueva creencia buscar ese pegamento emocional identificando sus beneficios emocionales y prácticos.</li> <li>4. Una vez encontradas tres patas para nuestra nueva mesa o creencia apuntemos qué tan confiable y verídica puede ser cada una de las razones o patas que la sostienen, cuestionando y planteando</li> </ol>	<p>Cartón, plastilina, pintura, pinceles, recortes, etc.</p> <p>Cada persona elegirá el material para crear su mesa de tres patas, aunque puede ser de cuatro.</p> <p>La primera mesa que se crea es la que sostiene la creencia limitante. Se construye con cada una de sus patas o razones que la sostienen y una vez terminada y contemplada, se destruye de la manera que cada quién prefiera.</p> <p>En seguida se selecciona el material para construir una segunda mesa o creencia.</p> <p>Sobre la base se escribe o pega la idea. Al construirle sus patas, cada una será la razón que la sostiene.</p> <p>Una vez terminada y adornada según la preferencia, este objeto se procurará tener siempre a la vista, identificando claramente</p>
---	---	--	--

<p><b>5</b></p> <p><b>Evaluación y cierre</b></p>	<p>Exposición de todos los trabajos en un tendedero</p>	<p>Cada participante comenta los hallazgos que hizo en cada uno de sus trabajos, cómo se sintió y lo que proyecte hacer a partir de eso.</p> <p>Se dan recomendaciones finales para seguir con la relajación y tener a la mano las visualizaciones de los nuevos pensamientos.</p>	<p>Cordel, lazo o listón, pinzas para ropa.</p> <p>Sobres individuales grandes de cartulina para guardar los trabajos de todas las sesiones.</p>
---	---	--	--

- El tiempo destinada para cada sesión fue de 90 minutos con intervalo para descanso.

## Anexo 3 Relato fotográfico

