



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ARTES PLÁSTICAS.

“Actividades artísticas como procedimiento terapéutico en pacientes  
psiquiátricos hospitalizados”

Tesis

Que para obtener el título de:  
Licenciada en Artes Visuales

Presenta:  
Sonia Ivonne Cortés Silva.

Directora de tesis: Ingrid Fugellie Gezan.

México D.F.2010



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.

Mi más profundo agradecimiento a mi amada madre, la mujer más importante en mi vida, fiel amiga y consejera que si no fuera por su amor, apoyo y sacrificio yo no estaría en donde estoy, mi tía Gregoria (Goyita) mi ejemplo de fortaleza, mi asesora Ingrid Fugellie, mi familia, profesores, amigos y a todas aquellas personas que a lo largo de los años han influido en mi bienestar, formación y aprendizaje y sobre todo a Dios por permitirme seguir adelante.

# ÍNDICE

*Pág.*

## **CAPÍTULO I**

**ANTECEDENTES.** ..... 1

I.1.1. Arte y psicología.

I.1.2. Arte terapia.

I.1.3. Elementos Históricos.

## **CAPÍTULO II**

**INFLUENCIA DEL LLAMADO ARTE DE ENFERMOS MENTALES EN ARTISTAS MODERNOS.** ..... 9

II.2.1. Producción artística y enfermedad mental.

## **CAPÍTULO III**

**DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS EXHIBIDAS POR PARTICIPANTES AL TALLER.** ..... 18

III.3.1. Esquizofrenia

III.3.2. Depresión.

III.3.3. Trastorno Bipolar (maníaco depresión).

III.3.4. Trastorno Obsesivo – Compulsivo.

III.3.5. Trastornos de alimentación.

## **CAPÍTULO IV**

**TALLER DE PLÁSTICA IMPARTIDO A PACIENTES HOSPITALIZADOS.** ..... 23

IV.4.1. Preparación del Taller de Plástica.

IV.4.2. Elementos requeridos para la eficacia del Taller.

## **CAPÍTULO V**

**ELEMENTOS ANALIZADOS EN LAS OBRAS PLÁSTICAS.** ..... 27

V.5.1. Intención.

- V.5.2. Interpretación.
- V.5.3. Espacio y el tiempo.
- V.5.4. Movimiento.
- V.5.5. Trazo.
- V.5.6. Localización.
- V.5.7. Color.

**CAPÍTULO VI**  
**SESIONES DEL TALLER. .... 35**

- VI.6.1. Actividades plásticas programadas.
- VI.6.2. Actividades de Pintura.
  - VI.6.2.1. 1ª Sesión. Pintura digital.
  - VI.6.2.2. 2ª Sesión. Pastel.
  - VI.6.2.3. 3ª Sesión. Acuarela.
  - VI.6.2.4. 4ª Sesión. Colage.
- VI.6.3. Actividades de Escultura (Modelado).
  - VI.6.3.1. 1ª Sesión. Relieves de plastilina.
  - VI.6.3.2. 2ª Sesión. Modelado con serpentina.
  - VI.6.3.3. 3ª Sesión. Modelado con migajón.
  - VI.6.3.4. 4ª Sesión. Mascaras de yeso.

**CONCLUSIONES. .... 80**

## I. ANTECEDENTES

### Arte y Psicología

La Psicología del Arte está catalogada como una de las ramas de la Estética. Se centra en las conductas y experiencias de las personas que realizan las obras plásticas.<sup>1</sup> Se trata de una ciencia o una rama de la ciencia plenamente articulada que suele conocerse con nombres como “estética psicológica”, “psicología estética” o “estética experimental”. Algunos la consideran una psicología aplicada, ya que se trata de un conocimiento psicológico general aplicado a una actividad cultural concreta, como sucede en la educación y en la terapia artística.<sup>2</sup>

Durante y después de la Primera Guerra Mundial, la interpretación psicológica del arte y los artistas recibió un mayor estímulo del Psicoanálisis,<sup>3</sup> pero después de la Segunda Guerra Mundial se combinaron varios factores para desalentar los trabajos científicos en el campo de la Psicología del Arte.

Hacia los años setenta, la enseñanza de las artes y la práctica de éstas como terapia, separaron sus direcciones. Probablemente, porque los programas de enseñanza del dibujo daban mayor importancia al diseño, terreno menos propicio para las actividades terapéuticas. Asimismo, fue surgiendo un convencimiento cada vez mayor de que el arte terapia podía ser considerado como una forma de psicoterapia y que, por lo tanto, era necesaria una preparación acorde a esa circunstancia.

Desafortunadamente, los actuales psicólogos del arte consideran con excesiva frecuencia que la Historia del Arte o de las Culturas y la Antropología no son aspectos que debieran ubicarse dentro de su campo de estudio. Yo creo que

---

<sup>1</sup> Jean Paul Weber, *La psicología del arte*, Ed. Padiós, Buenos Aires, 1965, pág. 7.

<sup>2</sup> Martin Schuster y Horst Beisl, *Psicología del arte*, Ed. Blume, Barcelona, 1982, pág.15.

<sup>3</sup> Daniel E. Schneider. *El psicoanalista y el artista*, Ed. F.C.E., España, Madrid, pág. 14.

un verdadero psicólogo del arte debe poseer conocimientos tanto de arte como de psicología, para lograr un mayor entendimiento de las obras.

Sabemos que las obras plásticas reflejan las tendencias internas de la sociedad, y son el ámbito idóneo para el desarrollo de la expresión personal y de la comunicación consigo mismo y con los demás. Son un método para ampliar el alcance de las experiencias humanas, para desarrollar la intuición y la sensorialidad. Se trata de un área donde las experiencias pueden ser elegidas, variadas y repetidas a voluntad; incluso la propia obra puede ser destruida como representación de otros procesos. Estas son características que convierten a la actividad plástica en un medio apropiado para trabajar en terapia.

### **Arte terapia**

El arte terapia debe ser entendido como un campo específico de actuación dentro del ámbito general del arte, pues atiende a las funciones básicas del ser humano, como la espiritualidad y los apegos, entre otras. Se le puede subordinar al Psicoanálisis, porque plantea en los dibujos y demás obras plásticas la posibilidad de manifestar conflictos inconscientes.<sup>4</sup>

Siendo la actividad plástica un rasgo característico de todas las sociedades, ha simbolizado los aspectos personales y culturales de su desarrollo.

En muchos países, el arte terapia carece de reconocimiento oficial. Se divide en varias facetas (arte, danza-movimiento, música, teatro). Las preferencias y los métodos de las terapias son tan diversos como las mismas facetas y especialidades de la disciplina.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Martin Schuster y Horst Beisl, *Op. cit.*, pág. 163.

<sup>5</sup> *Ibid*, pág. 196.

Depende del país si los arte terapeutas tienen que provenir de la psicología o de la psiquiatría, o si deben tener más bien una formación artística. En 1991, en Austria, empezaron a existir escuelas de formación de arte terapia; en 1997, éstas se unieron para formar una asociación única, con el fin de promover la profesión. En Rusia, los artistas no pueden entrar en el ámbito médico-sanitario y, por lo tanto, los arte terapeutas tienen que ser médicos o psicólogos. También existe una unión europea de todas las asociaciones nacionales de arte terapia que se llama EABONATA, pero que hasta el momento no ha tenido un papel importante, debido a las varias problemáticas que hacen difícil la identificación de las diferentes organizaciones, su seguridad y durabilidad. El Reino Unido es hasta ahora la única nación europea que cuenta con un *Act of Parliament* que regula la profesión de terapeutas de arte, música y teatro, y las reúne bajo el término de *arts therapies*.

Es importante definir la posición del arte terapia dentro de un panorama interdisciplinario, y especificar su papel dentro del análisis de los problemas sociales y antropológicos. En principio, se le puede situar dentro del campo de incidencia de la expresión artística, pero su práctica se realiza fuera de los alcances de la educación artística formal que se desarrolla en escuelas, institutos y universidades. Por lo general, se centra en ámbitos de la salud o de los servicios sociales.

Muy a menudo se confunde con la terapia ocupacional, pero este tipo de terapia atiende más a objetivos educativos y productivos. En la terapia artística, los objetivos pueden llegar a ser psiquiátricos o psicológicos y de rehabilitación personal ya que, a diferencia de la primera, en arte terapia se trabaja también sobre los procesos del inconsciente.

El objetivo principal de las Bellas Artes es conseguir una obra de arte de calidad, lo que significa que el producto final es un fin en sí mismo y que la valoración estética es de gran importancia, mientras el proceso de crearla



desde el punto de vista terapéutico, resulta secundario<sup>6</sup>. Sin embargo, en la enseñanza plástica general, que no se limita a preparar profesionales de las Bellas Artes, sino que se considera parte de la formación integral de todos los individuos, se contempla también la importancia del proceso creativo, al igual que en el arte terapia.<sup>7</sup>

En arte terapia, la utilización de la imagen plástica como representación indirecta de procesos inconscientes, es una forma que encuentra el individuo para liberarse. Por ser la actividad plástica un sistema de comunicación menos usual, el significado de las imágenes inconscientes escapa casi siempre al mismo protagonista, para fluir con mayor libertad, al no poder ser censurado y reprimido por la conciencia.<sup>8</sup>

La actividad plástica que se lleva a cabo con fines terapéuticos con la asistencia de un terapeuta artístico y con el propósito de corregir o de tratar problemas (tanto psicológicos como afectivos o sociales), tiene unos objetivos que, naturalmente, van más allá de lo puramente estético. Si bien estas cualidades pueden llegar a ser importantes, lo fundamental es el proceso que utiliza la persona para comunicar su interioridad.<sup>9</sup>

Es obvio que la educación plástica bien entendida, no está dirigida sólo a potenciales artistas, o a aquellos que muestran un interés y un talento natural en el ámbito artístico. Tampoco el arte terapia está dirigido solamente a enfermos mentales graves, aunque desde finales del siglo XIX ha existido gran interés por las producciones plásticas de psicóticos. Tanto el arte terapia como la educación plástica, están dirigidos a todas las personas sin excepción. Para algunos tendrá connotaciones más estéticas, para otros más expresivas o más comunicativas; para todos, posibilitará la opción de conocerse más y sentirse

---

<sup>6</sup> Alejandro Reisin, *Arteterapia. Semánticas y Morfologías*. Buenos Aires, pág.8

<sup>7</sup> *Ibid*, pág. 13

<sup>8</sup> Elsa Scanio, *Arteterapia*, Ed.Lumen, Buenos Aires, pág. 9.

<sup>9</sup> Martin Schuster y Horst Beisl, *Op. cit.*, Págs.193-194.

mejor. Aunque cada disciplina tiene objetivos y mecanismos diferentes, en ambos casos se intenta brindar a las personas la oportunidad y los elementos necesarios para desarrollar un nivel de comunicación distinto del lenguaje verbal.

La enseñanza específica de las Bellas Artes otorga más importancia a los procesos formales, y la plástica desarrollada en terapia atiende más a la expresión de los procesos mentales; en ambas disciplinas es importante que se tenga en cuenta la importancia de las dos vertientes.

Esta forma de terapia es en realidad muy amplia y, en ocasiones compleja, ya que puede incluir desde niños con problemas de lenguaje, personas con enfermedades psiquiátricas, jóvenes drogodependientes e individuos sanos recluidos en instituciones penitenciarias o adultos mayores con depresión. Y, naturalmente, también el arte terapia está al alcance de personas que simplemente quieran sentirse bien o conocerse mejor, como forma de crecimiento y superación personal

Según sea el tipo de sujetos a tratar, será más conveniente el desarrollo de objetivos y métodos de actuación propios de la educación plástica. Así, la labor plástica puede ser apropiada simplemente para aumentar la confianza en sí mismo, la coordinación motriz, o la conciencia del entorno; también puede ayudar a desentrañar traumas profundos, fobias, complejos infantiles, instintos agresivos o relaciones conflictivas.

La esencia de la terapia artística reside en el resultado terapéutico de la actividad de crear algo y, al igual que en la actividad plástica general, se beneficia de procesos psicológicos como la catarsis o la sublimación. Tal vez la diferencia más evidente entre terapia y educación artística sea que la obra plástica realizada en terapia se hace para constituirse en elemento de interpretación y análisis entre dos o más individuos, para servir de intermediario,

y para permitir la transferencia que se produce en todo acto terapéutico.

### **Elementos Históricos**

Haciendo un poco de historia, es posible afirmar que desde la Antigüedad Clásica se conocían las propiedades terapéuticas de la plástica y los beneficios de practicarla, para el equilibrio general del ser humano. Sin embargo, es en el siglo XX cuando se sistematiza su utilización con fines curativos, en algunos países europeos y americanos.<sup>10</sup> Posteriormente, en Gran Bretaña, se institucionaliza el arte terapia como una disciplina reconocida por los ministerios; tanto el de Educación, al admitir sus planes de estudio, como el ministerio de Trabajo, al ser reconocida como una nueva profesión, cuyo ejercicio implica estar inscrito en los organismos competentes y poseer los correspondientes permisos.

La consideración del arte como forma de tratamiento terapéutico, comenzó en los hospitales durante la Segunda Guerra Mundial. Adrian Hill, un artista que pasaba su convalecencia en un sanatorio, se dedicó a pintar para liberarse de la nostalgia, el aburrimiento y los malos recuerdos. Posteriormente, comenzó a compartir con los otros enfermos, los reconfortantes efectos de su actividad creativa en aquellas épocas tan angustiantes. Según parece, algunos de los pacientes comenzaron a dibujar y a pintar las terribles escenas de muerte y desolación que habían vivido en el frente; estas pinturas les servían para poder comunicar su sufrimiento y temores. Poco después de finalizada la guerra, en 1946, Adrian Hill se convierte en el primer terapeuta artístico que trabaja de forma remunerada en un hospital.<sup>11</sup>

El arte terapia debe, en gran medida, su crecimiento y desarrollo a las

---

<sup>10</sup> James Hogg, *Psicología y artes visuales*, pág. 22.

<sup>11</sup> IGNIS-Arte-Terapia y Creatividad. Disponible en: [www.cobweb.com.ar/ignis/actid\\_art.htm](http://www.cobweb.com.ar/ignis/actid_art.htm) (consultado, 10 de octubre 2004)

relaciones históricas con la enseñanza del arte, y a la utilización simultánea de la plástica como forma de diagnóstico en psiquiatría. Gran Bretaña es el lugar donde por primera vez se utiliza el método plástico como intermediario en una acción terapéutica. Se puede considerar que el arte terapia nació, en parte, desde el trasfondo de la educación artística. De hecho, los primeros arte terapeutas eran artistas o profesores de arte, que se interesaban por los aspectos psicológicos y sociales de las personas.

Aunque comienza a conocerse más cada día, la terapia artística está todavía poco desarrollada en muchos países. Sin embargo, en los países que ya tienen una cierta tradición, como Estado Unidos, Gran Bretaña, España o Francia, ha existido un paulatino ascenso y consolidación de estudios universitarios, generalmente de postgrado, como cursos y maestrías de especialización. Se puede decir que, en la actualidad, esta disciplina goza de un amplio reconocimiento profesional en varios otros países, con investigaciones, congresos y publicaciones del sector. Las prácticas y los tratamientos se realizan tanto en instituciones sociales o centros sanitarios, como en el sector privado.

Mi propuesta sería que en los planes de estudio de la E.N.A.P además de los obligatorios conocimientos artísticos, se incluyeran programas de psicología del color. En algunas facultades de Bellas Artes de otros países, se han incluido cátedras de psicología y practicas terapéuticas, dependiendo, por lo general, del departamento de didáctica o de educación artística. Los que pretenden la especialidad, son en su mayoría licenciados en arte, aunque cada vez hay más interesados procedentes de las carreras de psicología o psiquiatría.<sup>12</sup>

La idea de la expresión está también, permanentemente, en las bases del arte terapia. Al conceder más importancia a la auto expresión que a la “buena pintura”, la obra plástica creada en sesiones terapéuticas, a veces tiende a ser

---

<sup>12</sup> Elsa Scanio. *Op. cit.*, pág.16

como un diagrama un poco simple en lo que se refiere a las imágenes representadas. De todas formas, los pacientes deben ser introducidos en el lenguaje plástico del color, la forma y las texturas, a fin de que puedan confiar en su capacidad para expresar pensamientos y sentimientos a través de imágenes, ya que la mayor parte de ellos nunca ha dibujado o pintado anteriormente.

Al igual que en la educación artística, la plástica utilizada en terapia puede fortalecer la confianza en sí mismo, pero no sólo por sentirse personalmente satisfecho con su propia realización, sino también por el hecho de que la obra plástica sea elogiada y respetada por los demás. Este es un importante motivo por el cual las consideraciones estéticas, si bien no son el objetivo principal del arte terapia, no deben tampoco descartarse por completo, sino más bien fomentarse, en la medida de lo posible y de manera que no sean objeto de frustraciones en los participantes.

Las obras plásticas que se realizan en arte terapia, se hacen por propia voluntad de quien las crea, con el objetivo principal de poder ser “decodificadas” (aunque no fueran conscientes de esto) en el momento de su realización.

## II. INFLUENCIA DEL LLAMADO ARTE DE ENFERMOS MENTALES EN ARTISTAS MODERNOS

Uno de los conceptos más representativos de la modernidad, que ha sido estudiado con especial atención durante el siglo XX, es la incorporación del “arte marginal” (producción plástica de enfermos mentales) a la historia del arte. Este aporte aparece luego del descubrimiento del *Inconsciente*<sup>\*</sup>, que generó nuevas maneras de comprensión sobre la idea de creación artística, la obra de arte y el artista.

El psiquiatra alemán Hans Prinzhorn, quien a su vez realizó estudios sobre historia del arte y filosofía en la Universidad de Viena, fue pionero en estudiar y utilizar las propiedades terapéuticas de la creación artística para tratar a enfermos mentales. Consiguió reunir más de 5.000 obras procedentes de toda Europa y en 1922 publicó un libro titulado “La producción de imágenes de los enfermos mentales” que despertó un gran interés en artistas como Paul Klee, Alfred Kubin y Oscar Schlemmer.

Algunas de estas obras fueron expuestas en la exposición “Arte degenerado”, organizada por los nazis en 1937, y algunos de los autores de los dibujos murieron en los campos de concentración. Durante la II Guerra Mundial, muchas obras fueron confiscadas y otras se mantuvieron escondidas.

Por otra parte, las vanguardias históricas investigaron y experimentaron nuevas formas de aproximación al arte y sus formas de representación, y esto trajo nuevas categorías de valoración de la obra. Los artistas modernos pusieron especial atención en aspectos marginales al arte, como el arte de los niños, el arte de las culturas tribales, las manifestaciones arqueológicas y también el arte ingenuo, o aquel realizado por los enfermos mentales.

---

<sup>\*</sup> En la teoría Freudiana, todas las ideas, pensamientos y sentimientos de los que normalmente no tenemos conocimiento o consciencia.

Conocemos las referencias de Paul Klee sobre el lenguaje de los niños y el valor que dio Dubuffet al arte marginal. Los surrealistas buscaron voluntariamente identificarse con estados alterados, forzando al inconsciente a irrumpir sobre la racionalidad lógica de la conciencia. Rescataron la irracionalidad como agente de creación. El Dadaísmo sacó sus conclusiones respecto a la locura y procedió a celebrar el triunfo de lo absurdo; era una revuelta de la vitalidad contra la fosilización, de la libertad contra la doctrina, de lo irracional contra la razón.

### **Producción artística y enfermedad mental**

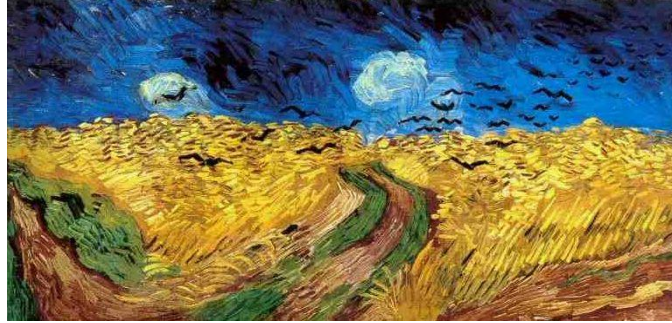
*Vincent van Gogh* – (1853 – 1890) Pintor Holandés. Tras una serie de fracasos sentimentales y apostólicos (siendo hijo de un protestante) decide desarrollar una carrera artística. El 23 de diciembre de 1888 sufre una fuerte crisis y se amputa el lóbulo de la oreja izquierda, manifestando la presencia de signos de carácter patológico.<sup>13</sup> Sus temas principales, hombres y mujeres del pueblo (representados trabajando) se hallan bajo la influencia del claro oscuro, con empastes y abreviaciones expresivas. Más adelante, con la evolución de su pintura, toma el camino del color. En ocasiones se dice que van Gogh no estaba loco; sin embargo sus pinturas provocaban sensaciones perturbadoras sobre los conformistas burgueses, ya que atacaban a las instituciones.<sup>14</sup>

Sus obras exponen gestos de formas giratorias, espesores de plantas carmíneas, soles violáceos girando sobre inmensos trigales creados por la aplicación del color recién salido del tubo de óleo.

---

<sup>13</sup> Joanna Prosyński. *Modern arts criticism*. Ed. Gale researching. 1991, pág. 216.

<sup>14</sup> Michel Laclotte. (Director) “Diccionario Larousse de la pintura”. Vol III, Ed. Planeta, Barcelona, 1987, pág. 2024.



V. van Gogh "Trigal con cuervos". 1890.



V. van Gogh "La noche estrellada", 1889.

Van Gogh utilizó el color de un modo muy personal, basado en la armonía de los amarillos, azules, verdes y malvas.

En el periodo comprendido entre mayo de 1889 y mayo de 1890, fue internado en un hospital y trasladado a un asilo por su propia voluntad, donde sufrió tres crisis más. Durante ese periodo, creó también una extensa serie de autorretratos, testimonios que permitieron seguir la evolución de su lucha contra las difíciles condiciones sociales y su crisis emocional. Ante la creciente angustia que le ocasionaban los sucesivos trastornos, decide dispararse el 27 de julio de 1890, muriendo dos días después.<sup>15</sup>

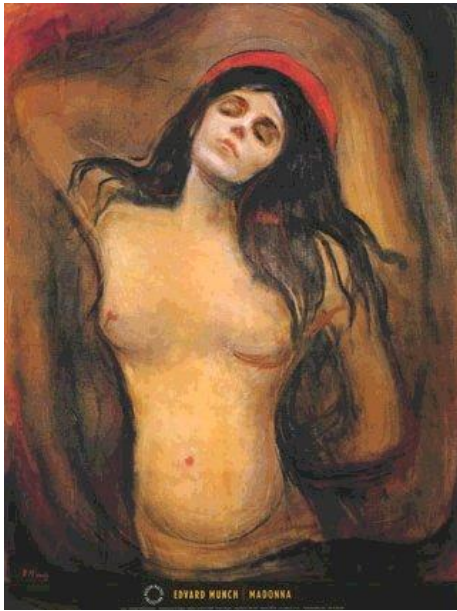
*Edvard Munch* – (1863 – 1944) Pintor noruego. En 1879 ingresó a la escuela de artes y oficios. Inició su obra con retratos de amigos y parientes. Profundamente afectado por la muerte de su madre y de dos de sus hermanas, trató con

---

<sup>15</sup> *Ibid*, pág. 2025.



insistencia temas como el amor y la muerte, la mujer y la pareja en sus obras, inspiración para cuadros llenos de un erotismo macabro y nostálgico; en ellos encontramos la mórbida psicología de su universo, en el que reina la enfermedad, agonía, desolación y soledad.<sup>16</sup> Para Munch, la mujer era a menudo objeto de repulsión y encarnación, por excelencia, de una fuerza negativa y destructora.



E. Munch "Madonna", 1894-1895.



E. Munch "El grito ", 1895. (detalle)

Su evolución se orientó hacia una concentración muy expresiva de la forma, saturada por un color generalmente apagado, encaminado hacia un arte más descriptivo y realista.

Entre 1898 y 1908, Munch sufrió un periodo de inestabilidad en el que se desplazó frecuentemente a Alemania, Noruega, Francia e Italia. Ésta etapa termina en una depresión nerviosa.<sup>17</sup>

*Alfred Kubin* – (1877- 1959) Pintor, dibujante y grabador austriaco que ejerció

<sup>16</sup> Louse Gardner. *Art through the ages*. 1976, pág.794.

<sup>17</sup> Michel Laclotte. (Editor) *Op. cit.*, Vol. II. pág. 1394.

influencia en Klee, Georg Grosz y de Chirico. En 1896, una crisis moral lo llevó a un intento de suicidio.<sup>18</sup> Ilustró numerosas obras literarias, sobre todo las de Poe, Balzac, Kleist y Dostoyevski.

Sus obras producen una frialdad que podría considerarse siniestra, muestran un universo poblado de visiones crepusculares o alucinaciones nocturnas en donde las redes se estrechan alrededor de los objetos, los contornos se difuminan y las formas se ínterpenetran. Lo grotesco, la burla y el sarcasmo tienen cabida en su arte.<sup>19</sup>



Alfred Kubin "Duch wody", 1905.



Alfred Kubin "Rysownik II", 1941.

*Karl Hofer* – (1878 – 1955) Pintor y grabador alemán. Fue una figura realmente trágica. Pasó tres años en un campo de internamiento francés durante la Primera Guerra Mundial. Y en la Segunda, durante un bombardeo nocturno sobre Berlín, perdió la mayor parte de su obra.<sup>20</sup>

Las figuras de Hofer, hombres y mujeres jóvenes, viven en un mundo interior,

<sup>18</sup> *Ibid*, pág. 1087.

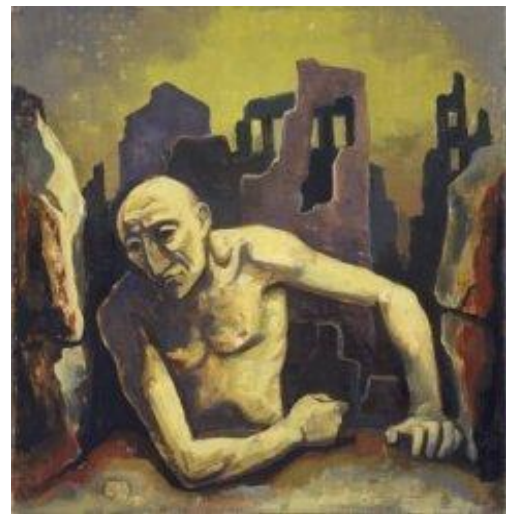
<sup>19</sup> Sandro Bacola, *El arte de la modernidad*, Ediciones del serbal, Barcelona, 1999, pág. 229.

<sup>20</sup> Michel Laclotte. (Director) *Op. Cit.*, Vol. II. pág. 927.

solitario y contenido, melancólico y triste, que parece reflexionar sobre su propio aislamiento y mortandad. A veces aparece una nota de sentimentalismo, tanto si el tema es el silencioso sufrimiento de la vida inconsciente o intelectualmente consciente.<sup>21</sup>



K. Hofer "Night of the black moon", 1944.



K. Hofer "Mann in Ruinen", 1937.

Los paisajes de Hofer son tan desamparados como sus figuras. En los mejores, realizados en Tessin, empiezan a brillar los colores mates, en parte secos. Las composiciones rigurosamente armónicas, como algunas de las naturalezas muertas, revelan una afinidad con los principios de Cézanne.

*Carlo Carrá* - (1881- 1966) Pintor y escritor italiano, representativo de la pintura metafísica. En sus obras, el espacio cúbico de las arquitecturas desiertas se adapta a la forma de un universo onírico. La simplificación plástica se acompaña de un lirismo sutil.<sup>22</sup>

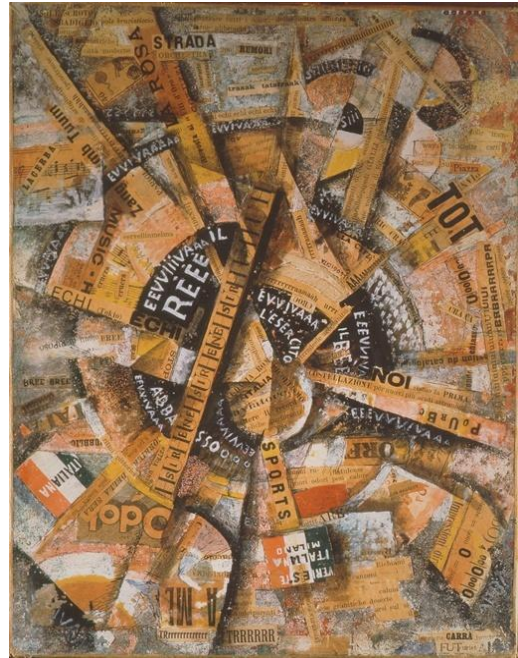
<sup>21</sup> J.Jr, Frank Roos, *Manual ilustrado de la historia del arte*, Ed. Grijalbo, Barcelona, 1966, pág. 384.

<sup>22</sup> Sandro Bocola, *Op. Cit.*, pág. 315.





C. Carrá "La amante del ingeniero",  
1921.



Carlo Carra "Interventionist Collage",  
1941.

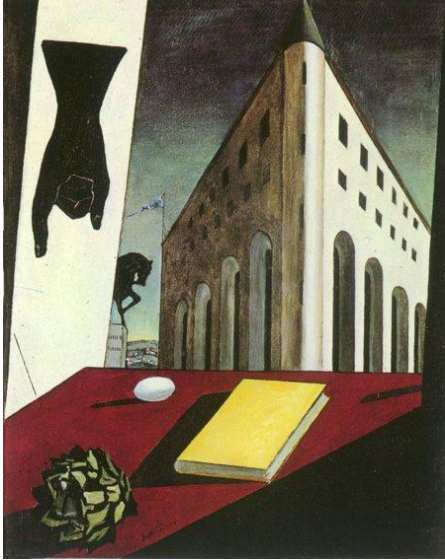
*Giorgio de Chirico* – (1885 – 1979) Pintor italiano. Procedió a formular la estética de una pintura metafísica, una pintura que proyectaría espacios metafísicos llenos de profunda melancolía, gran soledad y una vaga inquietud.<sup>23</sup>

Las escenas de los cuadros de de Chirico parecen clásicos italianos inspirados en las plazas de Ferrara, Turín y Florencia, ciudades sombrías y melancólicas; en otros podemos observar espacios abiertos sin vida humana, poblados sólo por esculturas sin rostro que proyectan largas sombras.<sup>24</sup>

Se trata de escenas en donde predominan colores melancólicos como verde, ocre y gris. Las cosas y los objetos desarrollan una vida propia misteriosa y perturbadora; la fuerza expresiva de los espacios vacíos y silenciosos aumenta cuando las esculturas son sustituidas por maniquíes de sastre, asemejando figuras fantasmagóricas con una presencia anónima.

<sup>23</sup> Michel Laclotte. (Editor), *Op. cit.*, pág. 489.

<sup>24</sup> Louise Gardner, *Op. cit.*, págs. 828-829.



Giorgio de Chirico  
 “Torino printaniere”, 1914.



Giorgio de Chirico  
 “La comedia y la tragedia”, 1926.

*Jean Dubuffet* – (1901-1985) Pintor francés. Descubrió originalidad y autenticidad en la pintura de los enfermos mentales, los artistas naïf y los niños, al cual llamó *l'art brut*, o arte en bruto. Estas impresiones contribuyeron materialmente a sus obras, no obstante ser altamente conscientes e intelectualmente meditadas en los años cuarenta y cincuenta, en los que Dubuffet protestaba irónicamente contra la pintura elegante y los valores supuestamente eternos de la pintura o el arte. Descubrió la poesía contenida en los materiales sencillos, en cosas triviales de la vida cotidiana, en las existencias banales de los seres humanos, los animales y las plantas.<sup>25</sup> Intentó descubrir la poesía oculta en los elementos comunes; esto lo logró sin la ayuda de colores exquisitos ni de formas sofisticadas.

Para el Dubuffet de las primeras fases no había color sino sólo tema. El decía que pensaba en cuadros elaborados simplemente con el lodo, ya que éste es original y monocromo, sin variaciones de ningún tipo, ni en el tono, ni en los colores, el brillo o la disposición, y cuyo efecto sólo procedería de los muchos tipos de signo, trazo e impresión vital que deja la mano cuando trabaja en bruto.

<sup>25</sup> *Ibid*, págs. 856-857.





*Jean Dubuffet "Corpos de dame",  
1950.*



*Jean Dubuffet "Smiling face",  
1901.*

Según Dubuffet, el "Arte en bruto" engloba las producciones de todo tipo: dibujos, pinturas, bordados, figuras modeladas o esculpidas, etc., que tengan un carácter espontáneo y creativo, lo menos relacionadas posible con lo que se entiende normalmente como arte, y procurando que los autores sean personas desconocidas. Hay que añadir que, por lo menos en el principio, este tipo de arte, no sólo se relaciona con el llamado "arte de enfermos mentales".



*Jean Dubuffet "Allés et venues", 1965.*



*Jean Dubuffet "Les passants", 1982.*

### III. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS EXHIBIDAS POR PARTICIPANTES AL TALLER

#### Esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por desorden del pensamiento y la comunicación, además de conductas extravagantes que duran largos periodos de tiempo. Las personas esquizofrénicas tienden a perder contacto con la realidad debido a que sufren alucinaciones (percepciones sensoriales no asociadas con estímulos externos reales); éstas, generalmente se manifiestan en el hecho de oír voces, aunque algunos también experimentan alucinaciones visuales, táctiles u olfatorias. También existen las delusiones (ideas falsas sobre la realidad sin fundamento real); éstas provocan que la percepción de la relación entre el sujeto, el ambiente y otros individuos se distorsione.<sup>26</sup> Con frecuencia consideran extraño su propio cuerpo y lo que los rodea. Pocas veces logran comunicarse con otras personas, pues su lenguaje puede llegar a ser confuso e incoherente.

Existen cuatro tipos de esquizofrenia:

- Esquizofrenia desorganizada: incluye síntomas como risas entrecortadas, muecas y gesticulación. Las personas que sufren éste tipo de esquizofrenia pueden mostrarse infantiles y extravagantes.
- Esquizofrenia catatónica: predominan las alteraciones de la actividad motora. El paciente puede permanecer inmóvil, mudo o pasivo. En el extremo opuesto encontramos a los que se excitan en exceso, hablan y gritan sin cesar, se conducen como robots cuando se les ordena moverse, o mantienen posturas raras e incómodas, en las cuales pueden permanecer horas.
- Esquizofrenia paranoide: está caracterizada por actitudes suspicaces y

---

<sup>26</sup> Rogelio Apiquian et al. "Child and adolescent psychosis: A review of characteristics and treatment". en *Salud Mental*. Vol 23. NO 4. pág. 1.

delirios complejos. El paciente llega a sentirse o creerse una especie de ser evolucionado o superior. Estos esquizofrénicos dan la impresión de ser más normales; sin embargo, pueden tornarse agresivos u hostiles hacia quien les pregunte lo que piensan o contradigan sus delirios.

- Esquizofrenia indiferenciada: se presentan varios de los síntomas típicos de la esquizofrenia, pero no cumplen con los de cualquier otro subtipo.<sup>27</sup>

## **Depresión**

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes; estudios recientes demostraron que tan sólo en México 9.1% de los adultos ha presentado por lo menos un episodio depresivo.<sup>28</sup>

Los trastornos afectivos se caracterizan por perturbaciones en el afecto o estado emocional. El trastorno afectivo más común es la depresión, estado en el cual el sujeto se siente abrumado por el sufrimiento, la tristeza y sentimientos de culpa. Quien está deprimido es incapaz de experimentar placer con las actividades que antes disfrutaba; la mayor parte del tiempo se le ve en situaciones de cansancio y poco comunicativo. Piensa haber fracasado en la vida y tiende a culparse de los problemas. En casos muy graves, al deprimido lo asaltan pensamientos suicidas y llega a intentar quitarse la vida.<sup>29</sup>

Es importante que aprendamos a distinguir entre el trastorno clínico llamado depresión y el tipo normal de depresión que todos sufrimos algunas veces (cuando muere un ser querido, cuando se tiene un problema en el trabajo, la escuela, etc.)

---

<sup>27</sup> Charles, G. Morris, *Psicología, Un Nuevo Enfoque*. Ed. Prentice-Hall., México, pág. 584.

<sup>28</sup> Anduaga Jorge Javier Caraveo et al., "Prevalencia en la vida de episodios depresivos y la utilización de servicios especializados", en *Salud Mental*. Vol. 20 Supl. 2, pág.15.

<sup>29</sup> Charles G. Morris, *Op cit.*, pág. 572.



### **Trastorno Bipolar (maníaco depresión)**

Este trastorno se caracteriza porque los individuos experimentan estados de maníaco – depresión (episodios alternados de manía y depresión). Los estados de manía son aquellos en donde el individuo se torna hiperactivo y locuaz en exceso, fácilmente se distrae, se muestra eufórico y da la impresión de ser extravagante, tiene esperanzas e ideas sin límite, pero a menudo es poco el interés por realizarlas. En un caso extremo, puede mostrarse violento, incomprensible e incontrolado, hasta tener un colapso por la fatiga.

En ocasiones la maníaco depresión puede presentarse en forma benigna: el individuo tiene estados de ánimo alternos en los cuales hay momentos de gran optimismo y momentos de depresión moderada.<sup>30</sup>

### **Trastorno Obsesivo - Compulsivo**

Las *obsesiones* son pensamientos e ideas recurrentes que pese a los intentos del sujeto, no se pueden interrumpir. Las *compulsiones* son conductas ritualistas que al igual que las *obsesiones*, el individuo realiza una y otra vez. Algunos de los casos más comunes son los de lavarse las manos o limpiar su hogar y artículos personales repetidas ocasiones, como si con ello se purificasen.

Las conductas compulsivas tienden a ser desalentadoras para las personas que sienten la necesidad de llevarlas a cabo, pero si intentan interrumpirlas, los niveles de ansiedad<sup>31</sup> suelen tornarse insoportables.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> *Ibid*, pág. 574.

<sup>31</sup> Sentimiento parecido al miedo sin que haya una causa identificable.

<sup>32</sup> *Ibid*. pág.564.

## **Trastornos de alimentación**

- Anorexia. La anorexia se asocia a conductas obsesivas. Se caracteriza por un miedo desmesurado a ser obeso, distorsión de la imagen corporal y rechazo a permanecer dentro de los parámetros normales de peso. Dichas características provocan que las personas que presentan dicho trastorno interrumpan la ingesta normal de alimentos. Cerca del 90% de pacientes anoréxicos son mujeres<sup>33</sup>.
- Bulimia. Asociada con la impulsividad, la bulimia está caracterizada por los comúnmente llamados “atracones”, es decir, el consumo rápido de grandes cantidades de alimentos con gran contenido calórico; posteriormente los pacientes recurren al vómito auto inducido para deshacerse de lo ingerido.

Generalmente, los pacientes con bulimia están conscientes de que los patrones de consumo alimenticio no son normales, y temen no poder dejar de comer voluntariamente.<sup>34</sup>

En la adolescencia, con la crisis de identidad, se acentúa la sensibilidad y la crítica con respecto al propio cuerpo. Las personas con trastornos de alimentación tienden a percibir de una manera errónea o distorsionada su propia imagen corporal; esto se debe muchas veces a que el ambiente sociocultural que les rodea y las personas mismas, han dado un valor a cada uno de los elementos de su cuerpo, calificándolos como positivos o negativos.

Actualmente la influencia de la moda, los medios impresos, la radio, la televisión, la obsesión por el culto al cuerpo y los cánones de belleza, son factores determinantes en el desarrollo de estos padecimientos. Desde la niñez,

---

<sup>33</sup> Laura Gonzales Macías et al, “Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria”, en *Salud Menta*, Vol 26 No 3, págs. 1-8.

<sup>34</sup> *Ibidem.*

las personas están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que los medios imponen con rigor y sin consideraciones. Los y las modelos se transforman en un producto vendido con exagerada insistencia, que contribuye con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos, accesorios, etc., la promoción de los mismos, exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos, siendo sinónimo de éxito.

Todas las personas se ven afectadas por estas presiones, pero no todas desarrollan un trastorno alimentario. El entorno familiar, la presión de grupos, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en mayor riesgo de desarrollarlos.

## **IV. TALLER DE PLÁSTICA IMPARTIDO A PACIENTES HOSPITALIZADOS**

### **Preparación del Taller de Plástica**

Plantee la realización de un estudio a través de la impartición de talleres que integraran expresiones plásticas de dibujo, pintura y modelado, con un contexto terapéutico. Estos talleres fueron impartidos por las mañanas (dos veces a la semana), dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría, con una duración de ocho sesiones de dos horas cada una; la población atendida fue de entre veinte y veinticinco personas, con patologías heterogéneas según diagnóstico (trastorno bipolar, depresión, esquizofrenia, trastornos de alimentación como anorexia o bulimia, trastornos de personalidad, trastornos obsesivo compulsivos, etc.). Los pacientes eran hombres y mujeres con edades de entre 15 y 60 años, que no estaban excesivamente medicados o agitados.

Propuse dos maneras de impartir el taller:

La primera, de forma libre, consistía en permitir que el/la paciente se dejara llevar por su creatividad y plasmará lo primero que apareciera en su mente; para ello, se le proporcionaron instrumentos básicos como papel, lápiz, pinturas, plastilina o arcilla, etc., a fin de que, al proyectar en su trabajo determinada situación, los personajes o la historia revelaran rasgos de su personalidad.

La segunda, que fue más estructurada, consistía en pedir al paciente hacer un trabajo determinado y utilizar materiales específicos, con el fin de comparar ciertos aspectos de las distintas problemáticas de las personas. Por ejemplo, se pidió a los pacientes que dibujaran una persona, un animal, o un objeto, sin determinar de qué tipo, quedando a elección del sujeto las características formales y estructurales de la figura, de manera que su dibujo fuera una proyección de su imagen corporal y del concepto que tenía de sí mismo.

También se les facilitó una serie de objetos (frutas, cerámicas, flores, etc.), para que antes de realizar su trabajo, tuvieran la oportunidad de manipularlos y estudiarlos detenidamente. Esta aproximación hacia lo que acaban de ver, tocar o disfrutar, los podría predisponer a una manipulación independiente del color, las texturas y el volumen de los materiales disponibles en el taller, dándoles la posibilidad de experimentar nuevos modos de ver, conocer y, sobre todo, de representar.

Al concluir las sesiones, se daba el tiempo necesario para que cada uno(a) expresara con palabras lo que había hecho con imágenes o formas, buscando que cada paciente lo hiciera de la manera más consciente. No se trataba únicamente de criticar su técnica, sino de intentar comprender lo que pretendían comunicar.

Durante la impartición del taller se establecieron los siguientes compromisos:

- Cordialidad hacia las personas de todas las patologías, edades, estratos sociales, etc.
- Paciencia, porque a veces el progreso sería lento y difícil.
- Responsabilidad para dirigir las actividades del programa de acuerdo a los objetivos específicos, debiendo recordar que algunos materiales como tijeras, pegamentos, listones largos, etc. podían ser peligrosos para los pacientes, si no se manejaban y controlaban adecuadamente.

No se pretendió que los participantes adquirieran técnicas sofisticadas que estuvieran por encima de sus posibilidades, ya que podrían tener como consecuencia frases del tipo "yo no sé dibujar" o "yo no puedo hacer esto". Se les incitó a utilizar el color por el simple gozo de hacerlo. Posteriormente, se les pudo introducir en las combinaciones de colores, variaciones de los tonos, y la manera en la cual podían conseguir diferentes iluminaciones que les permitieran expresar volumen, profundidad, suavidad, aspereza, etc. No se

buscó únicamente introducirlos en el universo de las representaciones fieles de la naturaleza, sino de recurrir, cuando fuera necesario, a la metáfora y la flexibilidad interpretativa, para compensar la falta de imaginación provocada por los múltiples estereotipos impuestos.

Durante el proceso creativo, los pacientes ponían en juego sus sentimientos, deseos y emociones tanto positivas como negativas, descargaban su agresividad, su ira o su amor de una manera más saludable, sin lastimar a otras personas ni a ellos mismos.

### **Elementos requeridos para el buen funcionamiento del taller**

- Iluminación. El área que el hospital facilitó para llevar a cabo el taller, estaba iluminada por luz natural, ya que la totalidad de la parte superior de la construcción era un domo transparente. Debido al horario de trabajo, la luz siempre fue suficiente.
- Ventilación. La ventilación no fue la más adecuada, debido a que el área de trabajo se encuentra al centro de la construcción del Hospital y no cuenta con ventanas que se conecten con el exterior; la mayoría de las veces se concentraban los olores, motivo por el cual se redujeron las posibilidades de materiales de trabajo. En ocasiones fue necesario utilizar ventiladores para disipar el aire viciado.
- Amplitud. En cuanto a la amplitud del lugar, me pareció que fue bastante buena. Los pacientes tenían la oportunidad de trabajar de forma cómoda, pudiendo manipular completamente sus trabajos, sin temor a invadir el espacio de los demás.
- Limpieza. El personal del mismo Instituto se encargaba de mantener siempre limpia el área de trabajo, conformada por los cristales que la delimitan, mesas, sillas y piso. Para evitar manchar las mesas con pintura durante las sesiones, se cubrían con plástico.

- Recursos Humanos. Fue necesaria la colaboración de la Jefa de Terapia Ocupacional, Ma. Guadalupe Trejo Corona, pasantes de psicología y elementos de enfermería; todos ellos con el fin de proporcionar una mejor atención y cuidado a los pacientes.
- Recursos Materiales. Los materiales utilizados durante las sesiones, papel, pinturas, plastilinas, serpentinas, etc, fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Psiquiatría. Juan Ramón de la Fuente.
- Recursos Económicos. En ningún momento se recurrió a este tipo de recursos, ya que el taller fue impartido de forma gratuita a los pacientes internos, y como se mencionó anteriormente, todos los materiales fueron facilitados por el Instituto Nacional de Psiquiatría. Juan Ramón de la Fuente.

## V. ELEMENTOS ANALIZADOS EN LAS OBRAS PLÁSTICAS

Para obtener un análisis más amplio de las obras conté con la colaboración de la Jefa de Terapia Ocupacional, Licenciada en Psicología Clínica María Guadalupe Trejo, médicos tratantes y pasantes de psicología.

La producción plástica realizada en el taller, se llevó a cabo por propia voluntad de los participantes, lo cual fue condición para la participación en el proyecto.

Al observar los trabajos, conviene tener en cuenta que en algunos casos nos encontraremos ante la clara presencia de un cierto dominio plástico o aprendizaje previo, aspecto que marca diferencia en cuanto a resultados, pero que no demerita el compromiso, los esfuerzos y el proceso en relación a la tarea de otros participantes que no presentaran dicha experiencia.

### **Intención**

Por lo general, los pacientes crean para alguien; puede ser para ellos mismos, un familiar o un amigo. En éste sentido, pude percatarme que desde que los pacientes inventan el primer trazo, ponen en juego sus emociones, sentimientos positivos y negativos. Descargan agresividad, tensión, amor y odio de una manera saludable, sin dañar ni ser dañados. Ponen al descubierto una parte de su “yo” interno, y establecen un diálogo con aquellos a los que les muestran su creación.

Algunos de los factores más comunes que determinan la intención son:

- Circunstancias externas: gustos impuestos o elementos que aparecen en ese momento en el entorno.
- Circunstancias internas: recuerdos, sentimientos, temores, ansiedades, expectativas, etc.



- Asociación de ideas: lo representado evoca la idea de algún objeto, sensación, personaje, etc.
- Automatismo gráfico: representación de grafismos que pueden ser inmediatos o continuos, puesto que en su interpretación no interviene la voluntad consciente, y surgen espontáneamente.

Al reproducir una situación importante o conflictiva, los pacientes pueden vencer progresivamente la angustia y la ansiedad, lo cual puede permitirles buscar posibles soluciones hasta encontrar la más adecuada.

En ocasiones, durante el proceso del taller, se pudo notar una gran diferencia entre los dibujos que realizaban para sus padres, amigos o para los mismos psicólogos, ya que a cada uno de ellos se pretendía comunicar diferentes mensajes.

### **Interpretación**

Las creaciones suelen recibir una interpretación por parte de su autor. La intención de esta actividad interpretativa, es que permita corroborar la idea original, es decir, la idea que el paciente llevaba en mente al momento de realizar su trabajo. A menudo dicha interpretación está determinada por la semejanza final de lo representado con un objeto conocido. No sólo el conjunto puede ser interpretado de manera diferente a la intención original, sino también los detalles.

Cabe destacar que en el proceso del taller algunos de los trabajos no llegaron a presentar la claridad que deseábamos, pero debemos tomar en cuenta que al principio la mayoría de los pacientes que asistieron al taller se encontraban exaltados y, por más que quisieran, no podían concentrarse en la realización del trabajo. En otras ocasiones, las mismas patologías provocaron que los

pacientes produjeran dibujos que a menudo y a simple vista podrían parecer poco expresivos, ya que predominaban los elementos aislados, las manchas, e incluso grandes zonas en blanco. Tal es el caso de los dibujos de personas esquizofrénicas. Pero esta pobreza expresiva es más aparente que real, ya que observando detenidamente las obras de estos pacientes, podemos darnos una idea aproximada de la angustia que desencadena, entre otras perturbaciones, el oír incansables voces todo el tiempo.

### **Espacio y tiempo**

En el dibujo, además de las formas u objetos representados, los espacios que los rodean (espacios vacíos) presentan idéntica importancia. Vacío y plenitud constituyen las dos formas que adquiere el universo, y poseen en cuanto formas, la capacidad de vehiculizar estados de la mente análogos

La representación del espacio en el papel registra la percepción que se tiene de la tercera dimensión, y está representada por la perspectiva.

Si se quiere atender a los cambios de forma y ubicación en las tres dimensiones del espacio, habrá que añadir el elemento del tiempo, que podría considerarse una cuarta dimensión.<sup>35</sup> El tiempo surge como una necesidad de comunicación, ya que busca expresar situaciones que han ocurrido en distintos momentos. Según Kandinsky, el punto es la ínfima forma temporal.<sup>36</sup> En el caso de las líneas la longitud es considerada un concepto temporal, aunque exista una diferencia entre el curso de una curva y una recta, mientras más ondulada sea la curva, mas se extenderá temporalmente.<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Rudolph Arnhem, *Arte y percepción visual. Psicología del arte creador*, Ed. Alianza, pág. 245.

<sup>36</sup> Wassily Kandinsky, *Punto y línea sobre el plano*, Ed. Coyoacán, Mexico DF., pág.26.

<sup>37</sup> *Ibid*, pág. 90.

## **Movimiento**

El movimiento es la incitación visual más fuerte de la atención. En la tensión existente en una línea recta se presenta la posibilidad más infinita de movimiento.<sup>38</sup> La mayoría de los pacientes son conscientes del movimiento y dotan a los objetos inanimados de tal cualidad.

## **Trazo**

En el dibujo (por medio de la forma en que el autor utiliza el lápiz, traza curvas, rectas y puntos) es posible detectar aspectos importantes de su psicomotricidad y, por tanto, de sus disposiciones afectivas. Entre los principales aspectos del trazo encontramos:

- La amplitud: las líneas amplias, expansivas, que incluso llegan a salirse del papel, tienden a corresponder a personas extrovertidas que proyectan esa expansión hacia el exterior. Los trazos excesivamente amplios, pueden indicar desequilibrios. Por lo contrario, las figuras pequeñas (en ocasiones con trazos entrecortados) que apenas se atreven a ocupar una mínima porción del papel, corresponderían a personas con tendencia a la introversión, a una inhibición de la expansión vital.
- Fuerza: un trazo fuerte de una línea, que puede incluso llegar a romper el papel, indica vitalidad, audacia, incluso en ocasiones violencia o deseo de liberación. Un trazo flojo, apenas visible, puede significar timidez o inhibición del impulso vital. La unión de varias líneas o fuerzas formando elementos, expresa la tensión contenida en ellos.<sup>39</sup>

En los trabajos de pacientes depresivos(as) podemos encontrar trazos débiles,

---

<sup>38</sup> *Ibid*, pág. 48.

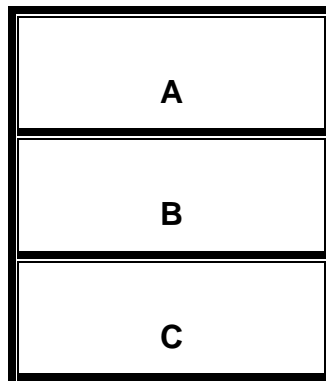
<sup>39</sup> *Ibid*, pág.85

que apenas se perciben sobre el papel o se observan entrecortados; estos elementos van de acuerdo a las personalidades tímidas, con inhibiciones e inseguridades.

Por el contrario, los trazos fuertes y amplios que se manifiestan por su grosor, son característicos de las obras de personas que se encuentran en estados de excitación o manía.

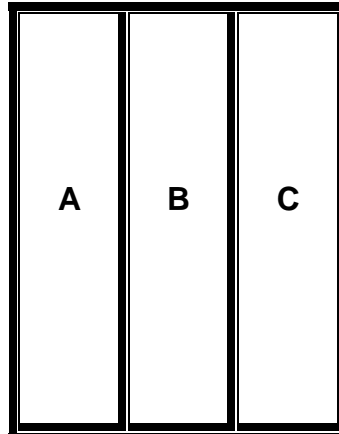
### **Localización**

El área total del soporte destinado para plasmar el dibujo, se dividirá en tres partes horizontales:



- Los dibujos localizados en la zona superior, A, pertenecerán al dominio intelectual.
- Los dibujos localizados en la zona media, B, serán considerados más emotivos que cerebrales.
- Los dibujos localizados en la zona inferior, C, expresarán un predominio vital.

Al considerar el área total del dibujo, ahora dividiéndola en tres zonas verticales:



- Los dibujos localizados en la zona izquierda, A, hablarán de individuos con preferencias por el pasado, falta de adaptación al presente o inadaptación.
- Los dibujos localizados en la zona media, B, serán propios de personas con mayor interés por el presente y adaptación al mismo.
- Los dibujos localizados en la zona derecha, C, mostrarán a personas con interés por el futuro, gran sociabilidad y capacidad de adaptación.

Esta manera de dividir el plano, fue nombrada por Wassily Kandinsky como Plano Básico.<sup>40</sup>

El papel, es simbólicamente, el ambiente en donde se mueve el sujeto y, el modo como cada individuo toma posición en él, nos ofrece una visión de cómo se mueve en dicho ambiente.<sup>41</sup>

La forma de conducir la pluma, el pincel, etc., es una representación de las reacciones del paciente frente a situaciones nuevas o inesperadas. Si avanza de manera confiada, segura, recurriendo a sus imágenes internas, reproduciendo tal y como se lo han transmitido sus sentidos, nos encontramos ante una persona con buena memoria perceptiva, con costumbres y principios establecidos.

En otros casos, el paciente intenta ocupar el máximo espacio del formato, pero

---

<sup>40</sup> *Ibid.*, pág. 111

<sup>41</sup> *Ibid.*, pág. 113

avanza inseguro. Quiere representar algo grande y notorio, pero los recursos para dar a las figuras los contornos correctos y la grandiosidad, no son suficientes. Este es el caso de pacientes cuyas aspiraciones están desproporcionadas con las propias posibilidades.

Otras personas toman posición de retraimiento defensivo, minimizando dimensionalmente las figuras y replegándolas hacia el lado izquierdo. Estos rasgos, desde el punto de vista de los psicoanalistas, caracterizan a una persona tímida, con miedo a la expansión y una gran dificultad para avanzar en cualquier terreno.

En cambio, otros pacientes sienten la necesidad de expresar su narcisismo o conductas exhibicionistas con una actitud avasalladora, representando figuras de gran tamaño, disminuyendo o dando menor volumen a las figuras que representan a otros individuos.

## **Color**

El color tiene una inmensa afinidad con las emociones, su apreciación se basa en una coordinación de procesos físicos, fisiológicos y psicológicos.<sup>42</sup>

Cada uno de los colores posee una expresión específica, ya que su apariencia no depende sólo de su ubicación en el tiempo y el espacio, también es necesario saber a qué valor de claridad o grado de saturación se hace referencia.

De manera consciente o no, los colores influyen en nuestro estado psíquico. Cada persona tiene sus propias ideas sobre gusto o desagrado de tal o cual color, pero de manera general todos percibimos una reacción física ante la

---

<sup>42</sup> Johanes Itten. *El arte del color*. Ed. Noriega Limusa, 1992, pág. 13

sensación que produce cada color, como la de frío en una habitación pintada de azul y la de calor en una pintada de rojo.<sup>43</sup>

Para Johannes Itten, los colores cálidos (amarillo, amarillo-anaranjado, anaranjado, rojo-anaranjado, rojo y violado-rojo), se consideran como estimulantes, alegres y hasta excitantes y los fríos (amarillo-verde, verde, azul-verde, azul y azul-violado) como tranquilos, sedantes y en algunos casos deprimentes.<sup>44</sup>

Para Johannes Pawlik, ciertos colores poseen un valor simbólico que difiere en las distintas civilizaciones<sup>45</sup>. Por ejemplo: el blanco simboliza la pureza; el negro, para nuestra cultura occidental, es a la vez un color de gala y de luto. El rojo puede expresar el amor y la sangre, aunque también puede advertir peligro inminente. El púrpura, antiguamente era considerado el color de los reyes, actualmente se utiliza para indicar radioactividad. Es el color de lo inconsciente y lo secreto. El verde es el color del mal, pero también de la esperanza. Expresa la fertilidad y la satisfacción. El amarillo es el color que se relaciona con el sol, significa luz radiante, alegría y estímulo. El amarillo brillante corresponde a la inteligencia y la ciencia; el amarillo apagado a la envidia, traición, falsedad y error. El azul por ser un color frío, es considerado como introvertido. Desde el punto de vista material y espacial, el azul es pasivo; desde un punto de vista espiritual es activo.<sup>46</sup>

El aspecto sensorial del color es predominantemente visual y está íntimamente ligado a la filosofía y a la psicología.

---

<sup>43</sup> Eva Heller. *Psicología del color. Como actúan los colores sobre los sentimientos y la razón*. Ed. Gustavo Gil, México, pág.18.

<sup>44</sup> Johannes Itten, *Op. cit.*, pág. 45.

<sup>45</sup> Johannes Pawlik, *Teoría del color*, Ed. Paidós, Barcelona, 1999, pág. 62.

<sup>46</sup> *Ibid*, págs. 85-90.

## **VI. SESIONES DEL TALLER**

### **Actividades plásticas programadas**

Propuse diferentes modalidades plásticas a desarrollar con los pacientes, a fin de facilitar que a través de ellas pudieran expresarse.

En ocasiones, al comienzo de alguna actividad, los pacientes se mostraban indecisos, torpes o temerosos. En esos casos era conveniente recalcar que la creación plástica no se juzgaría por la valía del dibujo, sino por su originalidad e imaginación creadora. Cuando aún con la aclaración anterior algún paciente continuaba sin tomar la iniciativa para la realización de su actividad (o intentaba eludirla refiriendo malestar físico, cansancio o simplemente no saber dibujar, y siendo inútil cualquier estímulo), los médicos tratantes explicaron que podía interpretarse como la manifestación de una defensa frente a sentimientos de minusvalía o a la sensación de incapacidad del individuo para resolver ciertas dificultades probablemente indispensables.

Programé las actividades plásticas por sesión de acuerdo a la duración del taller de la siguiente manera: cuatro sesiones basadas en técnicas de dibujo y pintura y cuatro sesiones en técnicas de modelado.

A continuación, enumero las actividades por técnica, junto con los respectivos temas propuestos para su realización y presento los análisis desde el punto de vista plástico y psicológico de los trabajos obtenidos en las sesiones.

### **Actividades de Pintura**



## PRIMERA SESIÓN

### PINTURA DIGITAL

Tema: naturaleza o paisaje.

Se proporcionó a cada paciente un soporte blanco (medio pliego de cartulina bristol) y frascos de pintura digital de diferentes colores para ser aplicada con los dedos.

El motivo por el cual elegí la técnica de pintura digital aplicada con los dedos para la primera sesión, fue porque en las primeras etapas del internamiento, los medicamentos que reciben los pacientes disminuyen sus capacidades motoras, y es necesario programar actividades que vayan desde las más sencillas hasta las más elaboradas, a fin de que sea posible recuperar tales capacidades gradualmente. Dicha técnica es comúnmente empleada para trabajar con niños, ya que es idónea para el desarrollo y estimulación motriz, además de ser lavable y no toxica.

En la sesión, pedí a los participantes que plasmaran lo que les pareciera más agradable, dándoles a elegir entre frutas, flores o paisaje. No proporcione modelos a copiar, para procurar que cada persona utilizara su creatividad y presentará imágenes salidas de sus vivencias y memoria.

Al comienzo de la actividad, algunos pacientes se mostraron indecisos o temerosos, motivos por los que fue conveniente recalcarles que las creaciones plásticas no serían juzgadas por la valía del dibujo, sino por su originalidad e imaginación creadora. Aún con la aclaración anterior, hubo casos de pacientes que reaccionaron más lentamente que el resto del grupo ante la iniciativa por la realización de su actividad, intentando eludirla refiriendo malestar físico, cansancio o simplemente no saber dibujar.

Para analizar e interpretar los trabajos, desde el punto de vista psicológico,

conté con la valiosa colaboración de las psicólogas Guadalupe Trejo Corona y Martha Juárez, jefa y sub jefa del área de Terapia Ocupacional; además de los psicólogos que se encontraban realizando su servicio social en el mismo departamento. Explicaron que la realización de dibujos pequeños en relación al espacio disponible, pobremente integrados, con poca estructuración o falta de coherencia pueden ser indicativos de una importante reducción de la capacidad expansiva, y está provocada por la dificultad para relacionarse. Afirmaron que los pacientes que tienden a empequeñecer notoriamente las figuras, son aquellos que pueden llegar a sentirse en situaciones de peligro o amenazados por otras personas; aunque también puede asociarse a individuos que rehúyen a sentirse atados, comprometidos o dominados; en tales casos, buscan aislamiento y son características que comúnmente son asociadas a personas bajo diagnóstico de alguno de los tipos de esquizofrenia.

El significado de la selección de los colores para representar los objetos que constituyen los trabajos, puede variar dependiendo si es interpretado desde el punto de vista de los psicólogos o el de la plástica. En el siguiente trabajo realizado por un paciente bajo diagnóstico de esquizofrenia, notamos amplios espacios entre los elementos representados, estructuras sencillas y áreas de color plano. Los terapeutas mostraron interés por la imagen de la manzana, ya que se muestra en tono marrón, el cual no corresponde a los cánones habituales en los que comúnmente se representa de color rojo, asociando con ello una alteración en cuanto a la relación de la percepción de la persona para con el objeto real. Desde el punto de vista de la plástica, el marrón puede ser asociado, a un elemento en descomposición, algo que se pudre, pudiendo ser desagradable a la vista sin llegar a ser inadmisibile.<sup>47</sup> Cabe destacar, la creatividad de la persona al ser el único en plasmar la manzana como si tuviese un corte transversal, a diferencia del resto del grupo que represento la fruta completa.

---

<sup>47</sup> Eva Héller, *Op. cit.*, pág. 256.



Paciente masculino, 45 años. Diagnóstico: esquizofrenia

A través de la historia, numerosos textos sobre teoría del color asocian al azul con lo divino debido a que el cielo es de éste color y muchas culturas lo han utilizado para representar a sus dioses, Actualmente el azul, al igual que el naranja, el violeta y el verde, es vinculado a la fantasía por ser un color representativo de la lejanía, lo irreal y lo ilusorio. Cabe resaltar que los trabajos realizados por personas diagnosticadas con esquizofrenia, comúnmente recurrieron a la utilización de estos colores como se demostrará a través de las diferentes sesiones.

Eva Héller explica que a la distancia los colores parecen turbios o azulados, y en una graduación de azules intensos a pálidos, el tono más claro queda ópticamente atrás, creando así un efecto de perspectiva al cual los pintores llamaron “perspectiva aérea”.<sup>48</sup>

Simbólicamente, para muchas personas, el sol puede representa la luz, el calor, seguridad, vida y alegría; a decir de los psicólogos puede ser un indicador de la necesidad de la persona por recibir apoyo o amor paterno.

---

<sup>48</sup> *Ibid*, pág. 24

En los siguientes trabajos podemos ver que dos personas, con igual diagnóstico (esquizofrenia), plasmaron un paisaje del atardecer en el mar, la manera de resolver las estructuras de elementos como el mar, el sol y el cielo, son completamente distintas, pero la selección de los colores es estrechamente similar.



Paciente masculino, 24 años.



Paciente masculino, 43 años.

Las personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar en fase maníaca, comúnmente utilizaron en sus creaciones colores llamativos y brillantes, dando por terminada la obra rápidamente y mostrando satisfacción incluso cuando ésta pareció inconclusa. Los trazos se caracterizaron por ser amplios y fluidos, dotando de gran movimiento a los elementos y la imagen absoluta.

En las tres imágenes siguientes, se aprecia una clara predilección por el empleo de distintas intensidades del color rosa, las cuales pueden ser asociadas, a la sensibilidad y la sentimentalidad, la cortesía y la amabilidad. Existen artistas plásticos que vinculan al rosa pálido con el erotismo, por ser el tono representativo de la piel blanca al desnudo.<sup>49</sup>

Psicológicamente, el rosa, puede representar ternura por ser considerado un color infantil, teniendo como opuesto el negro. Se dice que las mujeres cuanto

---

<sup>49</sup> *Ibid*, págs. 213,214.

más mayores, presentan una creciente predilección por éste color, al asociarlo con la juventud.<sup>50</sup>



Paciente femenina, 25 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar.



Paciente femenina, 22 años.  
Diagnóstico: trastorno Bipolar.

El rosa, puede entenderse como el punto medio entre los extremos de rojo a blanco, fuerza contra debilidad, motivo por el cual algunos psicólogos afirmaron que puede ser interpretado como el punto ideal de la energía mental sin agitación. Cabe resaltar que a los psicofármacos que levantan el ánimo de las personas diagnosticadas con depresión suele llamárseles “píldoras rosas”.

El magenta es para muchas personas el color más chillante que existe, pero, combinado de forma creativa con otros colores puede crear efectos y signos capaces de llamar la atención, como se muestra en el trabajo siguiente.

En este caso vemos que el magenta junto con el amarillo dotan de una gran fuerza visual al trabajo, podemos decir que el amarillo es el color del optimismo, la iluminación y el entendimiento, pero también del enojo, la envidia y la mentira; depende más que ningún otro de las combinaciones con otros colores, motivo por el que es considerado, por muchos, como el más inestable.<sup>51</sup>

Tomando en cuenta la simbología de los colores, las pinceladas y el tamaño de

<sup>50</sup> *Ibid*, págs.214, 215.

<sup>51</sup> *Ibid*, pág. 85.

las formas, notamos que existe una clara relación con las características explicadas por los médicos, mencionadas anteriormente, propias del trastorno bipolar.



Paciente masculino, 21 años. Diagnóstico: trastorno bipolar

El caso de la persona siguiente, me despertó interés, al notar que tanto los colores como los trazos, no corresponden a los patrones establecidos concernientes al trastorno de bipolaridad y son reflejados más notoriamente en trabajos anteriores. Los psicólogos explicaron que, en este caso, los movimientos curvos o flexibles, pueden manifestar una capacidad de idealización de pensamientos o actitudes.



Paciente masculino, 52 años. Diagnóstico: trastorno bipolar

La sesión referida se llevó a cabo exitosamente, ya que se logró que la mayoría

de los pacientes, respondieran de manera positiva a los estímulos y plasmaran a satisfacción las imágenes provenientes de sus recuerdos y fantasía. Se presentaron casos en los que continuamente suspendieron la elaboración del trabajo debido a malestares físicos como rigidez, dolor de cabeza o mareo, algunos consiguieron concluirlo al finalizar la sesión, los menos tuvieron que ser regresados a sus respectivos tratamientos por recomendación médica.

A través de los trabajos, pudimos notar que las percepciones de las formas, colores, etc. varían considerablemente dependiendo de cada persona, su padecimiento o el grado de medicación bajo el que se encuentren.

## SEGUNDA SESIÓN

### PASTEL

#### Tema bodegón

Para llevar a cabo esta sesión se facilitó a cada paciente un soporte (medio pliego de cartulina amarilla), pasteles de diferentes colores, goma y elementos para crear escenas de bodegones sencillos.

El pastel, barra de color generalmente fabricada a partir de elementos como pigmentos puros (colores pulverizados) y yeso amasados en forma de pasta con goma arábiga, miel o leche; revela, de acuerdo a su etimología un origen italiano; sin embargo un texto de Leonardo da Vinci (folio 247 del *Codex Atlanticus*, Milán, bibli. Ambrosiana) menciona que la técnica del pastel, que el mismo denomina como <<la manera de colorear en seco>> le fue revelada a finales del siglo XV por un artista francés, llamado Jean Perréal. El empleo de dicha técnica se generalizó en el siglo XVII al ser utilizada en la elaboración de retratos.<sup>52</sup>

La técnica de pastel, se eligió para la segunda sesión del taller, debido a sus

---

<sup>52</sup> Michel Laclotte. (Director) *Op. cit.*, Vol II. pág. 1540.



cualidades plásticas, entre las principales se pueden mencionar la agilidad, la rapidez de ejecución y la variedad en los trazos finos o estrellados, además de permitir la superposición de varias capas sin necesidad de borrar. Para la realización de los trabajos, los pacientes tuvieron la libertad de decidir la escena o elementos a representar; combinando, imaginando y experimentando diferentes posibilidades.

Las psicoterapeutas explicaron cómo gracias al dibujo y sus elementos constitutivos, es posible descubrir una gran cantidad de problemas profundos de la personalidad, desde los más simples de adaptación social, hasta los más extremos en las psicosis. En este sentido la presión del trazado generalmente refleja la carga energía psíquica o nerviosismo; la potencia de los impulsos o la tensión; esto puede hablarnos, de una persona con confianza en sí misma o en relación a los objetivos que persigue.

Para los psicoterapeutas, el hecho de que los contornos externos estén marcados con líneas fuertes pero los detalles internos sean débiles, puede indicar el trabajo de un paciente con tendencia a poner muros entre él y su entorno. Desde el punto de vista de la plástica, este hecho, puede permitirnos apreciar de forma más clara la superposición de capas de color, o aprovechar el color del papel, enriqueciendo el dibujo.



Paciente femenina, 32 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar.



Paciente femenina, 25 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar.



En el siguiente caso, donde las figuras son presentadas inclinadas, con exceso de rigidez, además de planas o carentes de volumen, los psicoterapeutas mencionaron que podría tratarse de características que pueden ser interpretadas en un sentido negativo, ya que sabemos el ser humano adquiere el concepto de espacio desde muy temprana edad, y su representación en el papel plantea la percepción que se tiene de la tercera dimensión. Por otro lado, no podemos pasar por alto, que a pesar de que las formas se muestran sencillas, plásticamente fueron construidas por medio de trazos firmes y continuos, rasgos que pueden interpretarse como característicos de seguridad, además de mostrar los elementos aterrizados en el espacio por medio de una línea de horizonte. Podemos agregar que el empleo de luces y sombras, nos permite saber que se trata de la representación de figuras de material no translucido.



Paciente femenina, 23 años. Diagnóstico: esquizofrenia.

En el caso de los trazos fuertes pero discontinuos, pueden interpretarse como propios de una persona que presenta desadaptación e impulsividad, confirmando así las hipótesis diagnósticas.



Paciente femenina, 26 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia.



Paciente femenina, 27 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia.

Los trazos pesados o con demasiado apoyo son propios de una gran fuerza motora, comúnmente asociada, psicológicamente, a pacientes maníacos o esquizofrénicos.

En los trabajos de los pacientes se puede apreciar claramente cuando han adquirido algún conocimiento previo sobre dibujo y técnicas de los materiales. Se observa un mayor aprovechamiento de los colores, y la presencia de elementos plásticos como claro oscuro, luz, sombra, etc.



Paciente femenina, 34 años,  
Diagnóstico: trastorno bipolar.



Paciente femenina, 54 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar.

Los psicoterapeutas señalaron que los trazos fuertes, en donde las figuras son armónicas y sin distorsiones, son características de que la energía psíquica

puede estar bien controlada. En el trabajo siguiente notamos que los elementos se presentan adecuadamente distribuidos, aprovechando la superficie total del plano, con dimensiones proporcionadas entre sí. El empleo de los colores, texturas, luces y sombras, fueron plasmados en base a los modelos reales.

A continuación, se presentan tres trabajos de diferentes pacientes, que representan la misma escena a partir de percepciones diferentes.

En el primer caso observamos un buen aprovechamiento del espacio, con una composición equilibrada. La selección de colores, tonalidades y superposición de capas, se asemejan a los modelos reales. Se aprecia una clara idea del espacio, con la presencia de perspectiva, sugiriendo así profundidad y volúmenes en las formas. Los trazos se perciben continuos, proporcionados, con adecuado manejo de luz y sombra. Las texturas hacen parecer a los objetos sólidos y ásperos.



Paciente masculino, 52 años. Diagnóstico: trastorno Bipolar.

En el segundo caso, los colores se presentan más cálidos y brillantes, los difuminados resultaron enriquecedores en cuanto a la superposición de capas, aunque en el caso de la representación de la naranja partida por la mitad, parece debilitar la forma. En comparación con el trabajo anterior, el manejo de las texturas hace parecer las superficies de los objetos más tersas.



Paciente femenina, 23 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

En el tercer caso, notamos que se trata de un trabajo realizado por una persona sin el conocimiento previo en técnicas de dibujo, la elección de los colores con respecto al objeto representado son adecuadas, sin embargo las superposiciones de capas de color son más sencillas. En cuanto a las dimensiones, las proporciones de la naranja cortada por la mitad no guardan relación con la que se presenta de manera completa, aún así encontramos buen manejo en la línea de horizonte y algunas de las sombras; la translucidez de los objetos y la discontinuidad en los trazos, nos pueden permitir interpretar que se trata de una persona insegura, recordando que ésta, es una característica que comúnmente encontramos en las personas que sufren algún tipo de trastorno alimenticio.



Paciente femenina, 18 años. Diagnóstico: anorexia.

## TERCERA SESIÓN

### ACUARELA

Tema: la naturaleza

A través de la historia, las referencias sobre la utilización de la técnica de la acuarela (también conocida como la técnica de pintura al temple en la que los colores disueltos en agua se aplican sobre papel) datan desde el siglo II a.C. ya que se sabe fue utilizada de diversas formas por los egipcios; más tarde durante la Edad Media, fue empleada en la iluminación y coloreado de los primeros libros de grabados. Durante el siglo XIX, su empleo se convirtió en una forma de expresión especialmente británica, motivo por el cual en el año de 1804, se crea en Londres la Royal Water Color Society. Hasta fechas recientes, la acuarela ha representado un momento privilegiado en la carrera de números artistas, tal es el caso de las estampas holandesas y parisienses de Van Gogh, los estudios de bailarinas de Rodin y los desnudos de Rouault por mencionar algunos.<sup>53</sup>

Para la realización de la actividad, se proporcionó a cada participante medio pliego de papel ilustración, acuarelas de colores (líquidas y en pastilla), pinceles de diferentes grosores, recipientes para agua, sal de mesa y toallas de papel desechables.

Se explicó brevemente a los participantes de la actividad, el efecto de las aguadas, es decir, que los colores producidos por esta técnica destacaran por ser transparentes y formaran fondos claros sobre el blanco del papel, permitiendo a este último actuar de igual forma como un color. Así mismo se mencionó que podrían presentarse casos de saturación de tintas en los trabajos. Se mostraron algunas posibilidades para utilizar sal de mesa y toallas de papel para crear diferentes texturas táctiles y visuales; otorgándoles la oportunidad de decidir el utilizar o no dichos elementos en su trabajo. No se

---

<sup>53</sup> *Ibid*, pág. 29.



proporcionaron lápices con el fin de que los elementos a plasmar no fueran previamente pensados o trazados, y al igual que los colores, fluyeran de forma más libre y continua.

Los psicoterapeutas mencionaron que en ocasiones, al observar las paletas utilizadas por cada paciente, es posible delimitar la frontera entre la llamada normalidad y lo patológico. Por ejemplo, en patologías como la depresión, los trastornos delirantes o la esquizofrenia, se presentan estándares claros, pero no ocurre así con los trastornos de personalidad donde los límites y diagnósticos dependen mucho del criterio de cada persona.

El autor de la imagen que se muestra a continuación, refirió se trataba de una representación de espermatozoides de colores.



Paciente masculino, 23 años. Diagnóstico: trastorno Esquizo-obsesivo \*

---

\* Fenómeno clínico heterogéneo caracterizado por la coexistencia temporal de síntomas obsesivos y psicóticos en un paciente.

Los pacientes con Trastorno Bipolar en estado de manía, tienden a presentar una producción plástica espontánea, con trazos libres y variaciones bien logradas en la presión del trazo.

Cuando los tonos morados o violetas predominan en una composición, pueden actuar de una manera sorprendente. La mayor parte de las personas tiende a omitir este color en sus trabajos, por considerarlo ambiguo y poco unitario, ya que siempre estará presente la duda de si en él predomina el rojo o el azul, además de cambiar con la luz.

A través de la historia, muchos han vinculado el violeta con lo representativo del poder; los católicos lo utilizan en las sotanas para diferenciar a los obispos y lo catalogan como el color de la penitencia, el color para honrar a Dios, por lo mismo se considera teológico. En el simbolismo cristiano, es asociado a la humildad y la modestia.<sup>54</sup>

Por dar origen a distintos nombres de mujer, también es asociado a la vanidad y lo femenino. En su libro titulado “Psicología del color”, Eva Heller define al morado, como el color de la magia, la fe y la superposición. En él se funden todos los polos opuestos, sensualidad y espiritualidad, el sentimiento y el entendimiento, el amor y la abstinencia. Asimismo, por su significado fonético en diferentes idiomas, es vinculado a la violencia.<sup>55</sup>

El color violeta es en sí sobresaliente, aunque el menos encontrado de manera natural, al ser combinado con el naranja, éste parece aumentar de intensidad. El naranja es otro de los colores asociado a lo llamativo, poco convencional, y peligroso<sup>56</sup>, es símbolo de lo no racional y la diversión.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> Eva Heller, *Op. cit.*, pág. 198.

<sup>55</sup> *Ibid*, pág. 193.

<sup>56</sup> *Ibid*, pág. 185.

<sup>57</sup> *Ibid*, pág. 203.

En base a lo anterior, al observar el siguiente trabajo podemos interpretarlo como un símbolo de inquietante de fantasía, en el que encontramos una fuerza impulsiva que se percibe a través de los objetos representados, la combinación de tonalidades utilizadas y la fuerza y direcciones espontaneas de las pinceladas.



Paciente masculino, 22 años. Diagnostico: trastorno bipolar.

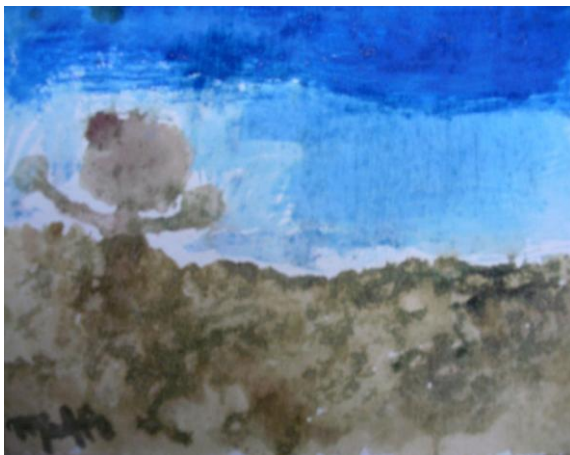
Los trabajos en donde predomina el color azul son asociados a las personalidades introvertidas y a las emociones profundas. En la psicología del color, el azul simboliza la sabiduría, el infinito y los sueños. Mezclado con tonos claros o blancos puede significar pureza, pero con tonos oscuros o negros, desesperación e intolerancia.

El gris, puede interpretarse como un tono conformista, un color sin carácter, demasiado débil para ser masculino y demasiado amenazante para ser femenino. En él, el brillante blanco parece ensuciado y el fuerte negro debilitado y para juzgarlo como claro u oscuro será necesario tomar en cuenta los

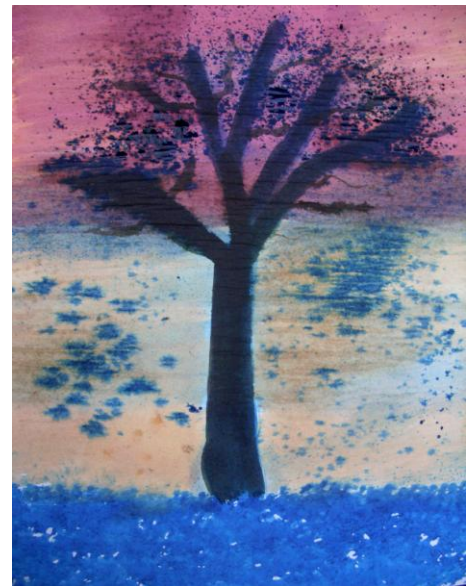


colores que lo rodeen. Psicológicamente, el gris es asociado a la miseria, las plantas de hojas grises son símbolos de tristeza, representan lo contrario a la alegría de vivir <sup>58</sup> y es común encontrar éste color presente en las creaciones de las personas con diagnóstico de depresión.

Los contenidos en los trabajos de pacientes depresivos suelen ser melancólicos o simples y, a medida que se van sintiendo mejor, comienzan a aparecer más colores, y las composiciones se tornan armoniosas.



Paciente masculino, 64 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo mayor.



Paciente femenina, 38 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo

En el siguiente caso, notamos una gran diferencia en la selección de los colores para representar los objetos, en comparación con trabajos producidos por personas bajo diagnóstico de trastorno bipolar, presentados en sesiones anteriores. Esta vez, los tonos se muestran más sobrios, y la composición más equilibrada; la disposición de las texturas enriquece el resultado final.

---

<sup>58</sup> *Ibid*, pág.269.



Paciente femenina, 32 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

La siguiente imagen, fue realizada por una persona con diagnóstico obsesivo compulsivo, observamos que en la solución de las montañas, el árbol y el pasto, se aplicaron veladuras de distintos colores, aplicando así el conocimiento posiblemente adquirido en la sesión anterior de dibujo al pastel.



Paciente femenina, 27 años. Diagnóstico: trastorno obsesivo –compulsivo.

Los psicoterapeutas asocian el dibujo de nubes ensombrecidas a la manifestación de cualquier tipo de temor, amenaza o peligro, ya sea real o imaginario.



Paciente femenina, 19 años. Diagnóstico: bulimia.

El pensamiento de la esquizofrenia generalmente es discontinuo, Las asociaciones se forman sin una lógica aparente, casi por casualidad. Comúnmente el flujo de ideas se detiene por unos segundos, para continuar a veces con un tema distinto.



Paciente masculino, 24 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia

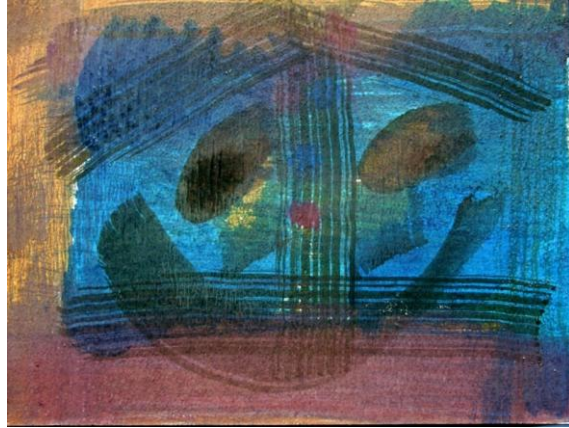


Paciente masculino, 35 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia

Los psicoterapeutas especializados en el dibujo de esquizofrénicos, explicaron que éste, denota una utilización de elementos en forma arbitraria, siendo expresión de un mundo imaginario interno y de un distanciamiento de la realidad. El pensamiento del esquizofrénico, suele definirse como arcaico, es



decir como un pensamiento que pretende sustraerse a la lógica de la inteligencia y responder a las exigencias afectivas.



Paciente Masculino, 35 años. Diagnóstico: Esquizofrenia.

Al completar las sesiones de dibujo y pintura, se pudo notar, a través los trabajos producidos, una considerable mejoría en la selección de los colores para representar los objetos, la longitud y precisión de los trazos y mayor aprovechamiento del espacio pictórico. Así mismo, los participantes se mostraron cada vez más cooperadores y cómodos con la realización de las labores, confirmando así, la mejora en el aspecto clínico reportada por los médicos especializados de cada tratamiento.

#### 4ª SESIÓN

##### COLLAGE

Tema: Línea de vida

El collage, procedimiento que consiste en pegar, unir o ensamblar sobre un soporte fragmentos de diferentes materiales y más comúnmente utilizados trozos de papel (papeles colados), data del siglo X, ya que se sabe era una técnica utilizada por los japoneses; a partir del siglo XX se le reconoce como un medio fundamental de expresión al ser empleado durante el Cubismo por

artistas como Picasso, Braque y Juan Gris; después de la guerra de 1914, la técnica fue retomada por movimientos como el Dadá y el Surrealismo que se mostraban menos preocupados por la construcción plástica que sus predecesores. Artistas como Kurt Schwitters y Max Ernst, introdujeron materiales inesperados (billetes de metro, fotografías, grabados, desperdicios) a modo de explotar lo experimental. A partir de 1960, debido a la influencia de los grandes gouaches recortados y colados que Matisse realizó a finales de su carrera, el collage comienza a reproducirse a escalas monumentales y da origen a la construcción de objetos tridimensionales aún más complejos.<sup>59</sup>

Para la realización de ésta actividad, se proporcionó a los pacientes un soporte (pliego de cartulina bristol), revistas, periódicos, pegamento en barra y tijeras de punta chata, éstos últimos con la continua supervisión de enfermeras, cuidadores y terapeutas, a fin de evitar accidentes.

Se pidió a los participantes que intentaran plasmar, a través de imágenes, la línea de su vida, situando en el extremo izquierdo de la cartulina su pasado, al centro su presente y a la derecha sus expectativas a futuro.

Además del significado de la ubicación espacial señalada, el lugar que ocupan las figuras en el espacio gráfico es una representación simbólica del lugar que el paciente tiene en relación a su entorno social, profesional y familiar. Recordemos que si dividimos el espacio gráfico en cuatro partes iguales, las dos primeras de la izquierda representarán la infancia, los recuerdos y la dependencia de la madre. Las dos mitades hacia la derecha representan la visión hacia el futuro, el enfrentamiento y la confianza en la resolución de los problemas, sobre todo cuando las figuras son grandes.

En el caso de los pacientes esquizofrénicos, sabemos que, debido a su padecimiento, se les dificulta el relacionarse con otras personas y su

---

<sup>59</sup> Michel Laclotte. (Editor) *Op. cit.*, Vol I. pág. 380.

pensamiento se caracteriza por utilizar un lenguaje desorganizado que se manifiesta con la dificultad de asociar ideas, elementos, etc.<sup>60</sup>, en sus trabajos notamos que la distancia entre objetos es muy evidente, podemos interpretar entonces este espacio como un registro simbólico o extrañamiento que experimenta internamente la persona esquizofrénica.



Paciente masculino, 35 años. Diagnóstico: esquizofrenia.



Paciente masculino, 23 años. Diagnóstico: esquizofrenia.

<sup>60</sup> Rogelio Apiquian, et al, *Op. cit.*, pág. 2.





Algunos pacientes decidieron combinar en sus trabajos figuras recortadas con tijeras y otras con los dedos, otorgando a la obra elementos visuales diferentes, y dándole más atractivo a su producción.



Paciente femenina, 34 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

El centro, ha sido considerado como el área que representa la realidad del Yo, donde convergen los impulsos inconscientes de todas las demás zonas.



Paciente masculino, 22 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.



En cuanto a las figuras grandes, algunos médicos tratantes afirmaron que las presentan con aspecto positivo nos hablan de una actitud extrovertida, como puede ser el caso de personas que han logrado cierto éxito social o profesional; por otro lado, y dependiendo de las imágenes, puede tratarse de sujetos que fantasean con un deseo de superioridad o valía, como compensación a sus sentimientos de inferioridad. Desde el punto de vista de las artes plásticas, las figuras de gran formato, a través de la historia han mostrado un buen manejo del diseño, la estructura y la forma.



Paciente masculino, 21 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

Algunos psicoterapeutas mencionaron que el empleo de figuras grandes puede asociarse con sentimientos narcisistas e ilusiones paranoides de grandiosidad, que encubren sentimientos y actitudes de desadaptación.

Existen casos de pacientes extrovertidos con tendencia a la manía, que suelen llevar su trabajo más allá de los límites del espacio gráfico como se muestra en el trabajo siguiente.



Paciente femenina, 25 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

## **Actividades de Escultura (Modelado)**

Las actividades programadas para las sesiones de escultura se enumeran por técnica, y elementos a desarrollar.

### 1ª SESIÓN

#### RELIEVES DE PLASTILINA

En esta sesión se persiguió que las personas representaran figuras construidas a base de volúmenes básicos (esferas, cubos, cilindros, cordones, etc.). Durante el proceso del taller de modelado, se les facilitó barras de plastilina de colores, medio pliego de papel ilustración o cartoncillo de colores (a elegir), lápiz, goma y pegamento blanco. Se pidió a los pacientes que dibujaran imágenes sencillas con pocos detalles, para posteriormente resolverlas a partir de los volúmenes básicos antes mencionados.



Paciente femenina, 19 años. Diagnóstico: trastorno de alimentación, bulimia  
(Detalle)

En los trabajos siguientes, pertenecientes a dos personas bajo el mismo diagnóstico, podemos observar similitudes como la utilización de un solo recurso (bastones), para dar forma y color a sus creaciones y el manejo de la técnica de bajo relieve.



Paciente masculino, 22 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar.



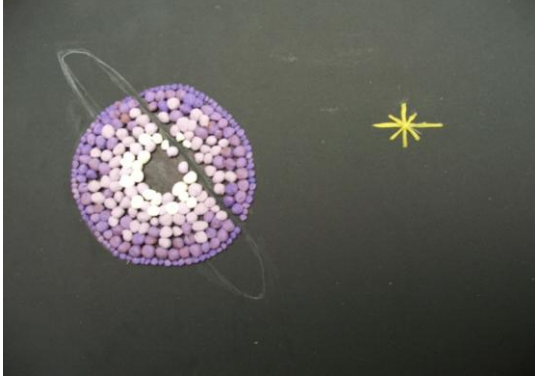
Paciente masculino, 21 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar

También hubo pacientes que combinaron abordaje para resolver las formas, recurriendo a expandir áreas planas de plastilina, y seleccionando los colores (dependiendo del objeto a representar), modelando en volúmenes únicamente los detalles.



Paciente masculino, 52 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

En el trabajo de algunas personas, durante las fases depresivas más agudas, pudimos notar que se acentúa la dificultad para comenzar o terminar un trabajo. A pesar de ello cabe resaltar el adecuado manejo del color con respecto a la figura representada, y en el caso de la primera imagen la utilización del degradado.



Paciente masculino, 52 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar,  
fase depresiva.



Paciente femenina, 30 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo.

Las personas con tendencia a los trastornos obsesivos presentan trabajos creativos bien elaborados, con detalles minuciosos, buscando explotar al máximo todos los recursos posibles. A continuación se muestra un trabajo, realizado por una paciente con diagnóstico de trastorno de alimentación (bulimia), en el cual, de acuerdo a la opinión de los psicoterapeutas, se enfatizan algunos de los elementos antes mencionados, los cuales podrían indicarnos la tendencia de esta persona a desarrollar un trastorno obsesivo compulsivo.



Paciente femenina, 19 años. Diagnóstico: trastorno de alimentación, bulimia

A pesar de que los trabajos de las personas diagnosticadas con esquizofrenia,



(en opinión de algunos médicos y psicoterapeutas), pueden llegar a ser poco elaborados o expresivos, desde la perspectiva plástica, y dentro de las posibilidades de cada persona, pueden mostrar soluciones creativas en su abordaje. Por ejemplo, de los siguientes trabajos, podemos mencionar que aunque ambas personas recurrieron a las formas aplanadas, fueron utilizadas de maneras diferentes, en el primer caso se muestran aplicadas de manera selectiva, combinando puntos y bastones en diversos colores; en el segundo caso, notamos que la persona también se valió de la mezcla de colores, pero esta vez fueron esparcidos formando una sola estructura que cubre la superficie total del dibujo.



Paciente masculino, 23 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia.



Paciente masculino, 45 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia.

## 2ª SESIÓN

### MODELADO CON SERPENTINA

Construcción de volúmenes a partir de superficies planas.

Para realizar la actividad, se utilizaron serpentinas de colores, pegamento blanco y en barra.

Se explicó a los pacientes cómo a través de superficies planas, creadas con serpentinas enrolladas y unidas por las puntas, se podían formar diferentes volúmenes; se propusieron formas sencillas como platones, ceniceros planos o en forma de sombrero, alhajeros y trompos, éstos últimos constituidos por dos piezas base o circunferencias planas; también se les invitó a proponer nuevos volúmenes.

El tamaño de las piezas fue decidido por cada persona, debido a que había quienes consideraban difícil el hecho de mantener la estructura de la circunferencia, refiriendo que los medicamentos no les permitían la motricidad suficiente para llevar a cabo la actividad.



Cenicero en forma de sombrero,  
vista superior.



Cenicero en forma de sombrero,  
vista inferior.

Algunas personas optaron por las formas más sencillas o pequeñas, refiriendo no haber elaborado estructuras más amplias debido al incremento de la ansiedad, o sentimientos de frustración, ya que si los trabajos no estaban lo suficientemente apretados tendían a perder la forma continuamente, obligando a los pacientes a repetirlo.

Durante la sesión se observó que las personas diagnosticadas con trastorno depresivo, mostraron menor interés en elaborar estructuras de mayores dimensiones en comparación con aquellas que presentaban trastornos

obsesivos, bipolares en fase de hipomanía, o comportamientos histriónicos; los últimos realizaron trabajos grandes con resultados satisfactorios para ellos mismos.

En la imagen siguiente se puede apreciar la notable diferencia de tamaños entre los trabajos elaborados por personas de distintos diagnósticos.



Platones y ceniceros creados por varios pacientes.



Alhajero

Para el modelado de los trompos, la mayoría de los pacientes solicitó ayuda a los terapeutas, cuidadores o enfermeras, ya que al intentar formar los volúmenes, (debido a problemas motrices), los trabajos menos apretados tendían a separarse.



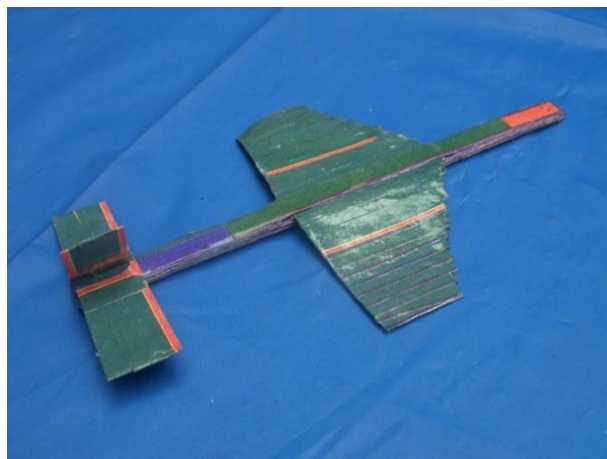


Trompo, pieza inferior.



Trompo

Estudios científicos demuestran que los pacientes con trastorno bipolar en fase de hipomanía, tienden a ser más creativos que pacientes con otras psicopatologías.<sup>61</sup> Los trabajos de uno de los pacientes confirmaron lo anterior y sorprendieron por su originalidad, ya que valiéndose únicamente de su imaginación logro la construcción de estructuras eficazmente elaboradas y reconocibles por el resto del grupo.



Paciente masculino, 45 años. Trastorno bipolar.

<sup>61</sup> Rosa Aurora Chaves, Lara Ma. del Carmen “La creatividad y la psicopatología”, en *Salud Mental*. V.23, No5, pág. 2.

### 3ª SESIÓN

#### MODELADO EN MIGAJÓN

Se repartió a los participantes rebanadas de pan blanco de caja sin orillas, pegamento blanco, agua, pinturas acrílicas de colores, estiques, pinceles y toallas de papel.

Para preparar la pasta de migajón, se les pidió reducir a trozos lo más pequeños posible las rebanadas de pan; posteriormente se fue agregando poco a poco pegamento blanco y agua, amasando hasta obtener una pasta uniforme que permitiera el modelado.

Los pacientes tuvieron la libertad de elegir el objeto a representar, las dimensiones y los colores para pintarlos. La mayoría de los trabajos se llevó a cabo valiéndose exclusivamente de las manos ya que, gracias a las actividades de las sesiones anteriores, se había observado una notoria mejoría en la motricidad de los pacientes, además del empleo de la creatividad individual.



Paciente femenina, 34 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

La mayoría de los trabajos obtenidos en esta sesión fueron realizados con la finalidad de ser obsequiados a alguien cercano a los pacientes. Por ejemplo el modelado de la gorra anterior, al igual que las tres representaciones siguientes, fueron creados para los respectivos hijos de los pacientes.



Paciente femenina, 32 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.



Paciente masculino, 64 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo.



Paciente femenina, 38 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo.

Nótese que el empleo de colores más vivos en los trabajos de pacientes con trastornos depresivos es cada vez más evidente, conforme mejoran en su condición, permitiendo demostrar la eficacia del taller.

La paciente que realizó el siguiente trabajo refirió mantener una relación directa con un músico, por tal motivo decidió representar instrumentos musicales para obsequiárselos.



Paciente femenina, 54 años. Diagnóstico: trastorno bipolar.

En el caso de este trabajo, la paciente simplemente refirió sentir simpatía por las tortugas.



Paciente femenina, 22 años. Diagnóstico: trastorno obsesivo compulsivo.

Podemos decir que en la mayoría de los trabajos realizados durante la sesión de modelado en migajón, notamos una considerable mejoría en la construcción y proporciones de los objetos a representar, así también como la selección y



empleo de los colores.

Los caracoles que se muestran a continuación evidencian la aplicación del aprendizaje adquirido por dos pacientes en la sesión de serpentina, al construir a base de espirales el cuerpo y cabeza de los mismos.



Paciente femenina, 32 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo.



Paciente masculino, 64 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo.

Los siguientes trabajos fueron realizados para hermanas de las personas en tratamiento.



Paciente femenina, 19 años.  
Diagnóstico: trastorno de alimentación, bulimia.



Paciente femenina, 18 años.  
Diagnóstico: trastorno de alimentación, anorexia.

En el caso de las personas que padecen algún tipo de esquizofrenia, notamos un mayor esfuerzo para realizar o dar por terminado su trabajo, ya que continuamente modificaban las formas y, en ocasiones, hubo necesidad de volver a humedecer y amasar la pasta de migajón hasta que consiguieran un resultado satisfactorio para ellas.



Paciente femenina, 23 años. Diagnóstico: esquizofrenia.



Paciente femenina, 26 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia.



Paciente femenina, 45 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia

## 4ª SESIÓN

### MASCARAS DE YESO

Durante la cuarta sesión, se distribuyeron piezas de distintos tamaños de venda de yeso, glicerina, recipientes con agua, pinturas de colores, diamantina de colores, pinceles y toallas de papel.

Se explicó a los pacientes que el aplicar una capa generosa de glicerina sobre su rostro antes de poner las vendas de yeso, ayudaría a evitar que éstas se adhirieran a sus cejas, pestañas, bigote etc.; se les pidió que trabajaran en equipos de dos o tres personas para ayudarse a realizar las máscaras o antifaces (a elección de cada paciente)

A lo largo de la historia, el ser humano ha utilizado máscaras con diversos fines (religiosos, estéticos, políticos e incluso festivos por mencionar algunos). Los materiales empleados en su elaboración han sido diversos, pero la finalidad principal que es la de ocultar o protegerla verdadera identidad, ha prevalecido a través de los tiempos.<sup>62</sup>

Desde el punto de vista de la clínica, los y las médicos del hospital, explicaron que de acuerdo a las teorías de la mente y de la psicopatología, una persona puede entenderse como la máscara o máscaras con la que el individuo se presenta al mundo, ya que un mismo sujeto puede presentar múltiples facetas. En este caso la máscara, la otra cara o identidad, puede ocultar y/o revelar la identidad de quien la usa. En cualquiera de los dos casos, y desde un punto de vista estético, la imaginación será el medio para que la máscara cumpla una u otra función

---

<sup>62</sup> V. Denis. *Historia general del arte*. Vol II, Ed. Tláloc, México, 1970, págs. 287-294.



Afortunadamente la sesión se llevó a cabo sin complicaciones, los participantes trabajaron ordenadamente y fueron pacientes al esperar que secan las máscaras; esto demostró que las actividades de las sesiones pasadas fueron útiles para la evolución hacia la mejoría en los estados de ansiedad que, hasta ocasiones anteriores, habían sido factores significativos en los resultados de los trabajos finales de los participantes.



Una vez que las piezas estuvieron completamente secas, los pacientes hicieron uso de la imaginación y manifestaron su creatividad, procediendo a decorarlas libremente con los medios disponibles. A continuación podemos observar una gran variedad de diseños que van desde abordajes simples hasta formas complicadas que a su vez esconden otros rostros.





Paciente masculino, 45 años. Diagnóstico: esquizofrenia.

Los elementos plásticos de algunas máscaras representaron formas zoomorfas minuciosamente estructuradas y reconocibles, pese a que desde el punto de vista de los psicoterapeutas, dicha minuciosidad se presenta frecuentemente en los trabajos realizados por pacientes afectados por neurosis obsesivas, que tienden a representar formas ritualizadas o con un cierto mecanismo mágico, que puede manifestar, de manera inconsciente, una defensa para su Yo.



Paciente femenina, 18 años.  
Diagnóstico: trastorno de alimentación, anorexia.



Paciente femenina, 22 años.  
Diagnóstico: trastorno obsesivo compulsivo.

En algunos casos, la forma de la máscara es una réplica de los rasgos naturales, pero en otras hay diferencias significativas o modificaciones y también las hay de abstracciones de los creadores.

Los psicoterapeutas mencionaron que si el trabajo está bien diseñado, con trazos más o menos seguros, puede indicar una actitud de dominio, con tendencia a la posesividad. La tendencia a acentuar los elementos del rostro con la necesidad de destacar el Yo, ya sea en el ámbito social, familiar o profesional; también puede interpretarse como un intento de compensación de sentimientos de inferioridad o conflictos infantiles que, de alguna manera, hayan condicionado el desarrollo de la personalidad.



Paciente femenina, 19 años.  
Diagnóstico: trastorno alimenticio,  
bulimia.



Paciente femenina, 32 años.  
Trastorno bipolar.

Los efectos estéticos de las máscaras, fueron completamente diferentes para cada participante de la sesión, ya que los parámetros de arte y belleza son distintos para cada persona. En cualquier caso, la realidad fue el elemento constante de todo este proceso. Sin ella no hubiera sido posible ni su expresión

ni su alteración a través de las máscaras resultantes de la actividad.



Paciente masculino, 24 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia.



Paciente femenina, 38 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo.



Paciente femenina, 30 años.  
Diagnóstico: trastorno depresivo.



Paciente femenina, 34 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar.

Para los psicoterapeutas, el hecho de acentuar el volumen de las protuberancias craneales correspondientes a las zonas frontal y occipital, puede expresar interés en la actividad cerebral y el desarrollo intelectual.

Los rostros carentes de rasgos faciales o empobrecidos, en la opinión de los médicos tratantes, pueden indicar las dificultades del paciente para adaptarse a la realidad y, en casos graves, un carácter asocial. Cuando esta anomalía va seguida de otros signos negativos, puede sugerir falta de coherencia entre el



modo de pensar, sentir y querer; estos casos podrían asociarse comúnmente a pacientes que sufren algún tipo de esquizofrenia.



Paciente masculino, 22 años.  
Diagnóstico: trastorno bipolar.



Paciente masculino, 23 años.  
Diagnóstico: esquizofrenia.



Paciente masculino, 26 años. Diagnóstico: esquizofrenia.

En mi opinión, las imágenes resultantes en cada máscara, pueden ser consecuentes o no con lo que se espera del creador, pudiendo o no ocultar la realidad, o mostrar signos claros de lo que hay detrás de la máscara.

## CONCLUSIONES

Para comprobar la eficacia del taller, fue necesario asistir periódicamente a las visitas realizadas por los médicos a cargo de cada tratamiento. Dichas visitas, consistían en una serie de entrevistas y pruebas motrices sencillas encaminadas a evaluar el progreso del tratamiento, en conjunción con el taller de plástica impartido. Se demostró que los pacientes que asistieron periódicamente a las sesiones del taller, presentaron una rápida y notable recuperación en la sintomatología, estando mejor preparados para la re incorporación a su medio social y laboral; además, desarrollaron actitudes y destrezas para una adaptación más eficaz en comparación con los que no asistieron al mismo; esto se demostró gracias a su seguimiento a través de los datos recaudados por los médicos de consulta externa, es decir, las revisiones llevadas a cabo a los pacientes después de su alta en el internamiento.

También se realizó una encuesta de opinión entre los mismos (en promedio 40 personas), al inicio y final del taller, para comparar su postura en cuanto a aspectos positivos y negativos del mismo arrojando los siguientes datos:

### AL INICIO DEL TALLER

OPINION POSITIVA

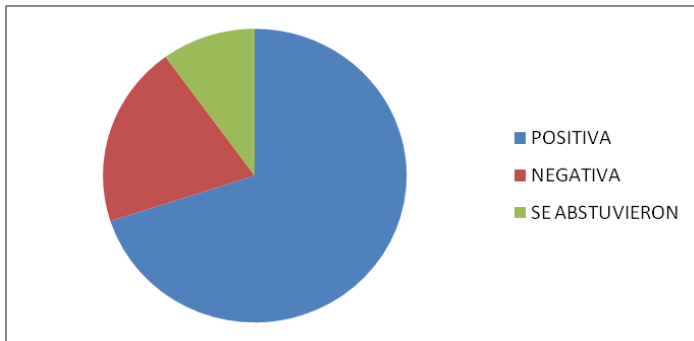
70

OPINION NEGATIVA

20

SE ABSTUVIERON

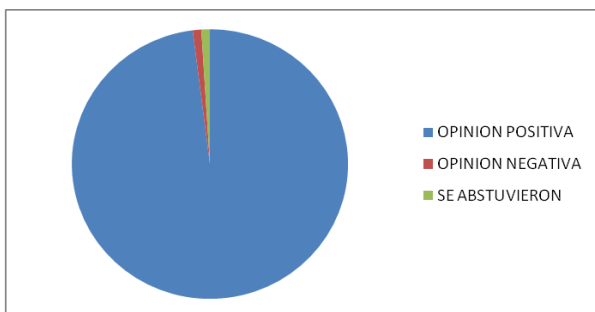
10



DATOS EXPRESADOS EN PORCENTAJES

## AL FINAL DEL TALLER

OPINION POSITIVA	OPINION NEGATIVA	SE ABSTUVIERON
98	1	1



DATOS EXPRESADOS EN PORCENTAJES

El resultado en la gráfica final varía en comparación con la primera, en función del aumento de la percepción de aspectos positivos y coincide con la mejoría en la sintomatología de los pacientes. Cabe destacar que algunos participantes incluso refirieron el intentar incorporar a su vida diaria las actividades plásticas aprendidas en el taller.

La investigación demostró que los individuos sin problemas severos de adaptación y con una auto imagen positiva (confianza en si mismos), respondieron de manera más positiva ante las actividades. En general, las mujeres aceptaron con mayor agrado que los hombres el desafío de demostrar su capacidad creadora.

Entre las múltiples enseñanzas adquiridas durante el taller, puedo mencionar que a la hora de dar una interpretación proyectiva a los trabajos creados por los pacientes, se deben tomar en cuenta tanto los elementos plásticos como los psicológicos y las vivencias, ya que todos ellos aportan una valiosa información; así mismo, la mejor manera en que podemos ayudar a este tipo de personas a resolver sus conflictos, es demostrando un verdadero interés por comprender y conocer sus problemas, sentimientos y dudas, permitiéndoles

abrirse y comunicarse por todos los medios posibles, en este caso, por medio de la producción plástica.

Las actividades plásticas definitivamente aportan una gran riqueza como instrumento para el psicodiagnóstico (proyectivo) y, por otra parte, un valor relajante de tensiones (catártico) y curativo (terapéutico) como instrumento en terapia. Por medio de las creaciones plásticas, se puede captar con relativa facilidad a las personas que sufren ansiedad, angustia, algún tipo de neurosis o problemas de adaptación. Tales actividades tienen la ventaja de no necesitar de espacios ni materiales imposibles, sólo instrumentos al alcance de todos como: lápices, colores, papel, plastilina, etc., teniendo como principales objetivos el conseguir un medio de expresión, de sentimientos, un instrumento de comunicación y un apoyo en la resolución de conflictos; esto no se conseguirá si se interfiere en la libre expresión proponiendo estereotipos para copiar, o expresando desinterés y falta de comprensión ante sus producciones.

Es importante recordar que la creación plástica no siempre debe ser genial para ser útil; con ella se busca obtener no sólo a grandes artistas sino individuos más libres y expresivos pero, sobre todo, más sanos. Al no excluirlo lo común, lo que se logra sin un adiestramiento previo, se descubre la propia poesía oculta, sin la necesidad de colores muy pensados ni formas sofisticadas. Sólo es necesario dejarse llevar por los signos, los trazos y las impresiones vitales, para ser capaces de expresar a través de un lenguaje distinto lo que se desate en nuestro interior.

No sólo los artistas pueden valerse de la valiosa herramienta terapéutica que es el arte. Todos tenemos la capacidad de crear; lo único que debemos hacer es encontrar la forma más apropiada para hacerlo. Lo que importa es el hecho de crear, y sobre todo, de hacerlo con honestidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso – Fernández F.** *El talento creador: Rasgos y perfiles del genio.* Ed. Temas de hoy. España. 1996
- Albarran, Agustín Antonio.** *Dinámica de grupos.* Ed. E.D.I.P.L.E.S.A. México, 1977.
- Apiquian Rogelio, et al.** *Child and adolescent psychosis: A review of characteristics and treatment.* Salud Mental. Vol 23. No 4. México. Agosto:1-9, 2000.
- Bocola, Sandro.** *El arte de la modernidad.* Ediciones del serbal. Barcelona. 1999.
- Caraveo – Anduaga Jorje Javier, et al.** *Prevalencia en la vida de episodios depresivos y la utilización de servicios especializados.* Salud Mental. Vol 20, Supl, 2. México. Julio: 15-23, 1997.
- Cerna, Manuel M.** *Apuntes sobre relaciones humanas.* 2ª Edición. Editado por la Secretaría de Educación Pública. México, 1972.
- Cooper, David.** *La muerte de la familia.* Ed. Artemisa. Tr.de Javier Altaya. México. 1986.
- Chávez, Rosa Aurora y Lara Ma. Del Carmen.** *La creatividad y la psicopatología.* Salud Metal. Vol 23, No 5. México. Octubre: 1-8, 2000.
- Fromm, Erich.** *Del tener al ser. Caminos y extravíos de la conciencia.* Ed. Paidós. Tr. De Eloy Fuente Herrero. México, 1994.
- Fromm, Erich.** *La crisis del psicoanálisis.* Ed. Paidos. Tr. de Floreal Mazia. México, 1995.
- Gardner, Lousie.** *Art throught the ages.* USA. 1976
- Gonzales Macias, Laura, et al.** *Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria.* Salud Mental. Vol 26, No 3. México. Junio: 1-8, 2003.
- Heller, Eva.** *Psicología del color. Como actúan los colores sobre los sentimientos y la razón.* Ed, Gustavo Gill. Barcelona. 2004.



- Hogg, James, et al.** *Psicología y Artes Visuales*. Colección Comunicación Visual. Ed. Gustavo Gill. S.A. Versión castellana de Justo G. Beramend. Barcelona. 1969.
- Holm – Hadulla, Rainer M.** *El arte psicoterapéutico*. Ed. Harder. S.A. 1999.
- Ibanes Branbila, Berenice.** *Manual para la elaboración de tesis*. Ed. Trillas. México. 1990.
- Itten, Johannes.** *El arte del color*. Ed. Noriega Limusa. México. 1992.
- Jung, Carl Gustav.** *Sobre el fenómeno del espíritu en el arte y la ciencia*. 2ª ed. Ed. Trotta. 2002.
- Kogan, Jacobo.** *El lenguaje del arte. Psicología y sociología del arte*. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1965.
- Kris, Ernst.** *Psicoanálisis del arte y del artista*. Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1964.
- Laclotte, Michel** (Director). *Diccionario Larousse de la pintura*. Vol 1, 2, 3. Ed. Planeta. Barcelona. 1987.
- Lowenfeld, V.** *Desarrollo de la capacidad creadora*. Ed. Kapelusz. Buenos Aires. Argentina. 1972.
- Lowenfeld, V.** *El niño y su arte*. Ed. Kapelusz. Buenos Aires. Argentina. 1958.
- Marin, Manuel.** *Espacios y cosas. Uso y representación del espacio en la pintura*. Impreso por el departamento de publicaciones de la Escuela Nacional de Artes Plásticas. Micro edición preliminar de 100 ejemplares. México. 1994.
- Martini, Claudio.** *El fin del manicomio*. Ed. Nueva Sociología. México. 1983.
- Murou Troice Esther y Sánchez Sosa Juan José.** *La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica*. Salud Mental. Vol 26, No4. México. Agosto: 47-58, 2003.

- Morris, Charles G.** *Psicología. Un nuevo enfoque.* 7ª ed. Ed. Prentice – Hall Hispanoamérica. S.A. Tr. de Guillermina Cuevas Mesa. México.
- Pawlik, Johanes.** *Teoría del color.* Ed. Paidós. Barcelona. 1999.
- Panofsky, Edwin.** *El significado de las Artes Visuales.* Ed. Alianza. Madrid. 1979.
- Pérez, Dias Arturo.** *Didáctica sobre actividades creadoras y prácticas.* Ediciones Oasis, S.A. México 1969.
- Prosniuk, Joanna.** *Modern arts criticism.* Vol 1. Ed. Gale researching. USA. 1991.
- Roos, J.JR, Frank.** *Manual ilustrado de la historia del arte.* Ediciones Grijalbo. Barcelona. 1996.
- Ruhrberg et al.** *Arte del siglo XX.* Ed. Taschen. Tr. de Ramón Monton. Vol 1. Alemania.
- Schuster, JMartin y Beisl, Horst.** *Psicología del arte.* Ed. Blume. Barcelona. 1982.
- Szasz, Thomas.** *Esquizofrenia, el símbolo sagrado de la psiquiatría.* 3ª ed. Ed. Premia. Tr. de Mercedes Benet. México. 1984.
- Weber, Jean Paul.** *La psicología del arte.* Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1965.
- Weiss, Eduardo.** *Los fundamentos de la psicodinámica.* Ed. Psique. Tr. de Gilbert P.L. Argentina.