



# 1<sup>ER</sup> CONGRESO INTERNACIONAL DE ESPACIOS DE ARTE Y SALUD

Hospital de Dénia 2012

Primera edición, 2014

© de los textos: sus autores

Maquetación: Cristian Gil, Ángel Marín y Beatriz Millón

© de la presente edición: Editorial Universitat Politècnica de València  
<http://www.lalibreria.upv.es> / Ref.: 6160\_01\_01\_01

ISBN: 978-84-9048-224-7 (versión CD)

Queda prohibida la reproducción, la distribución, la comercialización, la transformación y, en general, cualquier otra forma de explotación, por cualquier procedimiento, de la totalidad o de cualquier parte de esta obra sin autorización expresa y por escrito de los autores.

14 y 15 de  
Junio de 2012

---



Ier Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud

<http://congresoarteysalud.blogspot.com.es/p/programa.html>

## ORGANIZACIÓN DEL CONGRESO

Dirección: Alicia Ventura Ventura, Directora del Proyecto cuidArt del Hospital de Dénia Marina Salud.

Codirección: Teresa Cháfer, Directora de la Cátedra DKV Arte & Salud. UPV.

Coordinación: Francisco Cholbi, Jefe del Servicio de Rehabilitación del Hospital de Dénia Marina Salud.

José Cosme, Director de la Cátedra Arte y Tecnología de la UCV y del IVAM.

Enrique España, Biblioteca Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud.

Clara Fornés, Comunicación Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud.

Corpus Gómez, Responsable de Formación, Docencia e Investigación, Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud

Alejandro Gornemann, Imagen corporativa, Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud

Ana Moreno, Proyecto Arte del Hospital de Dénia.

Pedro Navarro, Decano Facultad de Enfermería Universidad Católica de Valencia.

Rafael Sala, Director médico Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud.

Rocío de la Vara, Comunicación Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud.

Becaria: Fayna Sánchez

Becario: Joaquín Ruiz Espinosa.

## COMITÉ CIENTÍFICO

- Miembros:
- Teresa Cháfer, Directora de la Cátedra DKV Arte & Salud. UPV.
- Rosa Cubillo, Fundadora de la Asociación canaria de terapias creativas.
- José Luis Cueto, Decano de la Facultad de BBAA de la Universitat Politècnica de València.
- Javier de Felipe, Responsable del Grupo de investigación Microorganización de la Corteza Cerebral Normal y Alteraciones de los Circuitos del Instituto Cajal.
- Ángel Giménez, Director Gerente Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud.
- Fernando Giráldez, Catedrático de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.
- Mariano Guerrero, Director de Planificación y Proyectos del grupo Ribera Salud. Catedrático de la Universidad de Murcia.
- Manuel H. Bellver, Director del Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica de la Universidad Complutense de Madrid.
- José María Lozano, Arquitecto. Catedrático de la Universitat Politècnica de València.
- María Jesús del Olmo, Doctora en Musicoterapia por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.
- José León Paniagua, Arquitecto.
- Miguel Peris, Director Asistencial Departamento de Salud del Hospital de Dénia Marina Salud.
- M<sup>a</sup> Josep Planas, Directora de Planificación y Calidad del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.
- Josep Santacreu, Consejero Delegado DKV Seguros y Presidente de Marina Salud.
- Alicia Ventura, Directora del Proyecto cuidArt del Hospital de Dénia Marina Salud.
- Juan Viña, Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de Valencia.

## ÍNDICE

### PRESENTACIÓN

Josep Santacreu	13
Alicia Ventura	14
Teresa Cháfer	16

### ARQUITECTURA EN ESPACIOS SANITARIOS

#### 1er Bloque temático

##### Ponencia

- Arte y Salud. Desde la arquitectura  
Ana Lozano Portillo y José María Lozano Velasco 21
- Arte y Salud. El hospital: una arquitectura de emociones intensivas  
José León Paniagua 27

##### Comunicados

- Hospitales infantiles: Cada vez menos hospitales y más infantiles  
Pilar García Valdes 32
- Los elementos decorativos ambientales en el área de imagen médica mejoran la percepción de agradabilidad del paciente  
Susana Gómez Leyva 34
- Los juegos de construcción en el proyecto curarte  
Teresa Gutiérrez Párraga 36
- Fronteras Socio-Sanitarias  
Juan Tormo Flores 43

## NEUROESTÉTICA

### 2º Bloque temático

#### Comunicados

- Arte para evocar emociones y recuerdos en personas con Alzheimer  
María Delgado López 53
- El tacto del espacio. Una lectura de los lugares de paso en clave fenomenológica  
Juan Bta.Peiró y Gustavo Morant 62

## MÚSICA Y SALUD

### 3er Bloque temático

#### Ponencias

- Pictomusicadelfía: música, pintura y cerebro...  
¿la neurona (o)culta?  
Octavio de Juan 69
- Musicoterapia en el Hospital de Denia  
Ana Alegre e Isabel Bellver 77

#### Comunicados

- Propuestas de aplicaciones clínicas en aulas hospitalarias a través de la música:  
Banda sonora de cine infantil y sus videojuegos  
Sonsoles Ramos 85

## CREATIVIDAD, SALUD Y EDUCACIÓN

### 4º Bloque temático

#### Ponencias

- Desarrollo creativo y procesos creativos.  
Creación y subjetividad  
Francisco Jesús Coll 93
- Presentación de la 1ª Edición del Máster en Arteterapia  
de la Universitat Politècnica de València.  
Aspectos educativos, sociales y terapéuticos del arte  
como experiencia de creación acompañada.  
Susana García Rams, Ana Hernández Merino  
y María Montero Ríos-Gil 98

#### Comunicados

- Asociación ARTABAN  
Victoria Martínez Tomás 104
- Talleres del Proyecto curArte I+D: 8 años de  
investigación y desarrollo  
Noemí Avila y GIMUPAI 107
- Arteterapia en salud mental y otros espacios de salud  
Isabel Soler 112 -
- EscuchArte: Un proyecto en animación para  
sanar desde el corazón.  
Susana García Rams, Fina Sanz Ramón  
y Roxanna Pastor Fasquelle 120

## PÓSTERS

- Camila: Cuento escucharte para el buen trato  
M<sup>a</sup> Rosario Altable y Amparo Romero 126
- ¿Cómo estructuro las imágenes?  
Sobre el acto fotográfico y la búsqueda de uno mismo.  
Mariana De Amorim Albuquerque 127
- Camalletes de Cine. Noelia Antúnez del Cerro  
Noelia Antúnez del Cerro, Daniel Zapatero Guillén,  
Juan Antonio Castro Martínez, Lorena López Méndez  
y Violeta Agudín Garzón 128
- Rompiendo cadenas: Prendas para personas con  
movilidad reducida.  
Ana Beltrán Martínez 129
- Envejecimiento activo: Calidad de vida y formación artística  
Francisco Javier Cantos Aldaz y Vanesa Fernández Galindo 130
- Conciertos–tertulia en el ámbito hospitalario.  
Ángel Escudero Villanueva, Fátima González Galván  
y Belén Campos Romer 131
- Trabajar con niños en hospitales: Generando comunidades  
de aprendizaje para estudiantes de la facultad de educación  
Leticia Flores Guzmán y Noemí Ávila Valdé 132
- Arte y participación en la sala de oncología  
Marta García Cano y Noemí Avila Valdés 133
- Arte relacional. La socialización y el aprendizaje como mejora  
de la calidad de vida en pacientes de diálisis.  
Marta García Cano y Noemí Avila Valdés 134

- Taller de diseño y producción (tdp). Una experiencia comunitaria.  
Ana González Quinteiro, Juan Luis González Pérez, Patricia  
González Martínez, Dolores Torres Fernández  
e Ismael Rodríguez Fraga 135
- Hannah Jones: La enfermedad y sus metáforas  
Gloria Lapeña Gallego 136
- El camino de vuelta. El modelado escultórico como  
herramienta terapéutica  
Alfredo Llorens 137
- (Arteterapia / Creatividad / Salud / Intervención)  
IRF - Ismael Rodríguez Fraga 138
- Arteterapia como herramienta de crecimiento personal  
en la educación secundaria.  
David López y María Dolores López 139
- Espacios para atender a la diversidad dentro del aula:  
Arteterapia como herramienta  
David López 140
- Fotografía digital, una experiencia creativa con pacientes  
con Alzheimer y otras demencias.  
Lorena Méndez 141
- Humanización sanitaria: Opinión sobre la intervención  
decorativa en consultas externas pediátricas  
M<sup>a</sup> Isabel Mármol López, M<sup>a</sup> Pilar Muñoz Muñoz,  
Susana Gómez Leyva, Marisa Roselló Pérez,  
José Eugenio Vega Torralba, José Ramón Minguez  
Estevan, Juan Ramos Pérez, M<sup>a</sup> Carmen Frías Llorens,  
Amparo Escrihuela Mena, Paz Villanova Fernández 142
- Caminos Rotos  
Javier Mancebo 143

- Un acercamiento a la creación plástica de los Outsiders  
Imma Mengual Pérez 144
- Los requisitos de salubridad en la planimetría de las  
Fundaciones Jesuitas valencianas  
David Miguel Navarro Catalán 145
- Payasos de Hospital  
Paqui Noguera Puig, Mónica Palacios González,  
Jaume Costa Soler, Gloria Pascual Mafé, Toni Pérez Llorca  
y Agustí Martínez Costa 146
- Arte contemporáneo como expresión en la discapacidad.  
Mónica Pastor Ivars 147
- Arteterapia y oncología pediátrica.  
M<sup>a</sup>Soledad Pérez Revert 148
- El arte en vivo: Entre la danzaterapia y la performance  
Almudena Rodríguez Tortajada 149
- Arteterapia Hauschka: Taller para mayores  
Elena Rosa Cruz Jiménez 150
- Arteterapia para la salud, bienestar e integración social de  
mujeres inmigrantes en la comarca de l´Horta Nord, Paterna  
Inmaculada Navarro Vilar y Patricia Taberner Vilar 151
- Investigación de la estimulación temprana mediante la  
ilustración: fomento de la salud infantil  
Ana Tomás Miralles 152
- La sinestesia como estrategia creativa  
Isabel Tristán Tristán y Sara Civera Martínez 153
- La dieta mediterránea y el libro de artista “Menú mediterráneo”  
Lola Vidal Alamar, Roberto V. Giménez Morell  
y Ana Isabel Gómez Palonés 154

## Josep Santacreu

---

Consejero delegado de DKV Seguros

Arte y Cultura son dos potentes instrumentos para mejorar la salud. Al menos así lo creemos en DKV Seguros, y es esa convicción la que nos lleva a impulsar el programa Arteria DKV, que integra múltiples iniciativas de apoyo a la producción artística como elemento generador de bienestar. La producción e itinerancia de exposiciones, la creación de la Colección de Arte DKV, la convocatoria de becas para jóvenes artistas, la organización del concurso Fresh Art o, por supuesto, la puesta en marcha del proyecto cuidArt en el propio Hospital Marina Salud de Dénia, son algunas de las estrategias de este plan integral de apoyo al arte emergente.

De la misma manera, en DKV Seguros somos conscientes de la importancia de la investigación a la hora de explorar nuevas y prometedoras conexiones entre el arte y la salud. Por ello, desde la Cátedra DKV Arte&Salud de la Universidad Politécnica de Valencia promovemos numerosas iniciativas de estudio, divulgación y generación de conocimiento en estos ámbitos. Estoy convencido de que la colaboración de las empresas con la universidad (y, en general, con la investigación y la generación de conocimiento) constituye un pilar fundamental para el desarrollo social, y es por ello que quiero trasladar mi enhorabuena y mi agradecimiento a todas las personas

e instituciones que han hecho posible este congreso: dirección y personal del Hospital Marina Salud de Dénia; ponentes, participantes y asistentes; responsables científicos, instituciones organizadoras y empresas patrocinadoras.

Esta primera edición del Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud ha supuesto una oportunidad de conocer nuevas y enriquecedoras experiencias, de comprobar cuáles son las líneas de trabajo que están desarrollando los investigadores más importantes del país y de detectar qué nuevos beneficios podemos ofrecer, a través del arte, a los destinatarios de los servicios de salud.

Esta publicación es el testimonio de este enriquecedor encuentro y, al mismo tiempo, un estímulo para seguir avanzando todos juntos (creadores, empresas, grupos de investigación) en nuevas y provechosas vías de unión entre el arte y la salud.

## Alicia Ventura

Directora del Proyecto cuidArt del Hospital de Dénia Marina Salud

La organización del I Congreso Internacional Espacios de Arte y Salud respondía ante todo a una necesidad detectada durante mi labor como directora de cuidArt, el proyecto integral de intervención artística que venimos desarrollando en el Hospital Marina Salud de Dénia desde 2007. A lo largo de estos años, la gestión de cuidArt nos ha permitido entrar en contacto con artistas, terapeutas, grupos de investigación, espacios hospitalarios, instituciones artísticas y académicas, que expanden con su trabajo día a día las conexiones entre los ámbitos del arte y la salud.

La presencia del arte y la cultura en los espacios de salud no supone ya en nuestro país la anomalía que podía representar hace no demasiados años. La colaboración entre profesionales sanitarios, gestores, artistas e investigadores ha servido para difundir una sensibilidad nueva y atenta a las posibilidades de la creatividad como elemento generador de salud, entendiendo esta última en el sentido amplio que defiende la Organización Mundial de la Salud: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En el camino hacia esta nueva sensibilidad ha resultado fundamental también el apoyo y compromiso de algunas empresas, que a través de sus políticas de responsabilidad corporativa han contribuido a la investigación y la producción en el campo del arte y la salud. Hago por ello un breve inciso para

agradecer a DKV Seguros y Marina Salud, entidades organizadoras, a Pierre Fabre Ibérica, patrocinador, y a todas las empresas colaboradoras sin cuyo apoyo no hubiese sido posible este congreso.

Todo este esfuerzo compartido nos ha conducido a un momento ilusionante, con una creciente presencia del arte en los hospitales, programas específicos en las instituciones culturales y un rico tejido de asociaciones, creadores, investigadores y profesionales dispuestos a compartir sus experiencias. Este último es, me parece, un punto clave. La necesidad a la que aludía al comienzo de este texto (y la razón última de organizar este Congreso) es la de disponer de un foro en el que compartir, comparar, revisar y enriquecer nuestros respectivos trabajos desde un ámbito común. Solo así podremos sortear las dificultades que aún amenazan nuestra labor: una profesionalización aún en proceso, la necesidad de mayor producción de evidencia científica, el riesgo de la dispersión de proyectos con evidentes nexos en común pero sin contacto entre sí.

En nuestra gestión del proyecto cuidArt hemos constatado que la investigación y la divulgación, la creación de nexos entre la Universidad y los proyectos de gestión cultural, resultan fundamentales en esta dirección. Es por ello que la Cátedra DKV Arte y Salud de la Universidad Politécnica de Valencia, además de ejercer como entidad organizadora del Congreso, colabora en

varios proyectos que llevamos a cabo en el Hospital Marina Salud de Dénia.

A la hora de estructurar el Congreso tuvimos muy en cuenta la voluntad de abarcar las múltiples disciplinas y propuestas encuadradas dentro del marco común del arte en los espacios de salud. La existencia de cuatro mesas temáticas, que estudiaban la relación de la salud y los espacios sanitarios con las artes visuales, la neurociencia, la música y la arquitectura, así como el amplio enfoque aplicado a continuación por los responsables científicos de cada una de las mesas (respectivamente: Teresa Cháfer, Mara Dierssen, Francisco Cholbi y yo misma) hizo del congreso una experiencia verdaderamente multidisciplinar.

Otro factor para mí determinante en el éxito del congreso (y significativo también de hasta qué punto el sector demandaba un evento de estas características) fue sin duda la cantidad y calidad de propuestas de comunicaciones y pósters. Es necesario agradecer aquí el esfuerzo de los miembros del comité científico, tanto en la selección de estas propuestas como en el asesoramiento para la orientación general del evento: esto congreso no hubiese sido el mismo sin la ayuda de personalidades tan relevantes como Ángel Giménez, Fernando Girádez, Javier de Felipe, José León Paniagua, Jose Luis Cueto, José María Lozano, Josep Santacreu, Juan Viña, María Josep Planas, Manuel H. Bellver, María Jesús del Olmo, Mariano Guerrero, Miguel Peris, Rosa Cubillo y Teresa Cháfer.

Esta publicación nos permitirá, pues, comprobar cómo las comunicaciones y pósters enriquecen, a menudo desde enfoques muy especializados, las líneas maestras trazadas por las ponencias

magistrales. Sin embargo, el que quizás el resultado más relevante del congreso no puede encontrarse (no aún) en las páginas de una publicación como esta. En una disciplina como la nuestra, orientada hacia la generación de bienestar entre los usuarios de los espacios sanitarios, es especialmente importante que el conocimiento generado se traduzca en acciones concretas: actividades, talleres, exposiciones o intervenciones que mejoren la calidad de la experiencia hospitalaria y contribuyan a la humanización de los espacios. En este sentido, el congreso ha sido para el proyecto cuidArt una oportunidad extraordinaria de establecer contactos, de poner en marcha nuevos proyectos, de corregir y perfeccionar los existentes, de diseñar sistemas de evaluación añadidos y de incorporar nuevos colaboradores, y me consta que así ha sucedido en el caso de otras instituciones participantes.

El hecho de que el I Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud haya servido pues para desarrollar nuevos proyectos y colaboraciones, mejorando la calidad de vida de pacientes, profesionales y usuarios, es el mejor estímulo para continuar trabajando en esta misma línea. La segunda edición del congreso, que tendrá lugar en junio de 2014 en los espacios del Hospital Marina Salud de Dénia, nos permitirá ahondar en algunas de las cuestiones más relevantes detectadas en la primera edición, analizar los progresos realizados en este bienio e incorporar nuevos e ilusionantes proyectos a nuestro esfuerzo común por explorar las múltiples posibilidades que ofrece la intersección entre el arte y la salud.

### Lugares de encuentro: arte y salud

El arte, en todas sus expresiones sensoriales desde la arquitectura a la pintura, desde la música a la literatura, desde la danza al teatro ha acompañando al hombre a lo largo de toda su historia. Su función ha ido zigzagueando desde lo puramente estético a lo estrictamente necesario. Ha ampliado su esfera de actuación y se ha hibridizado, hasta conseguir un lugar de privilegio en la construcción de los espacios de encuentro para y por la Salud.

Desde siempre ha habido ejemplos en los que el arte y la salud, y porque no, y la enfermedad o la locura han devenido en espléndidas obras de arte, a la par que obras de arte han sido el puente para que suceda la sanación.

Entender la creación artística como investigación en la que a través del arte se generan propuestas y soluciones a los problemas vitales del ser humano, es el primer paso para justificar la situación de una cátedra de arte y salud en la Facultat de Belles Arts dentro del marco de la Universitat Politècnica de València(UPV). De la colaboración de la empresa DKV Seguros Médicos y la UPV nace la Cátedra de Empresa DKV, Arte & Salud.

Uno de los objetivos principales de la cátedra, es la investigación de las relaciones entre el Arte y la Salud. Y es, desde este planteamiento, donde surge la necesidad

de presentar públicamente el resultado de todo aquello que puede ser una aportación del binomio Arte-Salud. La cátedra, que tiene su sede en la Facultat de Belles Arts de Sant Carles de València, ofrece el lugar de encuentro para las distintas propuestas que emanan de los centros de investigación, profesores y alumnos que en su investigación-producción tienen como nexo común trabajar con Arte & Salud.

Vivimos tiempos en los que el arte se aborda desde puntos de vista muy variados; se utiliza como recurso, como medio, como vehículo, como herramienta para avanzar en aspectos culturales y sociales, y para abordar problemas desde una perspectiva diferente y aprovechar sus cualidades para llegar al público desde su lado más humano. Podríamos afirmar que el arte, como forma de expresarse y comunicarse, nos deja sin duda, buenos y positivos resultados de sus aplicaciones; es quizás por ser un medio a través del cual es mucho más fácil empatizar y llegar a cualquier individuo, sea cual sea su situación o estado anímico, rebasando cualquier barrera cultural y social. Además, el arte, en sus múltiples aplicaciones y formas de presentación y representación, tiene facilidad de fusión con otras actividades, siendo muy interesantes las posibles combinaciones con la educación o con las actividades dedicadas a la mejora de la Salud.

A través de La Cátedra DKV, Arte & Salud de la Universitat Politècnica de València y del Departamento de Arte y Salud del Hospital de Dénia Marina Salud, surge la iniciativa de investigar, aunando esfuerzos, aquellos lugares de encuentro entre distintas disciplinas y campos de actuación que tienen un espacio compartido: Arte & Salud.

Bajo el subtítulo: Lugares de encuentro: creatividad, arte & salud, se plantea el **I Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud**.

Con este congreso nos hemos propuesto abordar temas que, a partir de una perspectiva desde lo artístico hacia la salud, relacionen aspectos relativos a distintas disciplinas y actividades artísticas, y su aplicación en métodos terapéuticos y de potenciación de la calidad en estancias hospitalarias. Profesionales de alto nivel y entendidos en las diferentes áreas, han dado forma al congreso, haciendo de él un evento atractivo, y de carácter emprendedor, donde las palabras belleza, creatividad e innovación han sido las protagonistas. Cuatro mesas temáticas en las que, por primera vez en España y desde una perspectiva científica y artística, se relacionan aspectos relativos a la Arquitectura, la Neuroestética, la Música, la Creatividad, la Educación y la Salud. Un gran número de ponencias, comunicados y pósters que han expuesto proyectos ya efectivos, que plantean nuevos trabajos y debaten los efectos positivos de las actividades presentadas. Con este **I Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud**, se ha unido en un mismo escenario, a distintos expertos. Cada uno de ellos, desde su distintas disciplinas y con el aval de su trayectoria profesional, nos han hecho partícipes de su experiencia.

Tuvimos la oportunidad de dirigir la mesa 4 bajo el lema: la Creatividad, la Educación y la Salud; en la que se abordaron temas que, desde la mediación artística, relacionaron aspectos relativos a la creatividad, la experiencia artística y la educación, y todo ello entorno a un mismo eje que lo vertebraba: la Salud. Contamos con participación de

profesionales de alto nivel y entendidos en las diferentes áreas como: Ana María Ullán, Directora del proyecto CurArte (Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica de la Universidad Complutense de Madrid, el Museo Pedagógico de Arte Infantil y Departamento de Psicología Social de la Universidad de Salamanca). Francisco Jesús Coll Espinosa, Director del Centro de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Archena en Murcia, Profesor asociado y Director del Máster en "Arte Terapia y medición plástica" en la Universidad de Murcia. Susana García Rams, profesora del nuevo Máster en "Arte y Salud, aspectos educativos, sociales y terapéuticos del arte como experiencia de creación acompañada" que actualmente se imparte en la Universitat Politècnica de València y que se presentó en el congreso. Y Antonio Valdivia, Facultativo de Medicina Preventiva del Hospital de Dénia Marina Salud, que durante varios años ha recogido y analizado el resultado de las experiencias con un gran número de enfermos que han participado de los talleres que se organizan desde el Proyecto de Arte del en el Hospital de Dénia Marina Salud.

Los comunicados que cerraron la mesa, versaron sobre la aplicación de las prácticas artísticas en métodos terapéuticos y potenciación de la calidad en estancias hospitalarias. Se expusieron y comentaron proyectos ya efectivos, se plantearon nuevos trabajos y se debatieron los efectos positivos de las actividades expuestas, abriendo el debate a partir de experiencia colectiva.

El alto nivel del Comité Científico y de los ponentes, han hecho que las aportaciones, la experiencia y los conocimientos hayan contribuido, sin duda, al enriquecimiento del Congreso y a realzar el prestigio tanto del nivel técnico y científico de los contenidos, así como el de sus participantes.

Dos días intensos que han visibilizado los espacios comunes entre los distintos discursos presentados.

Quizás lo más interesante haya sido el plantear nuevos interrogantes y nuevos retos que se han gestado en los momentos

del debate. Nuevos cuestionamientos que justifican el interés por los temas abordados. Nuevas metas que nos han alentado a seguir indagando y sentar las bases para el diseño del próximo congreso.

Este congreso ha hecho patente un sentir que intuíamos y que las aportaciones de los distintos investigadores, que tan generosamente han compartido sus hallazgos, nos ha corroborado.

Aportaciones que gracias a esta publicación, apoyada por la Universitat Politècnica de València, podrán ser difundidas y crear ese nexo imprescindible entre la universidad y la sociedad. Ese lugar donde la transferencia de los conocimientos potencia el desarrollo y la investigación, tan importantes en estos momentos de crisis.

Esta publicación ha sido el resultado del trabajo de un gran equipo de personas que han hecho posible que se visibilicen los resultados del gran número de pósters y comunicados publicados

Para finalizar, quiero agradecer a todas las personas que han hecho posible esta publicación, desde los becarios de la Cátedra DKV Arte & Salud, Joaquín Ruiz Espinosa

y Fayna Sánchez Santana, los alumnos en Práctica de empresa Beatriz Sánchez Millón, Cristian Gil Gil, Marina Portela y Ángel Marín García; y muy especialmente a todos los investigadores que nos han cedido sus textos e imágenes que son las pinceladas imprescindibles para que este cuadro que ahora iniciamos y que año tras año se irá completando tenga no solo forma sino, lo más importante, contenido. Y por supuesto, agradecer el apoyo de DKV Seguros Médicos, del equipo humano del Hospital de Dénia Marina Salud que sin ellos este congreso no habría sido posible.

Tenemos la certeza de haber sentado las bases de un proyecto en construcción que, entre todos y desde la colaboración, será un referente en la investigación del Arte con, para y por la Salud.

Saber que el esfuerzo tiene sus recompensas, nos alienta a seguir.

Formar parte integrante del equipo que ha hecho posible este congreso nos llena de satisfacción. Agradecemos formar parte integrante de un proyecto que se apoya en la creencia que el arte es una herramienta que con un enfoque hacia la salud puede contribuir a mejorar el estado de bienestar.

# ARQUITECTURA EN ESPACIOS SANITARIOS

---

1er Bloque temático



# ARTE Y SALUD

## Desde la arquitectura

---

ANA LOZANO PORTILLO Y JOSÉ MARÍA LOZANO VELASCO

Es sabido que los principios higienistas –la búsqueda de una arquitectura saludable– junto a la técnica constructiva, son para muchos (entre los que me cuento) los pilares en los que se asienta la evolución del espacio, y del estilo, arquitectónico.

Y también, que la arquitectura, aún teniendo sitio por derecho propio en el campo de las bellas artes, históricamente ha integrado como parte indisoluble de sus objetivos, de su investigación formal y de sus resultados, la obra de arte específica. Desde la escultura monumental o urbana hasta la pintura doméstica.

La cariátide, el pináculo, la hornacina, la gárgola, la balaustrada... El mosaico, el fresco, el mural, el esgrafiado...

Y si a la arquitectura moderna nos referimos, constataremos cierto abandono de la tradición en la integración de la plástica en favor, bien de la devoción por el “diseño”, bien de la ambición del arquitecto por sustituir al artista con su propio trabajo.

Su recuperación en la contemporánea parece crear tendencia.

Personalmente lo reivindico, tanto en mi obra construida cómo –en el plano de lo teórico– cuándo lo considero indicador de innovación incluso en el campo de la vivienda social.

En el Congreso Internacional de Arquitectura Moderna de 1929 – el primero de los famosos CIAM– las “necesidades biológicas y psicológicas” cobraron especial protagonismo mientras se iniciaban las posiciones mecanicistas y técnicas que cobrarían durante tres décadas especial importancia.

Y si nos remitimos al urbanismo y la construcción de la ciudad, el intenso recorrido que va desde los utopistas y la city garden de Ebenezer Howard, pasando por el enunciado categórico de la Carta de Atenas (habitación, trabajo, ocio y movilidad) que cristalizó en el “zonning”, hasta la smart city, la slow city y el ecobarrio, tiene en la sensibilidad artística un interesante punto de referencia.

La arquitectura hospitalaria no sólo no es una excepción a la regla, sino que por el contrario acaece un campo de experimentación especialmente rico y productivo.

Los historiadores consideran principios ancestrales de nuestros modernos hospitales los templos griegos en honor a Asklepios, un semi-dios que personificaba la medicina, y de ahí su nombre: El Asklepieion. Los templos más famosos fueron los de Epidauró, Atenas y Pérgamo.



Santuario de Asclepio, Epidauro. Siglo V A.c.

Los Iatreion –deriva del médico “Iatria”– eran grandes casas con puertas que recibían plenamente la luz. Los primeros vestigios los conocemos en Pompeya y se datan en el año 79 d.C. Otros apuntan el origen en los Gynosargos de Atenas, dónde se depositaba a niños abandonados, y otros más en los Prytaneos dónde se recogía a los ancianos que habían prestado grandes servicios a la República.

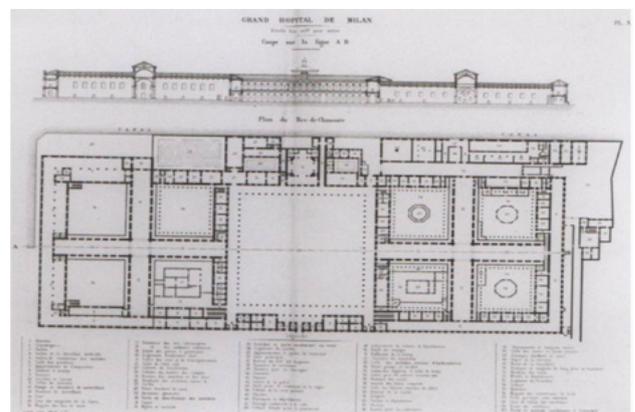
Con la aparición del Cristianismo se inició la obra benéfica de proteger a los enfermos y en el año 350 d.C. el Emperador Justiniano construyó en Jerusalén el famoso Hospital de San Juan que atendió a los Caballeros de Malta.

Durante el siglo V se incrementaron las casas refugio de todas las clases, aunque la organización hospitalaria era muy elemental: una casa pobre y sencilla y varias salas con unas cuantas camas, a su lado una iglesia como protección del dolor y más allá un cementerio y una cruz mostrando con sus brazos extendidos el camino al cielo de manera que “el enfermo encuentra, en aquellas casas de tranquilidad y recogimiento, el restablecimiento de la salud perdida o el reposo para siempre”. Obviamente las manifestaciones artísticas de carácter religioso, incorporadas o adheridas al espacio arquitectónico, juegan un papel relevante.

Pero es necesario recordar que si nos referimos a hospitales propiamente dichos – tal y como los entendemos hoy– hay que citar los inicios que se consolidaron en el mundo árabe y, entre ellos, los más antiguos: el de Damasco (año 707), el de Bagdad (año 800),

el de El Cairo llamado Fustat (año 872) o el Adudi de Bagdad (año 982), todos ellos muy primitivos. Más elaborados, y tal vez más conocidos, hay que citar el Nasiri de El Cairo o el Nuri Bimaristán de Damasco (ambos de 1.154) y, desde luego, el Hospital Mansuri de El Cairo (1284) y el granadino Hospital Maristán. Las limitaciones antropomórficas propias del Islam hacen que, en estos casos, la componente artística se reconozca en delicadas geometrías y abstracciones cromáticas.

En el mundo occidental, la evolución de los hospitales –lógicamente paralela a la adscripción tipológica en la que no me detendré en esta breve reseña– puede decirse que tiene un origen consolidado en el Hospital de Santa María Novella de Florencia erigido en el año 1334. En él se inspiró el conocido grabador renacentista Filarete (Antonio Averlino) para las trazas de su importantísimo Hospital Mayor de Milán (1.456) a cuya eficiencia contribuyó con una interesante red de distribución de agua potable. A esta familia de planta “cruciforme” pertenecen también el Hospital Real de Santiago de Compostela (1.501), el de Santa Cruz de Toledo (1.504) y el Hospital de Valencia des Ignoscents, Folls e Orats, que es de finales del siglo XV, cuyos restos y trazas contiene hoy el tan excelente como controvertido Jardín del Hospital del arquitecto Guillermo Vázquez Consuegra.



Filarete. Ospedale Maggiore, Milan. 1456



Sorolla. El Padre Jofré protegiendo a un loco.

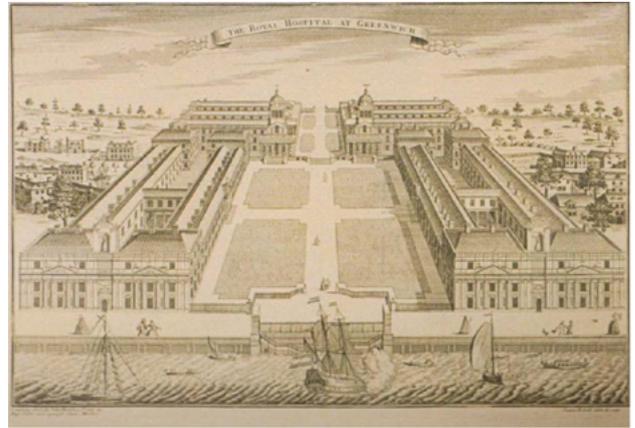
El Hospital del Santo Espíritu de Roma, el de San Luis de París proyectado por Claude Villedoux en 1607 y el Hotel des Invalides de finales del siglo XVII, pertenecen a la tipología denominada como claustral o palacial y en todos ellos el decoro artístico resulta mucho más que un añadido superfluo, para significar parte de la “eficiencia curativa”.



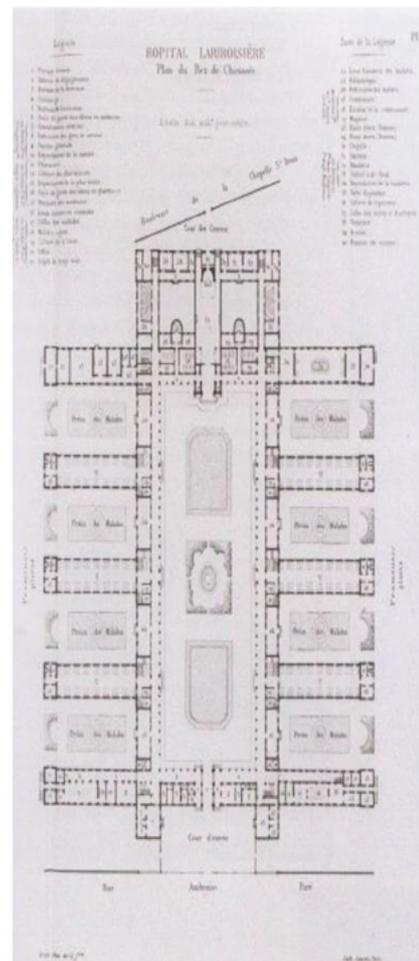
Hotel des Invalides. París

Con el siglo XVIII asistimos –principalmente en el mundo anglosajón- a las primeras manifestaciones construidas de forma dispersa, las que llamaremos “pabellones”. Entre ellos reseñamos el Hospital Naval de Greenwich, obra del arquitecto Christopher Wren y el que más tarde –y basado en éste- construyera en 1756 Ch. Rowehead, el Hospital Naval de Stonhouse en Plymouth. Esta solución la recoge, de forma disciplinar y teórica, en su conocido manual “Précis de leçons d’architecture” Jean Nicolas Louis Durand, publicado en 1809, como el tipo ideal en el diseño de hospitales. Es un momento de extrema importancia en los debates intelectuales que sitúan la arquitectura entre les Beaux Arts y la Ecole Polytechnique, sus consecuencias disciplinares y académicas y, por supuesto, los resultados formales.

En el siglo XIX se construyen imponentes hospitales que marcan la historia posterior de la arquitectura sanitaria. Es el caso del Hospital Lariboisiere de París (1839-1854) obra del arquitecto Gauthier y el del Hospice de Charenton, también parisino, construido entre 1833 y 1846 por E. Gilbert.



Sir Christopher Wren, Royal Naval, Greenwich.



M.P. Gauthier, Hospital Lariboisière, Paris. 1839-1854



Gauthier, Hospital Lariboisière, Paris. 1839-1854

Con los avances tecnológicos en materia constructiva, al igual que ocurriera con la arquitectura de uso terciario o residencial, en los principios del siglo XX conocemos los primeros hospitales edificados en altura, de los que el Hospital Bellvue Center de Nueva York –fundado mucho antes, en 1.736- es una de sus muestras más significativas.

Un apartado de interés arquitectónico que no queremos dejar de recordar es el de los Sanatorios antituberculosos cuando la lucha contra esta enfermedad se entendía vinculada a la naturaleza y a un aire fresco y seco propio de cotas altas sobre el nivel del mar. Thomas Mann inmortalizó en su novela *La montaña mágica* el de Davos (Suiza), construido en la segunda mitad del XIX, y todo estudiante de arquitectura recuerda el famoso Sanatorio Antituberculoso de Paimio (Finlandia) proyectado y construido con especial mimo por Alvar Aalto en 1932, el Zonnestraal en Hilversum (Holanda) de Duiker y Bijvoet en Holanda (1928) o el Dispensario Antituberculoso de Barcelona que, en esa misma fecha, y siguiendo los principios del GATEPAC se debe a la autoría de los arquitectos españoles Sert, Torres Clavé y Subirana. Precisos, higienistas, “desnudos” en apariencia, estas muestras muy representativas de un “racionalismo” que recorre un camino complejo desde el contextualismo al neoplasticismo, mientras hacen de la eficacia funcional y del rigor constructivo sus evidentes apoyos, no eluden sin embargo el compromiso artístico que también caracteriza a sus autores.



Alvar Aalto, Sanatorio Paimio, Finlandia. 1932

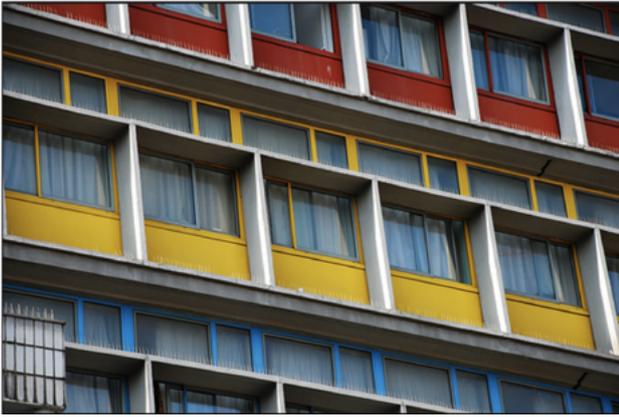
Se ha acuñado con éxito la clasificación temporal del hospital moderno que anotamos a continuación:

Primera revolución: la victoria de la ciencia, la filosofía y la técnica. (1750- 1940). Segunda revolución: la ciencia médica y la técnica toman el relevo. (1940- 1960). Tercera revolución: hospitales para las masas. (1960-1980). Cuarta revolución: prioridad al paciente. (1980-2002). Quinta revolución: hospitales para personas. (2002-2010).

A ella podríamos añadir con el calificativo de “pre-revolucionarios” los que han sido citados con anterioridad al siglo XVIII.

Y una lectura paralela que no carece de interés e importancia (y que yo dejo aquí apuntada para el estudioso y el investigador) es precisamente la que facilita la distinta –y permanente- presencia de la manifestación artística en cada una las piezas más características de esos periodos.

La gigantesca figura de Le Corbusier y su trascendencia en la arquitectura moderna occidental tiene en la Cité Refuge de París (1929-1933) la demostración de sus objetivos en una obra construida y en el proyecto del Hospital de Venecia (1964) la muestra más que teórica, aunque no se llevara a cabo, de la importante relación entre arte y salud para el maestro suizo.



Cité Refuge de París (1929-1933) Le Corbusier.



Hospital de Venecia (1964) Le Corbusier.

En la actualidad son muchos los expertos que convienen en que la ciudad de Oslo tiene el mejor ejemplo. El Hospital Riskshospitalet está agregado a la Universidad de Oslo. Es un hospital nacional para ciertas especialidades, es también el hospital regional del Sur de Noruega y ocupa el tercer lugar en el mundo en el área de transplantes de riñón. El New York Times ha citado el Riskshospitalet, como un brillante ejemplo de la nueva tendencia en diseño de hospitales, y dice textualmente “es el mejor ejemplo de hospital que incorpora la escala artística y humana y las características terapéuticas de diseño de hospital”.



Hospital Riskshospitalet. Calle central



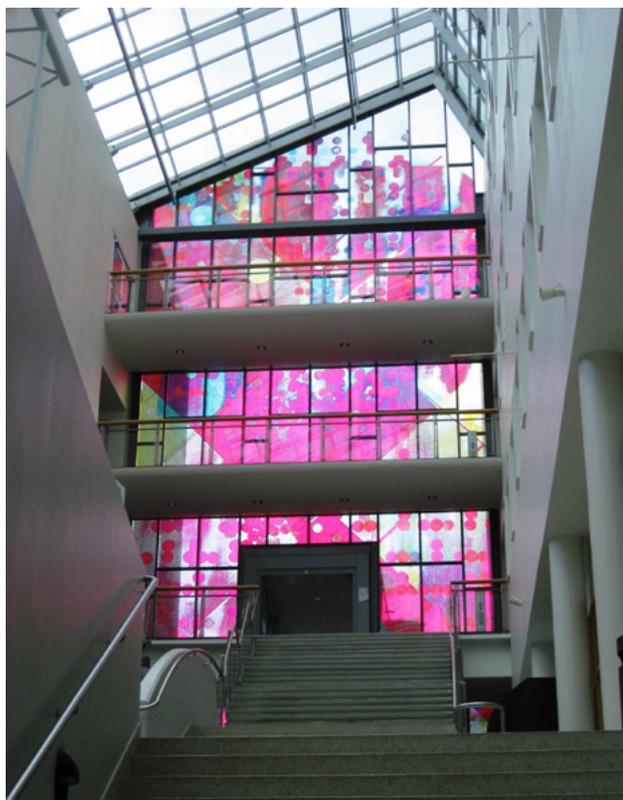
Hospital Riskshospitalet. Vista parcial.

Está siendo usado como modelo por el resto de Europa, y diseñadores de todo el mundo lo han visitado para aprender de él. Lo que distingue al nuevo hospital es que el edificio y su establecimiento han sido diseñados especialmente para promover el bienestar tanto de pacientes como de empleados. Está situado en un bello ambiente natural y tiene una magnífica vista de la ciudad y el fiordo. El interior es ventilado y lleno de luz, y está construido en torno de una “calle principal” conteniendo esculturas y otras obras de arte. Los colores, formas y materiales han sido seleccionados con el sentido de crear un ambiente armonizado para los pacientes, sus familias y los propios empleados del hospital. La colección de arte es la más grande colección pública de arte en Noruega fuera de un museo. El arquitecto británico Tony Monk, especializado en diseño de cuidados de la salud, enfatiza en su libro Hospital Builders lo mucho que el ambiente de un hospital puede mejorar la salud de los pacientes. Con independencia de que se practiquen determinadas terapias relacionadas con el binomio arte-salud, su

característica principal es el “consumo” de arte por parte del paciente con la normalidad de quien lo tiene en su propia casa, en su ciudad o en su museo preferido.



Hospital Riskshospitalet. Detalle.



Hospital Riskshospitalet. Escaleras.

Este ejemplo me ha inclinado a enunciar una posible propuesta para la Nueva Fé de Valencia, para estudiar qué fondos del acervo del Instituto Valenciano de Arte Moderno (IVAM) podrían ocupar espacios estables del Hospital (normalmente espacios comunes, de circulaciones o de espera) sin riesgo para la seguridad de las obras de arte, ni para la gestión normal del Hospital, que me permito dejar aquí como una vía de indagación complementaria a los talleres de arte que ya realiza el IVAM, principalmente para niños hospitalizados.

# ARTE Y SALUD. El hospital: una arquitectura de emociones intensivas

JOSÉ LEÓN PANIAGUA CAPARRÓS

“Nil cognitum nisi preamatum”

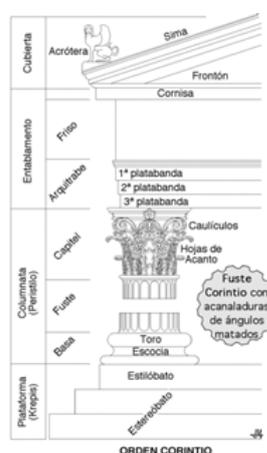
Las notas que siguen tratan sobre el arte y lo arbitrario, sobre la libertad que requiere el arte. Tratan sobre la arquitectura y su demanda funcional, de la necesidad de que responda a las funciones y actividades del hombre. Tratan sobre cómo se definen esas funciones más allá de un mero programa de locales que obvian los volúmenes necesarios de comunicación y relación. Tratan sobre la necesidad de que la arquitectura (también y especialmente la de los hospitales), responda a las sensaciones, las emociones que experimentan sus distintos usuarios. Tratan del hospital como lugar de emociones intensivas. Asimismo tratan de que una de las funciones principales del arte es la de sacudir, no complacer. Tratan finalmente de la importancia de la investigación en neurociencias, del funcionamiento orgánico de sentimientos y emociones, de aquello que hace posible el arte.

La arbitrariedad de la forma en arquitectura

Resulta emocionante releer el texto de Vitrubio (Los 10 libros de la Arquitectura. Cap. I Libro IV) sobre la invención del capitel corintio.

“Una doncella de Corinto, apenas núbil, enfermó y murió. Su afligida nodriza, que la amaba profundamente, depositó en un canastillo sobre su tumba algunos objetos que fueron de su agrado en vida y tapó la

cesta con un ladrillo, para evitar que la lluvia, el viento o los animales pudieran tumbar o revolver su contenido. Sucedió que bajo el canastillo germinó una semilla de Acanto. Con el tiempo, fue creciendo hasta que sus hojas se toparon con el ladrillo, lo que obligó a las hojas a curvarse. Un día pasó por ahí el escultor Calímaco (Calimachus), conocido por el sobrenombre de Catatechnos (primer artífice) por la delicadeza con que tallaba el mármol, que andaba buscando inspiración para un encargo de columnas que le había hecho la ciudad de Corinto. Fascinado ante la belleza de esta nueva forma, la incorporó en nuevos capiteles. El diseño fue muy del agrado de los corintios, que empezaron a incorporarlo a sus capiteles. De esta manera, el nuevo capitel pasó a ser conocido como capitel corintio”.



Hoy en día es aceptada la hipótesis de que cualquier forma puede convertirse en manos del arquitecto, en un edificio, y es

una declaración de la libertad que es una componente esencial del arte. La invención del capitel corintio a partir de una forma no arquitectónica, se aplicó inicialmente en el templo de Basae (Arcadia) proyectado por (según Pausanias) Ictinos (el mismo arquitecto del Partenón), transformándose en un orden clásico que tuvo vigencia durante la república e imperio romano, fue reutilizado en las diferentes arquitecturas medievales, y llegó hasta el siglo XIX. Moneo llega a afirmar que, “la arquitectura pasa a ser más asunción de una forma conocida que resultado de un proceso en el que tan sólo la lógica constructiva prevalece”, de manera que una vez que la asunción es aceptada, se convierte en convención, en fundamento, en norma de construcción, en algo poco menos que inevitable, como sucedió con el capitel corintio durante siglos (una vez aceptada su utilidad constructiva, sintáctica, tipológica).

Aceptar la forma como origen de la arquitectura no implica asumir lo arbitrario (o in-terésado en términos de consumo o de propaganda), sino entender la función de la forma, de una forma que va haciéndose hasta convertirse en objeto físico y tangible que da respuestas a necesidades diversas y complejas (funcionales, técnicas, constructivas, de entorno, climáticas, topográficas, culturales, etc.), sin que se pierda lo esencial de esa forma. La forma tiene una función ordenadora de esas variables y hace reconocible el contenido

“Un edificio es un mundo dentro de otro mundo” Louis I. Kahn

La función de las sensaciones y el programa funcional de un hospital

Tal vez sea el hospital ese lugar del hombre en el que se concentran las más diversas emociones humanas: la ansiedad ante un diagnóstico, la angustia ante un tratamiento, la tensión de los profesionales, la alegría de la vida que se inicia y la tristeza y el dolor de aquella que termina. Emociones que afectan no solo a los enfermos, sino que son compartidas a los familiares y a los profesionales que no solo tratan con cuerpos

sino que se relacionan con personas.

En el hospital de agudos actual, esas emociones son más intensivas si cabe, por el uso de la ciencia y de las tecnologías, clínicas y generales. Ello hace que el impacto de las emociones, que se producen en plazos muy cortos, sea más elevado, hasta el punto que se llega a producir una especie de anestesia general tanto en pacientes como en profesionales. El espacio en que todo esto tiene lugar, en general, no es considerado con lo que en él se está produciendo. Espacios iluminados, con vistas al exterior, sin ruidos, confortables, dignos, que permitan la privacidad, ayudan a alojar dignamente esas emociones, a reducir las tensiones y minimizar los riesgos y los errores.

Esas tecnologías que definen la máquina del hospital, tienden a dominarlo y a separarlo de la arquitectura. En un artículo sobre Medicina Humanitaria y el comportamiento de los profesionales de la salud, se recuerda que “los que sufren no son los cuerpos; son las personas”. Igualmente se debe insistir en que el programa de un hospital de agudos, y el espacio que alberga sus funciones, no deben ser únicamente una respuesta esquemática a unos procesos más o menos complejos, ajenos a las personas que se ven implicados en ellos.

El programa funcional, expresión de las funciones de un hospital, produce un orden espacial, un entorno espacial de aquello que puede medirse. La arquitectura incluye además aquello que va más allá de lo cuantitativo, incorpora una multitud de otras variables que en el caso del hospital se ven presionadas por la fuerza del programa funcional.

Muchos arquitectos que se enfrentaron con el programa funcional de un hospital han reflexionado sobre la necesidad de escapar de la literalidad de un programa de superficies, de metros cuadrados en la búsqueda de la esencia, de la naturaleza del hospital. Alvar Aalto afirmaba (Yale, 1939) que, “el problema más importante para un arquitecto en cada proyecto es, naturalmente, el programa (...)

Nunca tendréis un buen programa, o mejor dicho, si tenéis un programa como tal, vuestro primer trabajo será combatirlo. Creo que hoy nuestro problema es justamente ese tipo de programa: un programa al que combatir... El primer problema para el arquitecto es averiguar qué es lo que realmente está detrás del programa”.

Nos encontramos ya con una primera dificultad, y es el carácter cambiante del hospital de agudos, que se ha transformado y lo seguirá haciendo de una manera progresiva, acelerada, con la consecuente necesidad de reprogramar, de redefinir constantemente el contenido de las funciones. A pesar de estos cambios derivados de diversos factores (población, financiación, gestión, modalidades asistenciales, tecnologías, docencia e investigación, etc.), existe algo constante que define la naturaleza, la esencia de un hospital, y que normalmente no aparece en los programas de locales, que no cuenta con un espacio con nombre. Lo que define la naturaleza del espacio hospital son las emociones intensas, intensivas que en él se producen cotidianamente, las veinticuatro horas de cada día, algo que es inherente a estos edificios.

La necesidad de contar, con carácter previo a la redacción del proyecto, con un programa funcional que defina las necesidades expresadas por la “institución hospital” no se pone en duda. Sin embargo, el programa funcional es tan solo un instrumento y de él no se deduce por tanto la arquitectura. “Si decimos que la música no es el instrumento, la arquitectura no es la caja”.

El programa funcional se ha de entender por tanto como un instrumento que ha de ser útil en dos planos complementarios: por un lado para diseñar la organización de la asistencia sanitaria desde el momento actual hasta la puesta en funcionamiento del Hospital, y por otro lado, para expresar las necesidades físicas, funcionales, derivadas de esa asistencia sanitaria, de manera que la arquitectura, en su componente más noble de función social, incorpore esas necesidades expresadas en el programa,

integrada con otras variables que resulta esencial considerar.

Un programa funcional nunca llegará a expresar los requerimientos derivados del lugar, del paisaje, topografía, orientaciones, tectónica, modo en que las instalaciones deben ocupar su propio espacio en el Hospital. Tampoco llegará a expresar totalmente aquellas componentes más sensoriales que se relacionan con la forma del espacio en función de las actividades, la direccionalidad de la luz, el recorrido óptico de un espacio, las condiciones ambientales, la relación con el entorno próximo y lejano, la relación que debe existir entre el exterior y el interior, etc.

Martin Price, en una conversación con Reima Pietilä afirmaba que, “... lo artístico resulta del modo poético, lírico, que puede resolver mejor y más naturalmente problemas funcionales al incluir la función de las sensaciones y las emociones de los humanos además de la función de los cuadros de superficies en metros cuadrados”.

La arquitectura de hospitales ha de considerar el término función, lo funcional, en su sentido más amplio, sin limitarlo exclusivamente a las actividades, usuarios, demandas de locales y superficies necesarias, sino también a las condiciones espaciales, ambientales, sensoriales, emocionales, tectónicas, arquitectónicas. Un elemento tan fundamental para la arquitectura como la luz (“la madre de las formas”, como la definió Miguel Servet), no es objeto de un programa funcional como tampoco lo es la manera en cómo se pueden despertar las sensibilidades del hombre con la arquitectura.

El Hospital de agudos, sus actividades, sus funciones, no pueden analizarse como si fuera un simple puzzle que es necesario encajar (y empezar a resolver desde lo particular a lo general) donde el todo es la mera suma de las partes. El inmediato efecto que este planteamiento conlleva es el de la desconsideración formal del lugar, del emplazamiento, de su topografía,

sus orientaciones, vistas, cualidades paisajísticas, de entorno, territoriales.

Es necesario por tanto recuperar la dimensión ordenadora de la forma, entender la idea estructurante que se esconde tras el programa del hospital para no caer en soluciones intercambiables y que proporcionan detalles idénticos (diseños, formas, tectónicas, materiales) en situaciones diferentes, en lugares distintos, con una triste indiferencia ante el paisaje, el entorno natural y construido.

Como expresa Kahn, la arquitectura es una búsqueda de la naturaleza de las cosas: "Nunca leo un programa literalmente. Es algo circunstancial. La cantidad de dinero de que dispongas o dónde localizarse, y las cosas que necesitas no tienen nada que ver con la naturaleza del problema. Así que buscas su naturaleza y luego lo confrontas con el programa. Mirad la naturaleza de algo, y veréis en el programa lo que queráis... Lo primero que se hace es rescribir el programa.... Tu programa no significa nada por sí mismo, porque estás hablando de espacios... Invariablemente, se necesitan más espacios porque todos los programas los escriben no-arquitectos y están destinados a ser una copia de otra escuela o edificio. Si lo que quieres es un arquitecto, tendrás que hablar de espacios..., de espacios inspirados..., así que tendrás que reconsiderar las necesidades de la naturaleza del entorno que inspira la actividad de esa institución del hombre. Lo ves en una escuela o en un edificio de oficinas, o una iglesia, o una fábrica, o un hospital, instituciones del hombre".

El Hospital es una histórica institución del hombre con un fuerte contenido social, de comunidad, sometido a importantes cambios en todos los tiempos y especialmente en éstos. El término confortable aparece como una de las características que idealmente debe tener un hospital. Lo confortable indica algo más que lo cómodo y lo funcional. Llevar el término confortable a la arquitectura del hospital implica entender el término confortar en su sentido

etimológico: "dar vigor, espíritu y fuerza; animar, alentar, consolar al afligido", algo que se relaciona con las emociones intensivas que el hombre experimenta en las distintas unidades asistenciales de un hospital de agudos. Es significativo el que algunas Guías de programación y diseño de Unidades hospitalarias (National Health Service, American Institute of Architects, Australasian Health Facility Guidelines, etc.) incorporen siempre el término de arte (objeto artístico) como elemento que contribuye a la generación de un ambiente confortable y adaptado a las necesidades de los usuarios del hospital, pacientes, trabajadores, visitantes.

### Arte y salud

Sterne, autor de una de las cumbres de la literatura universal ("Tristram Shandy", rama de ese árbol cuyo tronco es el Quijote), dijo que en la vida son necesarias tres cosas: AMOR, HUMOR Y ARTE. Amor, para compartir el misterio de la vida. Humor para aguantar el misterio de la vida y Arte para tratar de entender el misterio de la vida.

Arte y Salud, es una excusa para que el arte invada el espacio del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y que escape del espacio cerrado del museo. Pero hay que tener cuidado (caute) ya que una obra de arte puede llegar a desencadenar accidentes en organismos hipersensibles, porque el arte también tiene la función de "sacudir". Simon Leys nos recuerda que Dostoyevsky sufrió un ataque de epilepsia en el museo de Basilea contemplando el "Cristo muerto" de Holbein, igual que otros pueden alterarse ante obras de Goya, Grünewald, El Greco, Van Gogh, Caravaggio o Munch.



Fig. 1 - HANS, Holbein, Cristo Muerto

El síndrome de Stendhal (también denominado Síndrome de Florencia) es una enfermedad psicosomática que causa un elevado ritmo cardíaco, vértigo, confusión e incluso alucinaciones cuando el individuo

es expuesto a obras de arte, especialmente cuando éstas son particularmente bellas o están expuestas en gran número en un mismo lugar. Se denomina así por el famoso autor francés del siglo XIX Stendhal (seudónimo de Henri-Marie Beyle), quien dio una primera descripción detallada del fenómeno que experimentó en 1817 en su visita a la Basílica de la Santa Cruz en Florencia, Italia, y que publicó en su libro Nápoles y Florencia: Un viaje de Milán a Reggio:

“Había llegado a ese punto de emoción en el que se encuentran las sensaciones celestes dadas por las Bellas Artes y los sentimientos apasionados. Saliendo de Santa Croce, me latía el corazón, la vida estaba agotada en mí, andaba con miedo a caerme”.

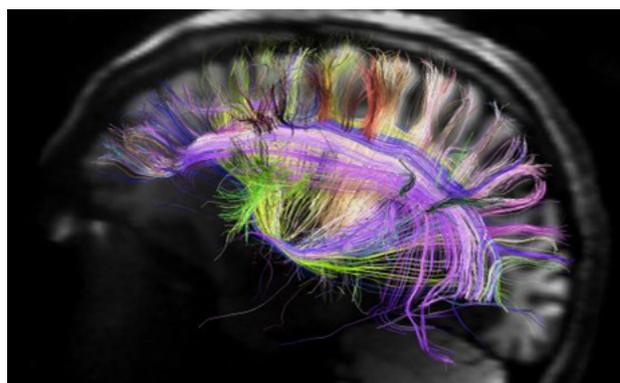
Aunque ha habido muchos casos de gente que ha sufrido vértigos y desvanecimientos mientras visitaba el arte en Florencia, especialmente en la Galleria degli Uffizi desde el principio del siglo XIX en adelante, no fue descrito como un síndrome hasta 1979, cuando la psiquiatra italiana Graziella Magherini observó y describió más de 100 casos similares entre turistas y visitantes en Florencia, la cuna del Renacimiento, y escribió acerca de él.

Debe existir por tanto una precaución en la incorporación del arte (no sólo el objeto artístico) en los espacios de diagnóstico y tratamiento, considerando siempre al usuario (a cada usuario) como centro del sistema.

Neurobiología de los sentimientos y de las emociones

Hace relativamente poco se produjo una noticia que extraña aún no haya sido portada

de diarios y revistas. Se trataba de la imagen obtenida del cerebro mediante resonancia magnética (por difusión espectral), que supone conocer (de momento sólo hasta el 25 %) la estructura de la red del tejido de fibras neurales, una imagen de alta resolución del cableado del cerebro humano. Un “cableado” que guía la conectividad entre neuronas, que se va configurando durante las distintas fases de desarrollo y cuyas anomalías se relacionan con determinadas patologías. Siempre se pensó que la materia blanca del cerebro, el lugar en el que se producían las conexiones entre las células nerviosas (materia gris) sería un espacio de trayectorias y formas de fibras complejas. La reciente imagen revela una estructura geométrica simple, ordenada: las fibras entrecruzadas o adyacentes con unas vías neuronales dadas son perpendiculares o paralelas a dichas vías, formando una estructura de tejido curvado tridimensional.



Nada se entiende (se comprende) si no es previamente amado (Agustín de Hipona: “nil cognitum nisi preamatum”). La clave del arte, de las emociones y los sentimientos, se encuentra en la estructura del cerebro humano. Estaremos atentos a los hallazgos de los neurocientíficos.

[1] Ramón Bayés, “Emociones intensivas” (EL PAÍS, 7 de febrero de 2006).

[2] Juan Navarro Baldeweg, “La habitación vacante” (1999).

[3] Fisuras nº 2. Enero, 1995.

[4] Pavese definió el arte como el elemento que sirve para conferir trazado y orden al caos.

[5] “Conversaciones con estudiantes”. Rice. University School of Architecture. New York, 1998.

# Hospitales infantiles: Cada vez menos hospitales y más infantiles

---

PILAR GARCÍA VALDÉS

En Fundación curArte no paramos de preguntarnos:

¿Qué significa humanizar un hospital?  
¿Por qué es tan importante que un niño se encuentre más a gusto en la habitación que le ha tocado al ingresar? ¿Qué supone para él y su familia tener ocupado parte de su tiempo, para que la estancia le sea más llevadera? ¿Se curará antes si está rodeado de luz, color y arte?

¿Por qué estamos aquí?

Para aprender y compartir los seis años que llevamos como organización sin ánimo de lucro dedicada a los niños hospitalizados, intentando mejorar su calidad de vida con actuaciones relacionadas con el arte, la creatividad, la arquitectura y el diseño. Empezamos por el entorno de los hospitales, nos fijamos en sus paredes ausentes de color y todas iguales. Y nos centramos en ellas. Intentamos que esos entornos blancos dejaran de serlo para que los niños pudieran sentirse más cercanos al mundo que habían dejado fuera del hospital.

Humanización del entorno

Ahora van a ver un ejemplo de humanización de entornos en uno de los primeros hospitales en los que trabajamos: el Río Hortega de Valladolid.

Explora y disfruta la arquitectura

Pero Fundación curArte va más allá de la humanización de los entornos. También organizamos Talleres, para ofrecer a estos niños la oportunidad de descubrir las diferentes posibilidades que la arquitectura, el diseño y nuestras ciudades les pueden ofrecer.

Luz y color

Para terminar, les voy a enseñar imágenes de otros proyectos de humanización realizados en hospitales de diferentes CC.AA. Todos ellos han sido posibles gracias a la colaboración con distintas empresas, fundaciones y organismos públicos.

Humanización de los entornos

Han pasado casi seis años y hemos humanizado el entorno de 14 hospitales más.

Trabajamos con arquitectos, diseñadores, pintores e ilustradores que entienden muy bien el mundo infantil. Utilizamos materiales como la Formica®Digiform, el Corian®, las mejores pinturas, vinilos, pintura mural... Buscando siempre lo más adecuado. Dependiendo de lo que pida cada espacio. Con un proyecto diferente para cada hospital.

## Dónde están las respuestas

Pero todavía seguimos dándole vueltas a las mismas preguntas y a otras nuevas. Nos quedan muchos objetivos por cumplir y muchas metas que alcanzar. Uno de estos objetivos sería conocer la influencia real que todos estos aspectos que estamos tratando aquí tienen en la mejora del bienestar del niño hospitalizado.

Es a él a quién hay que preguntarle y seguro que así obtendremos las respuestas correctas. Por eso es necesario investigar y luego dar a conocer los resultados de esas investigaciones.

## El gran cambio

Para que surja una corriente de cambio en el mundo hospitalario tan importante que nadie pueda obviarla. Que cada vez que se inicie el proyecto para un nuevo hospital, y aquí no sólo hablo de hospitales infantiles, se implique a todos los responsables:

Las Instituciones, a quienes les corresponde tomar esas decisiones.

Los gerentes, que le deben dar a un buen diseño la importancia que tiene.

Los arquitectos y constructores, que tienen que contemplar todas las variables, no sólo las técnicas.

Y al personal sanitario del futuro hospital.

Y, qué duda cabe, tener en cuenta las necesidades, tanto de los enfermos como de sus familias.

Cuando todas estas opiniones se contemplen desde un principio, cuando consideramos que este cambio se haya producido, cuando todos los actores se impliquen, estaremos en el buen camino.

## ¿Y el futuro?

Sobre todo, cuando se entienda que todo esto no tiene por qué significar un mayor desembolso financiero. Pero sí significará que los futuros hospitales serán espacios llenos de luz, color y arte.

# Los elementos decorativos ambientales en el área de imagen médica mejoran la percepción de agradabilidad del paciente

S. GÓMEZ LEYVA, MP. MUÑOZ MUÑOZ, R. GARCÍA MARCOS, L. MARTI BONMATÍ, J. MARTÍNEZ RODRIGO, JA. VILAR PONS, N. KATINC, P. LEMER-CIER, and R. DIAZ DHO

## Abstract

La intervención artística en el entorno hospitalario con elementos decorativos ambientales constituye una opción de mejora en la percepción que el paciente tiene del hospital. Además, puede repercutir positivamente sobre su estado de ánimo y disposición durante el tiempo que permanece en el Servicio de Radiología. Este proyecto nace de la convicción de que el ambiente tiene un efecto directo sobre la actitud y vivencia de las personas. Parece razonable considerar que un mejor entorno puede contribuir a la mejora del estado psicológico y actitud de los pacientes con una mejor aceptación de las pruebas a las que se les somete durante su proceso sanitario. Por ello se debe introducir otro tipo de instalación que trata de comunicarse con el paciente para transmitirle sentimientos positivos. Estos elementos pueden también potenciar la curiosidad del paciente a través de un efecto de sorpresa para contribuir a que su paso por el hospital sea más agradable.

El enfoque de este proyecto es inspirar la curiosidad y la sorpresa mediante la creación de una experiencia inesperada en un entorno hospitalario estándar.

## Palabras clave

Decoración ambiental; Percepción; Psicología del paciente

## Objetivo

Mejorar la sensación de agradabilidad percibida por los pacientes que acuden al servicio de radiología mediante la instalación de elementos decorativos ambientales.

## Material y Método

Los recursos materiales consistieron en la implantación de obras de arte en los techos en forma de "ventanas mágicas" y paneles en las paredes de las salas de espera y pasillos del Área de Imagen Médica, que representan elementos de la naturaleza. Posteriormente, a los pacientes se les dio un cuestionario con datos generales y preguntas sobre la percepción que les transmitían (tristeza-alegría; frialdad-calidez; oscuridad-luminosidad; pesimismo-optimismo).

## Resultados

De 150 cuestionarios recogidos, 142 pacientes rellenaron completa y adecuadamente el cuestionario. El estado de salud general de ellos era bueno en 84 casos (56%) y malo en 8 (5%). La idea les pareció muy buena a 70

pacientes (47%), buena a 58 (39%), regular a 8 (5%), indiferente a 11 (7%), mala a 1 (1%) y muy mala a 2 pacientes (1%). La movilidad del paciente al realizar la consulta se distribuyó entre aquellos que venían andando, 119 (79%), estaban encamados 18 (12%) y necesitaban silla de ruedas 13 (9%).

## Conclusiones

Se ha constatado un alto nivel de satisfacción por parte de los pacientes cuando se valora la sensación percibida sobre la instalación de elementos decorativos ambientales en las paredes y techos de las salas de espera y pasillos del Área de Imagen Médica.

- 
- [1] Miles MF. Art in hospitals: does it work? A survey of evaluation of arts projects in the NHS. *J R Soc Med.* Marzo 1994;87(3):161-163
- [2] Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984;224:420-1.
- [3] Scher P, Senior P. Research and evaluation of the Exeter Health Care Arts Project. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:71-8
- [4] Amanda Karen. Alfaro Rojas. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. *Revista Pediatría electrónica.* Abril 2009. ISSN 0718-0918 Vol 6, N° 1.
- [5] Locher, P.J., Smith, J.K., Smith, L.F. The influence of presentation format and viewer training in the visual arts on the perception of pictorial and aesthetic qualities of paintings. *Perception*, 2001; 30(4), 449-465.
- [6] Nicholson, J.M., Berthelsen, D., Abad, V., Williams, K., Bradley, J. Impact of music therapy to promote positive parenting and child development. *Journal of Health Psychology*, March 2008; 13(2), 226-238.
- [7] Ortega Salinas. Luis Enrique. La arquitectura como instrumento de cura. *Psicología del espacio y la forma para una arquitectura hospitalaria.* Tesis doctoral. Universidad Técnica Particular Loja, 2011; Capítulo 7.
- [8] Miles M. Does art heal? An evaluative approach to art in the health service. In: Kaye C, Blee T. *The Arts in Health Care: A Palette of Possibilities.* London: Jessica Kingsley, 1997; Chapter 26.

# Los juegos de construcción en el proyecto curarte

M<sup>ª</sup> TERESA GUTIÉRREZ PÁRRAGA, CLARA MEGÍAS, JUDIT GARCÍA CUESTA

## Abstract

Esta comunicación presenta algunos talleres realizados en el proyecto CurARTE para trabajar la creatividad artística en los hospitales, utilizando los juegos de construcción como estrategia creativa, se trata de desarrollar en los niños, las niñas y los jóvenes hospitalizados el concepto de espacio construido que todos tenemos que formar en nuestra mente, juegos que tratan de fomentar la apreciación y comprensión de los entornos habitables y urbanos, ideando unos lugares donde los jóvenes pacientes puedan desplegar sus gustos y sus historias personales, un lugar fuera de la vida real pero conectado con ella, con estos juegos se abre la posibilidad a los jóvenes pacientes de representarse a sí mismos, a través del proceso de creación de una construcción plástica.

Pretendemos utilizar los juegos casi como una medida de terapéutica que pueda hacer más llevadera la rutina del hospital, por que el juego transforma la apreciación del tiempo, de forma que éste puede hacer olvidar a los niños hospitalizados, el aburrimiento y la ansiedad que supone la desocupación de la estancia hospitalaria, y el estrés que producen las curas y los tratamientos a los que se ven sometidos.

Palabras Clave: Juego artístico, terapia ocupacional, actividades creativas, juegos de construcción.

## 1.-Introducción

Actualmente los juegos de construcción siguen siendo de los más populares entre amplios segmentos de la población y es que desde la infancia hasta la edad adulta todos los hemos jugado muchas veces a ellos en cualquiera de sus múltiples variedades. Estos juegos activan la mente y nos permiten adquirir conocimientos que refuerzan la concepción espacial de forma entretenida y amena. A lo largo de este texto mostraremos como jugar a componer conjuntos habitables no es solo divertido sino que además es formativo y produce satisfacción, pues el jugador, gracias a los juegos de construcción, es capaz de dar salida a dos impulsos básicos del ser humano que son construir y crear su propio mundo. La persona que manipulando unas piezas juega imaginativamente con el espacio y el tamaño de las cosas combinando los bloques de manera que tengan una forma y una función que nos permita recrear la vida cotidiana, sabe además que el conjunto inventado tiene una posibilidad de hacerse realidad y ejecutar esa potencialidad lo convierte en una cosa importante que pasa a formar parte de su proceso creativo personal.

En el proyecto curARTE utilizamos estos juegos como forma de trabajar la creatividad artística de los pacientes más jóvenes que están internados en los hospitales, partiendo de la línea lúdica y constructiva que utilizan de algunas obras del arte contemporáneo,

tratamos de poner en marcha una estrategia creativa multidisciplinar que quiere desarrollar en los niños, las niñas y los adolescentes hospitalizados el concepto de “espacio construido” que todos tenemos que formar en nuestra mente. Este proyecto interuniversitario trata de procurar no solo el beneficio terapéutico que el entretenimiento puede aportar a niños enfermos, si no también cultivar los aspectos formativos, psicológicos y sociales que la educación artística puede ofrecerles para seguir con su educación, en ese tiempo en que la enfermedad los mantiene lejos del hogar y del colegio, como nos dicen los Directores del Proyecto Ana M. Ullán & Manuel H. Belver.

Cuando los pacientes son niños, la atención que reciben en un hospital tiene que contemplar, no solo cuidados físicos, sino también los cuidados psicosociales necesarios que garanticen el bienestar efectivo del niño y de la familia en el contexto hospitalario (2008, p. 15).

## 1.2.-Relaciones del juego y el arte contemporáneo basado en las construcciones

Por nuestra propia experiencia como jugadores conocemos las distintas facetas que adoptan los juegos de construcción y como educadores de arte no podemos dejar de reconocer que estos juegos están emparentados con el arte actual, cuando vemos la manera en que los artistas los utilizan como forma creativa, manejándolos en múltiples combinaciones cuyo resultado es una serie de obras en las que vuelcan todas sus expresiones, ideas y emociones, ofreciéndonos unos conjuntos llenos de seducción y sentido del humor, humor que unas veces se manifiesta de forma más alegre e ingeniosa y otras de forma más cáustica llena de sentido crítico.

En esta relación entre los juegos de construcción y las obras de arte podemos distinguir básicamente dos líneas de actuación que son:

Construcciones vistas desde el exterior,

en origen estos juegos parten de formas sencillas realizadas en piezas de madera a base de cilindros, prismas y arcos de colores, más adelante van pasando por otras modalidades que utilizan materiales más sofisticados de fabricación industrial, cuyas piezas de colores perfectamente acabadas tienen que encajar con una tolerancia tan rigurosa como peculiar, ya que exige que “sus botones de anclaje puedan ser montados por un niño de cuatro años”. Estas construcciones, pese a ser pensadas inicialmente para niños (desde cuatro años en adelante), han ido evolucionando en el nivel de dificultad, y actualmente son usadas por jugadores adultos llegando a crearse auténticas mega construcciones que muchas veces causan auténtica admiración, debido a su alto grado de complejidad. Dentro de este último bloque podemos encontrar los mecanos y las maquetas, como formas más complicadas y técnicamente más avanzadas del juego. En el arte contemporáneo encontramos que estos juegos en forma de piezas y maquetas se utilizan como herramienta de trabajo artístico para transmitirnos múltiples mensajes, así es en las obras realizadas por artistas como Baltazar Torres, Peter Fischli / David Weiss o como por ejemplo Rosa Muñoz que utiliza este tipo de juego como un collage multicultural habitado, formando ciudades llenas de humor y fantasía.



Fig. 1 - Rosa Muñoz, maqueta tridimensional formada por la mezcla de casas de un mundo globalizado que parece construirse y destruirse a la vez auto fagocitándose, serie Paisajes del Futuro. Recuperado de <http://www.google.es/search?q=rosa+mu>

Construcciones desde el interior, como referente principal de este tipo de juegos podemos encontrar el popular juego de las casitas, en el que se dibujan horizontalmente sobre el suelo las estancias y los muebles para jugar con materiales y otros juguetes que podemos encontrar a nuestro alcance, la evolución de este juego ha dado lugar a las tradicionales casas de muñecas como forma más sofisticada de construcción habitable, son consideradas como auténticas réplicas en miniatura que permiten representar de la vida y organización en las casas.

En la actualidad, varios artistas contemporáneos trabajan con este tipo de construcciones y representan sus obras en escenarios narrativos interiores. Podemos encontrar artistas que están relacionados biográficamente con este tipo de juegos como Laurie Simmons, que en sus inicios trabajó como fotógrafa para una empresa que fabricaba casas de muñecas, esta relación que en principio era laboral ha quedado reflejada en sus obras, en las que las utiliza la forma y los enseres de este juego interactuando con las muñecas y muñecos como personajes que nos hablan desde una posición crítica frente a la cultura y la sociedad contemporánea. Otras artistas como Moira Ricci crea espacios íntimos llenos de referencias familiares en los que puede transformar su propia historia personal y así podríamos ver toda una serie de obras basadas en esta forma de juego de construcción.



Fig. 2 - Obra intimista de Moira Ricci, Loc. Collecchio, 26. 2001, en la que juega con las con fotos de su infancia, recortándolas como figuritas que habitan en una escenografía montada con los muebles y enseres su propia casa. Imagen tomada de Olivares, R. (Ed.) (2007) p. 149

## 2.-Objetivos de los talleres en el proyecto curARTE

1.-Utilizar las construcciones como una terapia ocupacional que pueda hacer más llevadera la rutina del hospital. El juego puede transformar la apreciación del tiempo, de forma este que éste parece pasar de manera más liviana y por unos momentos puede hacer olvidar a los niños y adolescentes hospitalizados, el aburrimiento y la ansiedad que supone la desocupación de la estancia hospitalaria y el estrés que producen las curas y los tratamientos a los que se ven sometidos

2.-Fomentar la apreciación y comprensión de los entornos habitables y urbanos. Esto nos permite establecer una línea argumental, que nos facilita la forma de idear unos lugares donde los jóvenes pacientes puedan interactuar, desplegando sus gustos y sus historias personales, un lugar fuera de la vida real pero conectado con ella, donde se abre la posibilidad a los niños de representarse a sí mismos en un entorno diferente, a través del proceso de creación de una construcción plástica.

3.-Trabajar con los pacientes pediátricos parte de los contenidos de la Educación Artística. Como forma de seguir conectados fuera del colegio con el área de conocimiento que se ocupa de la enseñanza del arte, trabajando los conceptos espaciales y los procesos artísticos en el contexto de la educación en general

4.-Garantizar el derecho al juego y a la educación de los niños, dentro de las posibilidades de su enfermedad, estos derechos recogidos por la O.N.U. en la Carta de los Derechos de los Niños tiene un consenso mundial que debe ser ejercido también cuando el niño es hospitalizado. Afecta a nuestro país de manera específica desde 1986, con la promulgación por el Parlamento Europeo de la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados.

### 3.-Principios educativos de los talleres

- Individualización, adaptándonos al proceso de aprendizaje que requiere cada niño en concreto, teniendo en cuenta las dificultades que pueda tener por su enfermedad.
- Socialización, para paliar en lo posible el aislamiento del niño internado en el hospital, dándole la oportunidad de implicarse en un proyecto constructivo donde relacionarse y colaborar principalmente con otros pacientes y el profesor, pero también con el personal sanitario sus familiares.
- Autonomía, la realización de la actividad es siempre libre y voluntaria, el niño se compromete con la tarea propuesta y la diversión del juego se obtiene en la satisfacción de alcanzar el objetivo de terminar la construcción, pues además de un compromiso del jugador para jugar se necesita una meta y una acción para alcanzarla.

### 4.-Material y Métodos

El concepto constructivo lo hemos implementado en los talleres utilizando unos materiales artísticos sencillos y reciclados, con una metodología lúdica que trabaja cubriendo los contenidos propios de la Educación Artística, planteando actividades a partir de la aplicación los principios básicos del diseño de construcción, utilizando la proporción, el color y la forma.

### 5.-Proyectos lúdico-constructivos realizados en hospitales de Madrid

Mi ciudad inventada, construcción exterior, realizada con niños entre 2 y 16 años en Pediatría del Hospital Gregorio Marañón

Proyecto House, construcción interior, realizada con niños entre 5 y 12 años en la ciberaula de Pediatría Hospital 12 de Octubre y de Oncología del Gregorio Marañón.

#### 5.1.-Mi ciudad inventada

##### 5.1.1.-Ficha del juego de construcción: Mi ciudad inventada

Objetivos: Realizar un proyecto a través de un juego de construcciones donde el participante fuera capaz de reinventar una ciudad imaginaria donde todo fuera posible.

Juegos de referencia: Construcciones tradicionales, maquetas, Monopoly, LEGO y otros.

Arte contemporáneo de referencia: Obras de distintos artistas contemporáneos entre otros Baltazar Torres, Rosa Muñoz, Peter Fischli / David Weiss y también el Proyecto Morrinho realizado por niños de las favelas de Sao Paulo y expuesto como proyecto artístico popular en la Bienal de Venecia 2007



Fig. 3 – Instalación en la Bienal de Venecia del gran juego de construcción realizado por los niños de la favela de Pereirão en 1998, esta gran maqueta de 300 metros cuadrados, está hecha con ladrillos y otros materiales construcción sobrantes de unas obras, un espacio para jugar recreando las historias de la vida cotidiana.

#### Reglas del juego:

- Todos los servicios mínimos que debía tener una ciudad deberían ser representados: un colegio, un parque de bomberos, carreteras, un hospital, etc.
- La ciudad se formara para poder girar alrededor de ella, de manera que todos los elementos contenidos tienen que tener un punto de vista múltiple.
- Los edificios, calles y parques, deberán estar hechos respetado la escala general de la construcción.
- La ciudad puede crecer con cada nuevo paciente que se incorpore a la actividad

Fases del juego:

- Fase de reflexión
- Fase de creación
- Puesta en común

Pasos del juego:

1ª.-Comprender la nueva ciudad.- Al comienzo del taller y para dar a los niños y niñas las pautas iniciales del juego, se visionaba en el ordenador un PowerPoint donde podían ver las obras de distintos artistas contemporáneos que hacen propuestas alternativas de ciudades, ofreciendo ciudades más ecológicas, más extravagantes o más divertidas.

2ª.- Crear los edificios.- Los edificios y casas de este gran juego de construcción no fueron el resultado individual de unos cuantos participantes, sino que fueron construcciones colectivas que nunca llegaban a terminarse, pues siempre había algún "jugador" que deseaba añadir algo, desde un estadio de futbol a una nueva línea de tren, hasta un animal nuevo para el circo.



Fig. 4 - Paciente pediátrico del Hospital Gregorio Marañón construyendo un estadio deportivo  
Autora de fotografía: Judit García Cuesta

3ª.-Crear el espacio urbano.- A partir de un hipotético solar se crean horizontalmente los espacios para inventar un urbanismo que surge de la combinación entre los elementos construidos, unas veces fruto del azar y otras de la planificación que plantean los niños.

4ª.-Función de la ciudad.- La ciudad creada a la medida de los niños tenía un parque de atracciones, un zoo, un parque de bomberos, de policía, escuelas, un estadio olímpico, pero ninguno de los niños que participaron en la actividad pensó en crear un hospital, pese a las sugerencias de las educadoras, que tras preguntar a los niños el motivo por el que no deseaban crear un hospital se encontraron casi siempre con la misma respuesta: Para qué crear un hospital, si en nuestra ciudad la enfermedad no existe.

5.2.-Proyecto House

5.2.1.-Ficha de los juegos de construcción en Proyecto House

Objetivos: Realizar un juego de construcción en el que los niños creen su propio "hospital ideal", una representación donde poder desplegar sus gustos y sus historias personales, un lugar fuera de la vida real pero conectado con ella, que pueda dar cauce a sus preocupaciones e inquietudes de forma menos traumática.

Juego de referencia: Tradicional juego de las casitas y las casas de muñecas.

Arte contemporáneo de referencia: obras de Laurie Simmons, Moira Ricci, Baltazar Torres y otros.

Reglas del juego:

- Todos los módulos de cartón deben ser del mismo tamaño y formato, para que puedan ser apilables.
- La caja estará vista en posición de frente, de manera que todos los elementos contenidos tienen que tener en cuenta el punto de vista frontal del espectador.
- Los personajes, los muebles y los objetos, deberán estar hechos respetado la escala del módulo.
- El hospital puede crecer con cada nuevo paciente que se incorpore a la actividad



Fig. 5 - Proceso de apilación del conjunto de módulos en la ciber aula de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Autora de fotografía: Clara Megías

Fases del juego:

- Fase de reflexión
- Fase de creación
- Puesta en común

Pasos del juego:

1ª.-Crear el espacio.- Partiendo de cajas de cartón, todas del mismo tamaño y formato, creamos los distintos espacios que creemos que debería tener un hospital: quirófano, consulta, enfermería, sala de neonatos, habitaciones, salas de recreo... Se trata de diseñar un hospital al gusto de los usuarios infantiles.

2ª.-Crear los personajes.- Una vez creado el espacio creamos a los personajes que lo van a habitar: pacientes, familiares, personal sanitario, etc. También se diseña cómo deberían de ir vestidos.

3ª.- Crear el hospital.- Una vez concluidas las dos fases anteriores las cajas se ordenan unas encima de otras creando un edificio a modo de casa de muñecas.

6.- Conclusiones

Finalmente podemos decir que estos dos proyectos basados en los juegos de construcción y enmarcados en el Proyecto curARTE I+D, en el que se han realizado el diseño y desarrollo de materiales y actividades

creativas y artísticas para niños y adolescentes hospitalizados, no son el resultado individual de unos cuantos participantes, sino que fueron grandes construcciones colectivas que nunca llegaron a terminarse, pues siempre había algún "jugador" que deseaba añadir algo más, las construcciones se ampliaron varias veces, no poseía un inicio y un fin fuera del límite temporal del propio taller, pues no debemos olvidar que al encontrarnos en un hospital, los pacientes cambiaban continuamente, por lo que un participante podía comenzar a construir una estación de tren y otro compañero terminarla varios días después, ya que el primer participante había sido dado de alta.

La idea de realizar dos actividades diferentes parte de la primera respuesta dada por los niños y adolescentes en el Proyecto Mi ciudad inventada, ya que vimos que el conjunto urbano constaba de todos los elementos propios y necesarios para que la ciudad funcionase, pero como ya hemos expuesto anteriormente ninguno de los niños que participaron en la actividad quiso crear un hospital, como un síntoma de rechazo no solo al hospital sino a la enfermedad misma, de ahí nació el planteamiento del Proyecto House, en el que queríamos centrar el interés de los participantes en la asimilación de su situación en el hospital, reinventando ese hospital ideal para los pacientes pediátricos que no había sido posible hacer, porque los niños y adolescente no querían pensar en él.

Para concluir podemos afirmar que estas actividades formativas realizadas en los talleres hospitalarios, basadas en los juegos de construcción y las obras de arte contemporáneo, no solo han aportado entretenimiento y sociabilidad a los jóvenes pacientes sino que han adquirido un valor educativo, ya que en la medida en que los niños y niñas reconocen su medio, lo reinventan representándolo y lo asumen como suyo, pueden desarrollar y construir su propia identidad y esto repercute no solo en la construcción de la identidad individual, sino también en una mayor adaptación a la situación de hospitalización a través de una mejor comprensión del entorno que les rodea.

- 
- Belver, M. H & Ullán, A.. (Eds.) (2006). La creatividad a través del juego. Salamanca: Amarú ediciones.
- Bristol, O. & Geddes-Brown, L. (1997): Casas de muñecas. Miniaturas de la vida cotidiana y los estilos arquitectónicos desde los siglos XVII a nuestros días. Madrid: Anaya
- Gutiérrez Párraga, M. T. (2011). La significación del juego en el arte moderno. Implicaciones en la educación artística. Berlín (Alemania): Editorial Académica Española
- Gutiérrez, T., Megías C. & Nuere, S. (2011). Proyecto House: cuando los niños crean un hospital a su medida. Arte, Individuo y Sociedad, volumen [23] Núm. Especial, pp. 29-39.
- Cuesta, G. J., Gómez, E. & Megías, C. (2011). Mi ciudad inventada. Arte, Individuo y Sociedad, volumen [23] Núm. Especial, pp. 153-163.
- Oliveros, R. (Ed.) (2007). Jugando/Playing. Exit, volumen 25.
- Ullán, Ana M. & Belver, M. H, (2008). Cuando los pacientes son niños. Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica. Madrid: Eneida.
- Ullán, Ana M. & Belver, M.H. (2005). Los niños en los hospitales. Espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil. Madrid: Témpora.

#### Páginas Web

[http://we-make-money-not-art.com/archives/venice\\_biennale\\_2007/](http://we-make-money-not-art.com/archives/venice_biennale_2007/) Tomado 11:30, 29/07/2012

<http://www.google.es/search?q=rosa+mu%C3%B1oz&hl=es&prmd=imvnso&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=6zsBULW2Ela-m0AX7--HKCQ&sqi=2&ved=0CFwQsAQ&biw=1280&bih=603> Tomado 11:30, 14/07/2012

# Fronteras Socio-Sanitarias

---

JUAN TORMO FLORES

## Abstract

Estos últimos años estamos siendo testigos de un gran cambio en la estructura y los puntos de vista de nuestra sociedad. Esta permutación está alterando y redefiniendo los objetivos y la práctica del arte, y en particular, de la arquitectura. Nos encontramos ante una época marcada por la tendencia hacia la percepción emocional del espacio, con una importancia cada vez mayor del observador. Un observador-usuario que pasa a ser intérprete mediante sus sensaciones y participe en la creación del espacio, en un claro intento de vínculo entre la idea y la realidad física. Las estructuras emblemáticas destinadas a ser admiradas van dejando paso a la creación de lugares para ser utilizados, sentidos y experimentados. Por lo tanto, la arquitectura es crear emociones mediante la utilización de una serie de recursos como son la luz y la sombra, la transparencia, el color y la textura, las formas y los vacíos.

Pero arquitectura es también estrategia de vecindad. Siempre se construye en alguna parte, "al lado de". Edificar es levantar membranas para garantizar diferenciales. Diferenciales térmicos, lumínicos, hídricos, sonoros,.. Diferenciales y también intimidades, que en definitiva son diferenciales de convivencia. Caracterizar el Centro Geroresidencial Solimar de Alzira, como una actuación proyectual "al lado de" sugiere una reflexión acerca del significado

de una posición que puede ser interpretada de diversas maneras. Un espacio socio sanitario donde el límite, como definía Heidegger, no es aquello en virtud de lo cual algo concluye, sino, aquello a partir de donde algo comienza a ser lo que es, inicia su esencia. Espacio es esencialmente lo que se ha dejado entrar en sus fronteras.

## INTRODUCCIÓN

Para cada principio existe un final previsto, para cada comienzo, una meta proyectada. Sin embargo como creadores solemos mantenernos en una situación permanente de búsqueda entre estos dos puntos de referencia fijos.

Como sabemos, la esencia de la arquitectura radica en el espacio. Y espacio es esencialmente lo que se ha dejado entrar en sus fronteras, decía Martin Heidegger. Esas fronteras son membranas abiertas o cerradas, lugares de transición y tensión entre lo nuevo y lo viejo, entre lo estable y lo dinámico. Pueden ser construidas a varias escalas: de las territoriales a las urbanísticas, de las arquitectónicas a las de las piezas. Las fronteras producen diferencias, pues miran a la vez hacia adentro y hacia fuera, establecen un doble juego de inclusión y exclusión. Hacia adentro, lo imperante es resolver ciertas necesidades que determina el programa y adecuar las diferentes relaciones espaciales a estas necesidades. Hacia fuera la frontera, tanto formal como espacialmente, se

convierte en el lenguaje comunicativo, lleno de símbolos y palabras, a veces claras y otras ocultas. La fascinación por ellas reside en su ambivalencia y simultáneo papel de división y conexión. Transmiten y controlan el intercambio entre los distintos espacios. Son el campo de juegos de descubrimientos y de las conquistas.

Toda esta rica temática de la frontera, con su complejidad y aparejada ambigüedad, nos permite abordar muchas y variadas cuestiones del espacio compartido, arte y salud. Si me lo permiten, en primer lugar les voy a hablar de un espacio fronterizo más allá de lo estrictamente sanitario. El denominado espacio socio-sanitario, ese espacio existente entre la atención sanitaria y la social. Una zona fronteriza extensa, variada y, a veces, confusa, donde no es fácil delimitar dónde termina un problema de salud y dónde comienza el social. Posiblemente, la distinción no es posible porque ambas cuestiones están íntimamente entrelazadas. Un lugar donde es posible la innovación como es la creación de una Unidad Geriátrica de Recuperación Funcional en el Complejo socio-sanitario Solimar de Alzira y su materialización desde la respuesta compleja de la arquitectura.

En segundo lugar es preciso razonar sobre esa respuesta, porque arquitectura es también estrategia de vecindad. Siempre se construye en alguna parte, "al lado de". Edificar es levantar membranas para garantizar diferenciales. Diferenciales térmicos, lumínicos, hídricos, sonoros... Diferenciales y también intimidades, que en definitiva son diferenciales de convivencia. Además, estos últimos años estamos siendo testigos de un gran cambio en la estructura y los puntos de vista de nuestra sociedad. Esta permutación está alterando y redefiniendo los objetivos y la práctica del arte, y en particular, de la arquitectura. Nos encontramos ante una época marcada por la tendencia hacia la percepción emocional del espacio, con una importancia cada vez mayor del observador. Tanto es así que las estructuras emblemáticas destinadas a ser admiradas van dejando paso a la creación

de lugares para ser utilizados, sentidos y experimentados.

## I+D EN MODELOS DE ATENCIÓN DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO

En este principio de siglo en el que los avances tecnológicos están afectando a todos los ámbitos de la vida humana, asistimos a la emergencia de debates que afectan a determinadas concepciones que hasta hace poco tiempo parecían dogmas de fe. Uno de ellos es el que se refiere a la política socio-sanitaria y, más concretamente, al papel que juegan los poderes públicos en la creación o no de condiciones favorables para la prestación de servicios que tienen que ver con la salud y el bienestar de las personas, envuelto todo ello con el cuestionamiento del Estado del Bienestar y las crecientes demandas por parte de los ciudadanos. Inmersos en esta problemática de intento de reformulación de los instrumentos del sistema socio-sanitario por parte de los poderes públicos, surgen nuevos temas tales como la necesidad de desgajar o, al menos, de plantear abiertamente las relaciones público-privado y, más concretamente, la necesidad de distinguir entre el ámbito de responsabilidad pública del propio sistema socio-sanitario del sistema de gestión más menos descentralizado o la emergencia de sistemas flexibles de gestión provenientes del ámbito de la iniciativa privada a fin de dotar al conjunto del sistema de un grado de eficacia que en la actualidad no posee. En este sentido, puede detectarse un nuevo campo de actuación en los sistemas de colaboración público-privada previstos en la vigente legislación de contratos del Sector Público.

Hay que recordar que este espacio, a grandes rasgos, está constituido por las necesidades de una serie de colectivos que tienen en común el estar afectados por enfermedades crónicas y/o terminales somáticas o psíquicas, cuya patología exige un nivel de atención sanitaria y social complementaria, continuada, compleja y que, en la actualidad, cada vez resulta más complicado satisfacer de forma integral. De ahí nos surge el primer

debate, dónde terminan las competencias de salud y comienzan las de servicios sociales, cuándo un problema sanitario se transforma en social, y, consecuentemente, dónde establecer la línea divisoria entre ambas realidades. Difícil cuestión, que plantea nada más y nada menos que la delimitación de parcelas de un todo indiviso que es el Individuo, con una sola realidad, la bio-psico-social, que se ve amenazada por un problema de competencias. Este debate se inicia a requerimiento del sistema sanitario, que se veía desbordado ante un cada vez más elevado número de usuarios ancianos con patologías invalidantes, de enfermos psiquiátricos crónicos, etc., que demandan atención continua tanto en Atención Primaria como en la Red Hospitalaria, siendo difícil darles de alta. Ante esta situación, el sistema sanitario reclama la asunción y garantía de la continuidad de cuidados a los servicios sociales argumentando que dichas atenciones sobrepasaban sus competencias. Los servicios sociales, por el contrario entienden que si existe un grave problema de salud tampoco era estrictamente suya la responsabilidad. Es preciso buscar un espacio común que dé respuesta a las situaciones donde concurren necesidades de los dos tipos. A dicho espacio común nos referimos cuando hablamos de espacio socio-sanitario.

Pero, además, la realidad se encarga de ponernos sobre el tapete que las cosas son bien distintas y que, al margen de consideraciones de valor y las competencias, la atención que se les está procurando a estos pacientes tiene el efecto perverso de volverse contra el propio sistema, pues hace que estos se conviertan en hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios de atención primaria, causen alargamiento de estancias en los hospitales de agudos y sean multidemandantes en los servicios sociales. Estas ineficiencias, además del deterioro que provocan en términos de salud, acaban generando un gasto innecesario para ambos sistemas, sanitario y social.

Según los datos estadísticos actualmente, en la Comunidad Valenciana habitan 420.925

personas mayores de 75 años en el año 2011, y la tendencia demográfica apunta a que esta cifra superará los 500.000 en 2013. Es a partir de los 75 años, cuando se disparan exponencialmente las necesidades sanitarias. Los pacientes crónicos y los encuadrados en el programa de cuidados paliativos en la Comunidad Valenciana suponen 48.143 personas. Según los servicios sanitarios en relación a las personas en situación de dependencia, en 2009, los mayores y los enfermos crónicos han tenido 1.151.785 estancias en los hospitales públicos, un 47 por 100 del total. Las enfermedades que requieren cuidados de larga duración son cada vez más frecuentes y duraderas, los gastos asociados a este tipo de cuidados representan la mitad del gasto total sanitario. Para disminuir estos costes se tiende a la incorporación de nuevos servicios socio-sanitarios alternativos a la hospitalización tradicional. En España se destina el 3,6% del PIB (590,4 millones de euros) para el cuidado de estos pacientes. Con frecuencia se propone que, dado que los mayores de 65 años son el grupo de edad que en mayor medida hace uso de recursos hospitalarios, una medida para reducir la saturación de los hospitales sería buscar "alternativas a la hospitalización" para los ancianos. En contexto del Hospital La Ribera (Alzira) la realidad de los estudios publicados nos dice repetidamente que los mayores de 65 años ingresan con más frecuencia, más adecuadamente y con patologías más graves que otros grupos de edad y que, pese a que su estancia media, que es un 32% superior, el porcentaje de estancias inadecuadas no es superior que a otras edades. Además el 30% de los mayores de 65 años que ingresan se discapacitan. De hecho los resultados adversos más relevantes de ingreso hospitalario en el anciano son: deterioro funcional, estancia hospitalaria inadecuada, institucionalización y mortalidad.

Profundizando más en estos contextos podemos analizar el modelo de atención sanitaria, social y socio-sanitaria a las personas mayores del Departamento 11 de Salud de la Comunidad Valenciana. Respecto a la atención sanitaria a personas mayores, está formado fundamentalmente por la atención primaria

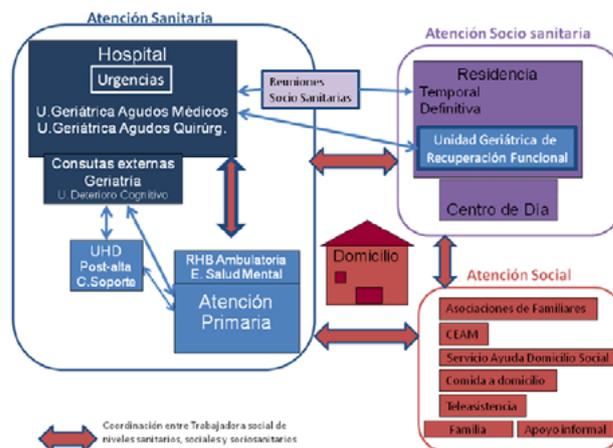
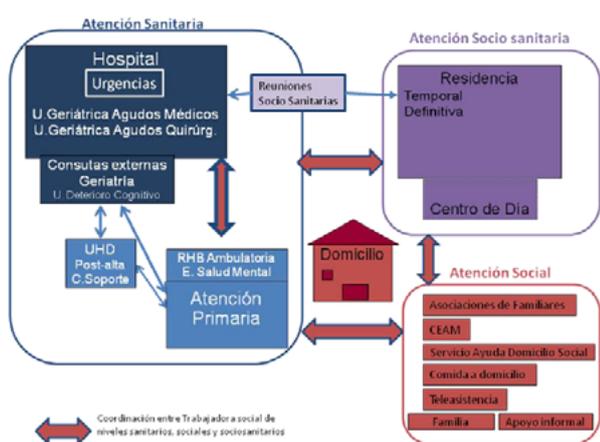
y la atención hospitalaria, teniendo en cuenta que existe una sección de Geriátrica ubicada en el Hospital Universitario de la Ribera (Alzira) que realiza actividad fundamentalmente en pacientes agudos médicos, agudos quirúrgicos, consultas externas y guardias. A caballo entre la atención sanitaria y la sociosanitaria se encuentra la Unidad de Hospitalización a Domicilio, que en este caso y por los recursos humanos de la misma debe considerarse un nivel de asistencia sanitaria. Dentro de la atención primaria están también las Unidades de Rehabilitación Ambulatoria y los Equipos de Salud Mental.

Respecto al modelo de atención social, este está formado por los servicios de ayuda social de los distintos Ayuntamientos que cuentan con los CEAM (Centros Especializados de Atención al Mayor) y los SAD (Servicios Sociales de Ayuda a Domicilio), además de una oficina municipal de atención gestionada por los Trabajadores Sociales. A estas estructuras hay que sumar las de Teleasistencia y comida a domicilio. Otras estructuras sanitarias que se coordinan con estos recursos son los Trabajadores Sociales de los distintos centros de salud y del hospital.

Y respecto al modelo de atención socio sanitario, en el Departamento 11, este está basado en las residencias para estancias definitivas o temporales y en los centros de día, gran parte de ellos integrados en las mismas residencias. Asimismo deben tenerse en cuenta como un recurso social o socio sanitario en algunos casos, las distintas

asociaciones de familiares de Alzheimer y de otras enfermedades discapacitantes de que se dispone en el Departamento, al tener éstas asociaciones centros de día para atención a personas afectas de demencia. La coordinación sociosanitaria en el Departamento se realiza fundamentalmente a dos niveles. Por un lado los/las trabajadoras sociales de los centros de atención primaria y del Hospital La Ribera (Alzira) que se coordinan con las de los Ayuntamientos del área y han puesto en común un modelo de valoración. Por otro lado las reuniones sociosanitarias entre la Sección de Geriátrica del Hospital La Ribera (Alzira) y los médicos y supervisoras de las Residencias Solimar del Departamento que incluyen gestión de casos, formación e investigación conjunta. Los trabajadores sociales hacen efectiva una coordinación basada en la evaluación de necesidades y la solicitud de recursos sociales y sociosanitarios, mientras que son las reuniones sociosanitarias las que realmente hacen efectiva la coordinación sociosanitaria tanto a nivel asistencial como docente como investigador.

Por último, es necesario remarcar que la existencia de una Sección de Geriátrica en el Departamento de Salud 11 de la Comunidad Valenciana, con atención en el Área de Hospitalización (Unidad Geriátrica de Agudos Médicos, Unidad Geriátrica de Agudos Quirúrgicos, guardias de presencia física) en la de Consultas Externas (Geriátrica y Unidad de Deterioro Cognitivo) y realizando actividad de consultor (Reuniones Sociosanitarias del Departamento 11) ha supuesto que la atención



a las personas mayores desde el punto de vista sanitario sea al menos adecuada en términos de universalidad, equidad, comparabilidad y accesibilidad, pero hay que mejorar aspectos como el de integridad. Por ello que se propone un nuevo modelo de atención que implica una nueva estructura. Son múltiples las opciones disponibles, pero se propuso la creación de una Unidad de Recuperación Funcional Geriátrica ubicada en un Centro Socio Sanitario, por ser eficaz, efectiva y según algunos estudios más eficiente. La propuesta es la de crear dicha unidad en la Residencia para personas mayores dependientes que cuenta además de Centro de Día y está ubicada al lado del mismo centro hospitalario.

## LA FRONTERA COMO ESENCIA MATERIAL DE LO CONSTRUIDO

A largo de la historia, numerosos pensadores de la arquitectura e incluso fuera de su ámbito han relacionado el mundo de las ideas con el núcleo de la creación arquitectónica. La arquitectura es idea construida, con esa rotundidad se lo afirma Campo Baeza para expresar la vocación ideológica de la arquitectura. Ciertamente ésta no se agota en la construcción, sino que la trasciende, va más allá de la simple materialización del edificio. Ni siquiera se resume en la construcción como medio para resolver problemas funcionales. Construcción y función son dos ingredientes fundamentales pero insuficientes para conformar la arquitectura. Es Boullée quien en su definición de arquitectura nos afirma que es preciso concebir para efectuar, es decir, que la arquitectura en cuanto arte, en cuanto dominio espiritual, es esencialmente idea. Ese dominio no puede serle sustraído so pena de quedarse sin esencia, sin alma, y en definitiva sin arquitectura.

Decíamos en la introducción de esta ponencia que nos encontrábamos en una época marcada por la tendencia hacia una percepción emocional del espacio redefiniendo los objetivos y la práctica del arte y la arquitectura, dando una importancia cada vez mayor al observador. Un observador-

usuario que pasa a ser intérprete mediante sus sensaciones y participe en la creación del espacio, en un claro intento de vínculo entre la idea y la realidad física. Para ello la arquitectura rebusca su inspiración en la cotidianidad y en nuestros sueños. Nos revela la intimidad y los sentimientos, expresa al hombre, lo expone, lo hace visible en aquello que más celosamente guarda para sí, su vida interior. Podemos afirmar que arquitectura es diálogo entre el espacio y la emoción. Un espacio que siempre genera, o podríamos decir, provoca sensaciones en las personas. Puede ser un color, una forma o bien sus dimensiones. Por lo tanto, la arquitectura es crear emociones mediante la utilización de una serie de recursos como son la luz y la sombra, la transparencia, el color y la textura, las formas y los vacíos.

Lo estético pasa a ser, no la adecuación a una norma ni la imitación de un modelo sino la producción desde el sujeto de experiencias perceptivas elementales capaces de generar significados a través de las emociones. En la actualidad el mensaje de los edificios parece producirse de un modo más inmediato, a través de la noción del carácter y por la mediación de las imágenes, procedentes sobre todo de las experiencias de las artes plásticas, las obras arquitectónicas actuales despliegan su forma a través de membranas que actúan como arquetipos de lo esencial. Decíamos anteriormente que edificar es levantar membranas para garantizar diferenciales. Diferenciales términos, lumínicos, hídricos, sonoros... Diferenciales y también intimidades, que en definitiva son diferenciales de convivencia. Es esa arquitectura actual, atmosférica, como la denomina Fernández-Galiano que no excluye, como es lógico, la solidez material pero desplaza su énfasis hacia soportes del confort y fundamentos de la sostenibilidad energética. Por ello, podemos afirmar que arquitectura es también estrategia de vecindad. Siempre se construye en alguna parte, "al lado de", en la frontera.

Caracterizar el Complejo socio-sanitario Solimar de Alzira, como una actuación proyectual "al lado de" sugiere una reflexión

acerca del significado de una posición que puede ser interpretada de diversas maneras. El enunciado posicional parece sugerir la primacía del “de” en lo que se refiere a la definición del proyecto. Un centro residencial sociosanitario donde se ha buscado un lugar no solo un edificio. Una respuesta arquitectónica que contuviese una manera de pensar en vez de, solamente, una manera de hacer y que aportase una nueva tipología. Una tipología que se enfrente al problema con la actitud de buscar, ante todo, la verdadera calidad de vida. Entendida como un equilibrio entre lo necesario y lo que deciden los individuos, como un quehacer colectivo donde la norma no basta, con propuestas innovadoras como la unidad recuperación funcional en el umbral de lo sanitario y lo social, donde el arquitecto debe contextualizar sus decisiones. Hay que pensar que está destinada al sector de población que el resto de los sectores adeudan más que dan, por ello es necesario dar al anciano la oportunidad de poder pasar su última etapa con dignidad. Un ambiente vital donde predomina el tiempo libre y donde muchas personas pasaran los próximos, y seguramente últimos, años o meses de su vida. Un espacio con cuatro componentes: físico, psicológico, social y cultural, todos ellos interrelacionados e interdependientes. Además, proporcionando accesibilidad integral, autonomía física y seguridad psíquica, sin perder nunca el respeto a la intimidad individual. Fomentando la integración residentes/temporales/asistidos / convalecientes, y la labor del personal en cuanto al desarrollo de sus funciones. No existen barreras arquitectónicas. La accesibilidad es integral proporcionando, en lo posible, autonomía física y seguridad psíquica.

Un “de”, que tiene su materialización territorial en un “dónde”. Una parcela de 4.000 m<sup>2</sup>, de fácil accesibilidad y próxima a los recursos sanitarios y servicios comunitarios (Hospital Universitario de la Ribera, recursos sociales, ocio...) y a los medios de transporte público que favorece la movilidad de aquellos residentes suficientemente autónomos para desplazarse por la población, y asimismo las visitas de los familiares, amigos y otros

ciudadanos. Ubicado en un medio que permite un soleamiento y ventilación adecuada. Entendemos que si el edificio está bien colocado, él y sus espacios exteriores serán lugares felices, llenos de actividad y alegría.

Pero no basta con el lugar, marcado por la singularidad de un “de” que actúa como referencia. Es preciso determinar el “qué”. Abstraemos el programa en 3 partes fundamentales: el uso residencial, las zonas comunes y los servicios, y proponemos un solo edificio que integre a los usuarios del centro de día, de la residencia y la unidad geriátrica de recuperación funcional en conexión con el Hospital Universitario de la Ribera. Un edificio de baja altura, tres plantas, aislado, en forma de U, se organiza adaptándose a la topografía del terreno a partir de un cuerpo central que se prolonga hacia el valle para crear el volumen de acceso. El proyecto de arquitectura se resuelve desde dentro, desde la unidad programática principal, la habitación, hacia el exterior. La habitación debe cumplir los requisitos para querer habitar en ella con intimidad.

La naturaleza y escala de esta intervención no puede reconocerse en su totalidad sin referenciarlo al “cómo”. Se propone esa nueva concepción estética, en la cual colores, texturas, luces, formas y espacios crean una apertura hacia el libre juego de los experimentos, de las sensaciones. El uso circulación, tradicionalmente, solo consiste en eso, en circulación. El espacio circulación que proponemos alberga otros usos. Entendemos que el monótono pasillo con habitaciones a ambos lados contribuye a fomentar el riesgo de desorientación. Los diferentes colores y texturas contribuyen a resolver el problema de desorientación del anciano. El tratamiento de la superficie del suelo es otra parte determinante del proyecto. Constructivamente son planos multitexturados. El suelo se puede grabar o pulir, incluso teñir, por áreas. En un intento de paliar la inevitable pérdida de percepción sensorial en la persona de edad, ayudamos proporcionando diferentes sonidos o sensaciones al caminar o desplazarse, diferentes percepciones visuales de los

recorridos. El plano del suelo es como un gran tablero escrito en lenguaje braille... Que te lleva... Como cogido del brazo. El espacio se plantea para fomentar las relaciones sociales, la comunicación y la actividad física que implica todo desplazamiento. En el recorrido por los tranquilos espacios del edificio el usuario puede desplazarse racionalmente y tomar el camino más corto, pero también disfrutar de la experiencia de un estimulante paseo a través de ellos. Se pueden tomar muchos y diferentes caminos para ir de aquí a allí. En definitiva un espacio socio sanitario donde el límite, como definía Heidegger, no es aquello en virtud de lo cual algo concluye, sino, aquello a partir de donde algo comienza a ser lo que es, inicia su esencia. Espacio es esencialmente lo que se ha dejado entrar en sus fronteras.

#### A MODO DE CONCLUSIÓN: NUEVOS ESPACIOS FRONTERA EN LA ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

No podemos concluir este artículo sin remarcar nuestra propuesta innovadora de la unidad recuperación funcional en el sentido que pueda servir de referente teórico-práctico para la implantación de este tipo de servicios que se requieren a fin de llenar el espacio socio-sanitario y que se sitúa a caballo entre los dos sistemas de protección, el sanitario y el social. Más cuando dicha propuesta surge del conocimiento práctico y directo de la realidad, así como del intercambio con otros profesionales de ambos ámbitos con quienes desde hace años venimos trabajando.

Si, ciertamente, los esfuerzos realizados por políticos, profesionales sanitarios, trabajadores sociales y técnicos a la hora de definir y delimitar esas fronteras en el propio espacio socio-sanitario constituyen el primer paso para la construcción conjunta de una propuesta de atención que venga a resolver el vacío asistencial existente para los colectivos afectados, no es menos cierto que si seguidamente no se siguen creando o desarrollando las estructuras y procesos de atención socio-sanitaria ad hoc, todo pudiera quedar en un puntual modelo de atención sanitaria, social y sociosanitaria a

las personas mayores del Departamento 11 de Salud de la Comunidad Valenciana y, en definitiva, en la expresión de un deseo. Por esta razón, es menester irnos haciendo a la idea de que el siguiente paso es, sin duda, apostar por incorporar a nuestro acervo conceptual una nueva modalidad asistencial, la socio-sanitaria, entendiéndola como algo diferente al sumatorio de la tradicional asistencia médica y social.

La asunción de esta nueva modalidad supone modificar nuestras creencias con respecto a la prestación de servicios a través de la incorporación de nuevos valores. Implica un salto cualitativo importante en cuanto a que pretende poner en un plano de igualdad asistencial a aquellos colectivos más desfavorecidos que, por mor de su estatus de enfermos crónicos, atrevámonos a decirlo, «incurables», son discriminados en cierta medida desde los servicios sanitarios por cuanto que sus dolencias no tienen, desgraciadamente, respuestas exitosas por parte del sistema sanitario. Por este motivo, a los mismos, que determinen quiénes deben ser los profesionales responsables de dichos procesos y de la valoración de la situación del paciente. En definitiva, el sistema de gestión inter-servicios. Además, esto plantea un debate teórico y práctico en relación al carácter público-privado a la hora de encontrar las fórmulas más adecuadas en términos de eficiencia para la provisión de este tipo de servicios.

Tras casi 2 años de experiencia de URF-Solimar Alzira, se cumplen estándares de estructura, los estándares de proceso y los estándares de resultado, con:

- Adecuada ganancia funcional (RHB) y paliación (paliativos)
- Estancia media contenida
- Reingresos 15% (límite de estándar, probablemente adecuados por ubicación y criterios de funcionamiento establecidos)
- Baja institucionalización
- Baja mortalidad
- Elevada satisfacción de usuario/cuidador (→90%, 9,1/10)
- Disminución de costes: eficiencia.

Por último, hemos intentado deslumbrar que el desarrollo de esta nueva modalidad de atención socio-sanitaria constituye un reto actual para la Salud Pública y como no, para la arquitectura. Para ello desde el diseño arquitectónico hemos intentado conseguir el objetivo prioritario de la atención integral a las personas mayores, la mejora de la calidad de vida y del nivel de confort tanto físico como psíquico de las personas de edad avanzada, proporcionándoles en la medida de lo posible una mayor autonomía física y una mayor seguridad psíquica. Desde el proyecto y su posterior materialización de los espacios, de forma que se hemos dado respuesta funcional y formal a la conflictividad

implícita del antiguo modelo de residencias para mayores, una masificación forzada y una pérdida de la intimidad, convirtiendo en medidas correctoras de estos extremos las nuevas respuestas funcionales, ambientales y constructivas. En definitiva una repuesta arquitectónica encaminada a la creación de unas dotaciones destinadas a servir de vivienda estable y común que proporcione una atención integral a las personas mayores entendiéndose como tal la atención completa a todas las necesidades básicas que les permita la recuperación y mantenimiento del mayor grado posible de su autonomía y estima personal y social. Las obras ya han comenzado.

# NEUROESTÉTICA

---

2ndo Bloque temático



# Arte para evocar emociones y recuerdos en personas con Alzheimer

MARÍA DELGADO LÓPEZ, HALLDÓRA ARNARDÓTTIR, ROSA MARÍA HERVÁS AVILÉS

## Introducción

Durante las últimas décadas la enfermedad de Alzheimer (EA) ha experimentado un fuerte incremento entre la población mundial con una creciente esperanza de vida.

Actualmente, según la Fundación Pasqual Maragall hay 24 millones de enfermos de Alzheimer en el mundo, 6 millones en Europa y más de 500.000 en España. El Informe Mundial sobre el Alzheimer 2010 recoge el impacto económico de la enfermedad a nivel mundial. La estimación total de costes de la demencia en el año 2010 es de 604.000 millones de dólares estadounidenses, de los que se estima un 85% de aumento de costos para el año 2030. Pero el Alzheimer no solo se está convirtiendo en un problema sanitario y económico, sino también en un problema social. Se estima que un enfermo de Alzheimer tiene una media de cinco cuidadores, lo que supone un total de 2.500.000 de personas en España que viven a diario con la enfermedad.

La investigación que presentamos tiene como finalidad última hacer una propuesta de intervención no farmacológica a través de la estimulación emocional y la mediación cultural durante experiencias artístico-museísticas de personas con EA, destinada a mejorar su calidad de vida y a propiciar su inclusión, lo que hace de esta investigación un trabajo de interés social.

La mayoría de las investigaciones sobre la EA se han centrado en su impacto en las habilidades motoras, sensoriales y cognitivas; pero el Alzheimer provoca también numerosas alteraciones en el estado emocional del paciente como depresión, ansiedad, pérdida de motivación, de la capacidad de empatizar e incluso descontrol emocional.

Los síntomas de la EA se pueden agrupar en: síntomas primarios, comportamientos secundarios y efectos terciarios (Kandel, 2011), conceptos que suelen confundirse en la enfermedad de Alzheimer.

Los síntomas primarios son los cambios orgánicos que la enfermedad provoca en el cerebro, como la dificultad para mantener relaciones sociales debido a que la amígdala ha sido afectada. Estos síntomas primarios provocan reacciones y comportamientos secundarios en el paciente como es la ansiedad o agitación. Los efectos terciarios los define el autor como reacciones momentáneas a estímulos externos, provocados por la interacción con el entorno inmediato del enfermo, como puede ser la dependencia en un determinado momento para llevar a cabo labores de autocuidado.

Kandel habla de las cuatro AES de la enfermedad de Alzheimer para recoger las principales alteraciones de comportamiento o conductuales relacionadas con la EA. La agitación, ansiedad, agresividad y apatía

suelen ser síntomas o comportamientos secundarios que surgen como respuesta de un síntoma primario aunque, en determinados momentos, como es la ansiedad no provocada o la apatía ante la falta de estímulos en el entorno, pueden ser considerados como efectos terciarios de la enfermedad.

A través de todos los síntomas, comportamientos y efectos que provoca el avance de la enfermedad se hace evidente que el proceso degenerativo no es sólo físico sino también psicológico y emocional, lo que exige una combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para obtener una intervención con ciertas garantías de eficiencia en una persona con EA.

Hoy día, los tratamientos no farmacológicos para la demencia tipo Alzheimer son muy numerosos y variados. Desde las técnicas de estimulación cognitiva, de reminiscencia, acupuntura, fisioterapia, el ejercicio físico..., a intervenciones como la musicoterapia, arteterapia, técnicas de relajación, estimulación multisensorial, terapia con animales o intergeneracionales.

El arte, en sus distintas manifestaciones, se está convirtiendo en una herramienta útil capaz de intervenir de forma positiva en las alteraciones comportamentales, emocionales y en las 4 AES de la enfermedad. Es un instrumento que puede incidir directamente en los síntomas secundarios de la enfermedad y proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes, familiares y cuidadores.

Los museos, y las colecciones que gestionan, son elementos imprescindibles dentro del proceso de investigación del arte como terapia. La museología del siglo XXI tiene como meta hacer de esta entidad un ámbito de integración y de mediación cultural. El desarrollo de la institución museística tiende a conseguir la accesibilidad universal, pero una accesibilidad no sólo física sino también intelectual, teniendo en cuenta y adaptando todas sus actuaciones a las necesidades

concretas de los distintos segmentos de público.

Determinadas entidades museísticas haciéndose eco del problema social que supone el número creciente de afectados de Alzheimer, y la posibilidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes a través del arte, empiezan a poner en marcha programas y actividades concretas dirigidas a las personas que viven con demencia.



© Pablo García Mateo, fotógrafo. Exposición El Arte de Entretelas, MuBAM. Organizada para divulgar los resultados del I Taller de Arte y cultura como Terapia contra el Alzheimer

Con el proyecto Arte y Cultura como Terapia contra el Alzheimer, la Unidad de Demencias (UD) del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia, desde el año 2008, está llevando a cabo una destacable labor de investigación en el ámbito de los tratamientos no farmacológicos y en especial en el uso del arte como terapia para enfermos de Alzheimer, en la que colaboran puntualmente distintas entidades culturales de la ciudad.

La iniciativa de la Unidad de Demencias tiene como claro y directo referente el programa Meet Me at MoMA del Museum of Modern Art (MoMA) de Nueva York, un proyecto pionero en el uso del arte como terapia para personas con EA. Su principal objetivo es el de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con Alzheimer y la de sus familiares, proporcionando una vía de participación social y comunitaria, a través de actividades educativas y divertidas

que les permitan sentirse activos, mantener sus amistades y establecer relaciones y conexiones con otras personas. El programa supone una nueva oportunidad participativa donde las personas con Alzheimer pueden sentirse implicados y útiles, contribuyendo de este modo a provocar un cambio ideológico en la forma en que tanto las instituciones como el resto de la sociedad entienden la enfermedad.

El principal objetivo del trabajo de investigación que presentamos es el de analizar el uso del arte como terapia para mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer. Atendiendo principalmente al sistema emocional se persigue conocer cómo y por qué el arte puede ser útil para fomentar el bienestar en estas personas.

Arte y Cultura como Terapia contra el Alzheimer: El Arte de Entretelas

Nuestra investigación se centra en el Taller de Arte y Cultura como Terapia contra el Alzheimer: El Arte de Entretelas, desarrollado por la UD del HUVA, en colaboración con el Museo de Bellas Artes de Murcia (MuBAM), entidad museística donde se inicia esta experiencia. Es una iniciativa que se enmarca dentro de un proceso de investigación científica en el ámbito de los tratamientos no farmacológicos contra la enfermedad de Alzheimer, donde el arte se convierte en una herramienta para la ciencia y se suma a la investigación cualitativa.

El proyecto Arte y Cultura como Terapia contra el Alzheimer según Antúnez y Arnardóttir (2011) buscan fomentar la estimulación emocional en pacientes con Alzheimer a través del fortalecimiento multisensorial para:

- Mejorar la calidad de vida y la autoestima de los pacientes
- Mejorar la relación entre los pacientes y sus familias
- Establecer un puente entre el pasado y el presente
- Identificar la emoción que se asocia con el objeto

El Taller El Arte de Entretelas surge a partir de la exposición Entretelas de Chelete Moreneo (2008) celebrada en el Museo de Bellas Artes de Murcia.

En esta exposición la artista invitaba a reflexionar sobre el pasado personal y familiar de cada espectador, sobre las mujeres y nuestras antepasadas, sobre la herencia de madres a hijas, de abuelas a nietas. Sus obras cargadas de retales, piezas de costura, bordados, encajes, velos y mandiles tradicionales evocan una época pasada y una forma de vida en desuso, un tipo de vida que los pacientes, todos ellos con más de 60 años, han vivido. En el taller, a través de estas obras, se utilizó la pintura como una estrategia y un estímulo del motor emocional y de los recuerdos de los pacientes de Alzheimer.

Las obras de Chelete Monereo se convirtieron en el punto de partida del taller, a través de la evocación de una forma de vida pasada por parte de la artista, se despertaron recuerdos y emociones en los participantes del taller. Para Kandinsky (1979) la pintura es un arte, y el arte, en su aspecto global, no es una creación inútil de objetos que se deshacen en el vacío, sino una fuerza útil que sirve al desarrollo y a la sensibilización del alma humana. El arte es el lenguaje que habla al alma de cosas que son para ella el pan cotidiano, que sólo puede recibir de esta forma.

De este modo, a través del arte y de determinados elementos tradicionales y cotidianos, se consiguió evocar los recuerdos de la infancia y juventud de los participantes. Recordar sus pasados y determinadas anécdotas les resultó gratificante a los pacientes, les motivó, pero sobre todo consiguió emocionarles, despertando en ellos tanto recuerdos como sentimientos y emociones que estaban dormidos.

El taller, planificado como un proceso a lo largo de 14 sesiones, comenzó con la visita del grupo a la exposición Entretelas. Los pacientes, acompañados por sus familiares, la artista y el personal de la UD, fueron conformando un grupo en el que conversar

distendidamente sobre los recuerdos que les evocaba la visita a la exposición anteriormente mencionada.



© Pablo García Mateo, fotógrafo. Maleta del recuerdo

Tras esta visita los pacientes, junto a sus familiares, debían recopilar en sus casas sus recuerdos materiales, para presentarlos posteriormente al grupo. Las siguientes 13 sesiones, de 1 hora aproximadamente de duración, se han desarrollado en la UD. El propósito ha sido que cada paciente elaborase una Maleta del recuerdo, para estimular la memoria remota individual a través de sus objetos personales. En la UD se les facilitó a cada uno de ellos una maleta de cuero donde guardar todos sus recuerdos y para protegerlos elaboraron individualmente junto a la artista Chelete Monereo un Pañuelo de la memoria en el que envolver cuidadosamente sus recuerdos. El objetivo de esta actividad era provocar la comunicación y verbalización de las emociones que experimentaban. El pañuelo era el pretexto para fijar los recuerdos de su infancia, juventud e incluso los actuales. De este modo el arte se convertía en un estímulo visual y emocional capaz de ayudar a las personas con Alzheimer a recordar, a expresar y compartir sus recuerdos, a emocionarse y a manifestar sus emociones, adquiriendo el arte de este modo, una dimensión terapéutica.



© Pablo García Mateo, fotógrafo. Participante con su Pañuelo de la memoria

### Método de investigación

En el diseño de este estudio observacional analítico está presente el pluralismo metodológico que caracteriza la investigación en las ciencias sociales. Esta metodología se justifica por la subjetividad, el relativismo y el carácter cambiante y variable que define al sistema emocional, al ser humano y a todas las manifestaciones artísticas. Además, a esto se une la diversidad de personas implicadas en la realidad a analizar, y la multidisciplinariedad que interviene en el proceso objeto de estudio. Por este motivo es necesario utilizar en esta investigación una metodología plural y complementaria que integre métodos, técnicas y procesos tanto cualitativos como cuantitativos.

### Objetivos

El objetivo fundamental de este trabajo es presentar una propuesta de intervención y mediación cultural en personas con EA a través de la estimulación emocional durante experiencias artístico-museísticas para mejorar su calidad de vida y propiciar su inclusión social. Para ello nos proponemos conseguir los siguientes objetivos:

- Analizar el papel del arte como estímulo emocional a través del 1er Taller de Arte y Cultura como Terapia El Arte de Entretelas, organizado por la UD del HUVA.
- Identificar y categorizar los objetos -entendidos como estímulos materiales-, los

recuerdos y las emociones de los pacientes según sus distintas etapas vitales.

- Medir y analizar la respuesta emocional de los participantes en un taller de mediación cultural.
- Establecer la relación existente entre los recuerdos y las emociones que éstos provocan en los pacientes.

### Participantes

La muestra es un grupo de 10 pacientes de ambos sexos (6 hombres y 4 mujeres) diagnosticados de probable EA GDS4 lo que implica un grado de déficit cognitivo moderado. De forma voluntaria participan en los talleres de Estimulación Cognitiva de la UD del HUVA. El rango de edad de los participantes se sitúa entre los 63 y 78 años. La muestra se divide en dos grupos de 5 participantes atendiendo al grado de degeneración cognitiva. Aunque todos estaban diagnosticados con un GDS4, había determinados pacientes en los que se percibía levemente un estado más avanzado de la enfermedad. Así se aseguraba la atención personalizada de los pacientes.

### Materiales, instrumentos y procedimiento de investigación

Para el desarrollo de la investigación contamos con los siguientes materiales facilitados por el equipo médico de la UD del HUVA que han sido planificados en el momento de la conceptualización y diseño del taller, y desarrollados durante el mismo:

a) Evaluación neuropsicológica pre y post taller realizada por el equipo de la UD del HUVA en el que se realizaron diferentes pruebas de diagnóstico .

b) Evaluación neuropsicológica, realizada por las neuropsicólogas de la UD, durante el desarrollo de las distintas sesiones del taller. En esta evaluación se prestó atención a elementos comportamentales muy concretos de los pacientes. Para ello se elaboró una hoja de registro donde se evalúan

síntomas neuropsiquiátricos conductuales, niveles de atención, emociones y otras observaciones relacionadas con la habilidad de los participantes para expresar, describir e identificar sus emociones.

c) Evaluación de la psicóloga clínica de la UD a los familiares de los participantes, para la que se ha elaborado una hoja de evaluación post- taller, donde se evalúa con preguntas abiertas el grado de satisfacción y los ítems del TAS- 20 anteriormente señalados en la hoja de registro de la evaluación neuropsicológicas; pero en este caso la valoración se realiza a través de la perspectiva de los familiares.

d) Otros datos e informes recogidos de las historias clínicas de los pacientes que marcan el grado de degeneración cognitiva y funcional que les atañen en el momento de la realización del taller.

Actualmente, de forma paralela al análisis e interpretación del material clínico anteriormente citado, y a través de las filmaciones de las distintas sesiones del taller estamos realizando un detenido proceso de investigación observacional analítico para evaluar la respuesta emocional de los pacientes a través de las expresiones faciales, vocales y corporales de los sujetos. Para garantizar una observación rigurosa se ha diseñado un procedimiento de observación que consta de tres fases claramente diferenciadas:

- Entrenamiento para la observación: Previamente a la visualización de la documentación gráfica los dos observadores han realizado un entrenamiento para el reconocimiento de expresiones faciales de la emoción a través del sistema informático MEET.

- Observación de control: Para garantizar la objetividad y eficiencia del observador principal se realiza una observación de control por parte de un segundo observador. Esta fase consiste en la observación y evaluación de un sujeto de investigación a lo largo de las 13 sesiones del taller. La

observación de control la realizan los dos observadores por separado y de forma independiente para asegurar la máxima objetividad, pero siguiendo unos criterios preestablecidos y ajustados.

- Observación/ evaluación del cuestionario: Una vez analizados los resultados de la evaluación de control se procede a la observación de la totalidad de las sesiones y sujetos implicados por parte del observador principal.

Para este análisis contamos con los siguientes instrumentos de investigación:

- Documentación gráfica del taller: Teniendo en cuenta que el taller forma parte de un proceso de investigación cualitativa, ha sido documentado gráficamente mediante un reportaje fotográfico y la grabación audiovisual de las distintas sesiones de forma sistemática para posibilitar la recogida de datos y el contraste de resultados de forma minuciosa.

- Programa informático Micro Expresión Training Tool (METT) de Paul Ekman (2003) para el entrenamiento de los observadores en el reconocimiento de microexpresiones faciales de emociones.

El psicólogo americano Paul Ekman (2004), pionero en el estudio de las emociones y de sus expresiones faciales, define el término microexpresión como un movimiento facial muy rápido que dura menos de una quinta parte de segundo que constituye una fuente importante de filtración y revela una emoción que la persona trata de ocultar.

- Método de detección de expresiones faciales de la emoción Facial Action Coding System (Ekman, P.; Friesen, Wallace V.; y Hager, Joseph C., 2002)

- Cuestionario CIEREA (Delgado, Hervás, Arnardotti, Castells, 2012) diseñado expresamente para la observación y descripción de los vídeos de las distintas sesiones, que cumple la función de guía de observación y de plantilla de recogida de datos. En este cuestionario se presta una

especial atención a los recuerdos evocados y las emociones que éstos provocan, a través del discurso y el lenguaje no verbal de los participantes.

## Resultados

Debido a que actualmente nos encontramos en la fase final de análisis de datos, todavía no podemos concretar con rigor científico resultados exhaustivos.

Aún así, los primeros resultados obtenidos de la investigación apuntan a la idea de que el contacto con el arte para las personas con EA supone una experiencia que estimula las emociones. El arte, a través de su capacidad para canalizar las emociones, puede contribuir a una liberación temporal de las 4AES comportamentales que atañen a los enfermos de Alzheimer: agitación, ansiedad, apatía y agresividad. De este modo, el arte puede llegar a proporcionar un alivio de los síntomas secundarios de la enfermedad, convirtiéndose así en un elemento que garantiza una mejora en la calidad de vida del paciente.

## Conclusiones

La demencia roba a las personas su libertad a través de la pérdida de memoria, la degeneración de sus capacidades, las progresivas limitaciones de movimiento y razonamiento o la merma de sus relaciones sociales. Los enfermos pierden sus capacidades pero no sus emociones, mantienen la capacidad de emocionarse hasta las últimas etapas degenerativas.

Actuaciones no farmacológicas como la psicoterapia verbal pueden resultar de ayuda en casos determinados por las dificultades de pensamiento y de comunicación de los pacientes. Sin embargo, el arte utilizado como terapia puede suponer un modo de comunicación. Experimentar con materiales artísticos, aunque con dificultades, les permite elevar su autoestima y el sentido de la propia identidad. La percepción guiada del arte puede suponer una forma de expresión indirecta y no verbal de los sentimientos y

emociones de los enfermos. El arte puede convertirse en un puente entre su vida anterior y la actual, además de ser una vía de escape de sus emociones negativas y sus angustias. Para los enfermos de Alzheimer el contacto con el arte supone un medio de expresión, un estímulo sensorial y un catalizador emocional.

Las personas con la enfermedad de Alzheimer sufren una progresiva degeneración emocional, pero siguen teniendo sentimientos y emociones hasta el último momento de sus vidas. Poco a poco van perdiendo la capacidad de reconocer y comunicar sus emociones de una forma normal y común que cualquiera entendería, lo que dificulta enormemente la empatía, y las relaciones sociales se vuelven cada vez más difíciles de mantener.

Las emociones son definidas como los fenómenos psicológicos y fisiológicos de corta duración que generan una reacción ante un estímulo de nuestro entorno. Hay que entender la emoción como una reacción, una respuesta. Las emociones alteran la atención, cambian comportamientos, generan respuestas y activan las redes asociativas de la memoria. Fisiológicamente las emociones producen respuestas corporales como: expresión facial, tono muscular, tono de voz o actividad inmediata en el sistema nervioso y endocrino. Las emociones sirven para establecer la forma de relacionarnos, y hay que tener en cuenta que tienen algunas características innatas comunes y otras variables, personales e individuales que difieren entre los individuos, grupos y culturas. (Rosen y Levenson, 2009).

En el arte, el papel que desempeña la emoción en el acto de expresión es particularmente relevante. Las emociones siempre surgen o están ligadas a aquel aspecto único e irreplicable de la situación experimentada que las provoca. El artista no tiene por finalidad describir una emoción en términos intelectuales o lingüísticos; ni siquiera en el caso del poeta que utiliza el lenguaje, dado que se trata de un uso expresivo y no enunciativo. La enunciación generalizada, la expresión individualizada.

El artista no describe la emoción, el artista "realiza el hecho que engendra la emoción"; la obra de arte no posee la emoción como su contenido significativo, sino que la expresa tratando de suscitar en otras personas nuevas percepciones de los significados del mundo común. En este sentido la obra de arte, a diferencia de los productos de la actividad científica, es una inmediata realización de la intención: expresa y provoca emociones. (Di Gregori y Ransanz, 2010).

Hacer accesible el arte a los pacientes de Alzheimer para convertirlo en un elemento conformador de su entorno significa aprovechar la naturaleza que lo caracteriza. El arte es un estímulo visual con fuertes componentes emocionales. El arte es expresión del sentimiento y una vez que el enfermo de Alzheimer lo percibe y lo asume, se puede convertir en un catalizador emocional, que despierta recuerdos y sensaciones dormidos, pero sobre todo es un estímulo que arranca emociones y reacciones de los enfermos de Alzheimer.

La progresiva pérdida de memoria o la pérdida de la capacidad de recordar que va sufriendo la persona que vive con Alzheimer tiene una fuerte consecuencia emocional en el enfermo, ya que lo despoja de su identidad e historia personal y de la consciencia de su existencia. El enfermo de Alzheimer vive el presente desorientado y con una sensación de frustración al sentirse incapaz de recordar hechos determinados, al no reconocer el significado de determinados elementos que forman parte de su vida diaria (objetos, lugares, personas...) y, al perder la capacidad de enfrentarse a situaciones complejas que antes de tener la enfermedad eran cotidianas para él, como cocinar o vestirse.



© Pablo García Mateo, fotógrafo. Pacientes y personal de la UD durante una sesión del taller

G. H. Riviére (1989) definió el patrimonio como un espejo en el que mirarnos y reconocernos. Para un enfermo de Alzheimer el patrimonio y el arte puede ser un estímulo visual, cognitivo y emocional que despierte parte de su identidad despojada y que avive recuerdos y emociones atenuadas que le permitan reconocerse así mismo.

Utilizar el arte como terapia puede estimular el sentido de dignidad propia, el estado de ánimo, la capacidad comunicativa y la interacción social, e incluso el acceso a los recuerdos de la memoria a corto y largo plazo o la situación física de los pacientes, así como la perspectiva y la actitud de sus cuidadores.

Buscar lo interior en lo exterior, en el arte, despertando impresiones personales y provocando vibraciones anímicas, es el objetivo de utilizar el arte y la cultura como terapia. La percepción artística es intuitiva y personal, se ve condicionada por las circunstancias del presente y del pasado individual. El papel del espectador es el de observar, conectar e identificarse con la obra, donde juegan un papel fundamental las circunstancias personales de cada uno y la historicidad del momento, el lugar y el tiempo que le ha tocado vivir.

Los museos, centros de arte y culturales dentro de su labor social y científica deben abrir vías de actuación para la inserción de los distintos segmentos de público con necesidades específicas como pueden ser los pacientes de Alzheimer, enfermos psíquicos, personas con Síndrome de Down

o cualquier otra patología o minusvalía que requiera una atención específica.

## Referencias bibliográficas

- Antúnez Almagro, C.; Arnardóttir, H. (2011): Art and Culture as Therapy against the Alzheimer disease. Editor: Greek Association on Alzheimer´s Disease and Related disorders. 7th Panhellenic Interdisciplinary and Medical Conference on Alzheimer´s Disease and Related disorders. Pp. 316-321.
- Arnardóttir, H. (2008): Chelete Monereo. Entretelas. [Catálogo de exposición] Museo de Bellas Artes de Murcia, Consejería de Cultura, Juventud y Deportes de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Antúnez Almagro, C.; Arnardóttir, H. (ed.) (2009): El arte de Entretelas, primer Taller de Arte y Cultura como Terapia contra el Alzheimer. Ediciones Tres Fronteras, Murcia.
- Delgado, M.; Hervás, R. M.; Arnardóttir, H. y Castell, P. (2012): Cuestionario de identificación de emociones y recuerdos en enfermos de Alzheimer (CIEREA). [Inédito]. Universidad de Murcia.
- Di Gregori, C.; Pérez Ransanz, A. R. (2010): Las emociones en la ciencia y en el arte. En: Castro, J.S. Y Marcos, A. (eds.): Arte y ciencia: mundos convergentes. Madrid, Plaza y Valdés Editores.
- Ekman, P.; Friesen, Wallace V.; y Hager, Joseph C. (2002): Facial Action Coding System. Salt Lake City, Research Nexus, Network Information Research Corporation.
- Ekman, Paul (2004): ¿Qué dice ese gesto? RBA Integral, Barcelona.
- Kandel, Eric R. (2011): El viaje del Alzheimer. En: Zeisel, J.: Todavía estoy aquí. Una nueva filosofía para el cuidado de las personas con Alzheimer. Madrid, EDAF.
- Riviére, G. H. (1993): La Museología. Curso de Museología/Textos y testimonios. Ediciones Akal, Madrid. [1ª edición: 1989]

- Rosen, H. J.; Levenson, R. W. (2009): The emotional brain: Combining insights from patients and basic science. En: Neurocase. 2009 June; 15 (3): 173-181.

---

[1] Dossier Alzheimer Internacional 2011. [recurso web]. Fundación Pasqual Maragall Alzheimer Internacional. [acceso mayo 2012]. Disponible en: [http://www.alzheimerinternacional.org/es\\_actualitat/](http://www.alzheimerinternacional.org/es_actualitat/)

[2] World Alzheimer Report 2010 [recurso web]. Alzheimer's Disease International. [acceso mayo 2012]. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/world-report>

[3] Dr. Carmen Antúnez Almagro, neuróloga y directora médica de la UD; Blanca García Torres, Begoña Martínez Herrada y Martirio Antequera Torres, neuropsicólogas de la UD; y Laura Vivancos, psicóloga clínica de la UD.

[4] Test de la A, Conteo de golpes, Trail Making, Dígitos directos e inversos, fluencia semántica y fonética, Test de Denominación de Boston, Praxias, Prueba cognitiva de Leganés, EuroQol- 5D, Escala IDDD, Escala de Alexitimia de Toronto (TAS- 20) y el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings

[5] Determinados ítems de síntomas neuropsiquiátricos conductuales del NPI: delirios, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad y conducta motora sin finalidad. Atención durante la sesión. Emociones manifestadas y determinados ítems del TAS- 20: ¿Le es difícil encontrar las palabras exactas para describir sus sentimientos?, ¿Es capaz de describir sus sentimientos con facilidad? y, ¿Tiene sentimientos que realmente no puede identificar?, desde dos perspectivas la del observador y la del paciente.

[6] Escala de Zarit -cumplimentada por los familiares-, MiniMental -test para evaluar el grado de degeneración cognitiva-, Escala de Blessed -de actividades de la vida diaria, hábitos, personalidad y conducta-, Test de Lawton y Brodie -Escala de actividades instrumentales de la vida diaria-.

# El tacto del espacio. Una lectura de los lugares de paso en clave fenomenológica

PEIRÓ LÓPEZ, JOAN BTA., MORANT GARCÍA, GUSTAVO

## Abstract

La presente comunicación surge como extensión del Proyecto Final de Máster "Tocar los lugares. Una propuesta para habitar el espacio". En este texto, abordamos brevemente las nociones de espacio y lugar en clave fenomenológica, poniendo en valor el sentido del tacto como vía de experimentación de nuestros entornos cotidianos.

## Del amplio espacio al lugar habitado

El concepto de espacio, tal y como lo encontramos en nuestros días ha sido entendido desde diferentes disciplinas y de distintos modos a lo largo de la historia. Si nos remontamos a las raíces de la cultura occidental, desde las definiciones espaciales no siempre unívocas de los atomistas, pasando por la chóra platónica o el topos aristotélico, y finalizando con las concepciones espaciales medievales, renacentistas o racionalistas entre otras, observamos como, la concepción que el hombre ha tenido del espacio, ha ido configurada en gran medida por la manera en la que este ha ido entendiéndose a sí mismo. Una concepción por lo tanto, estrechamente ligada a las consideraciones teológicas de cada etapa histórica.

No obstante, el momento histórico en que la noción de espacio adquiere los significados y matices que nos han resultado decisivos

en esta investigación, es a partir de las aportaciones que desde la fenomenología se han realizado al discurso del espacio. Bajo esta premisa, ya desde las primeras aproximaciones en paralelo a la idea de espacio vivido, entre el psicoterapeuta alemán Karl Dürkheim y el psiquiatra francés Eugène Minkowski, pasando por las opiniones de Merleau-Ponty o Bachelard, hasta finalizar con las conjeturas de Otto Friederich Bollnow, el espacio vivido o espacio vivencial como preferirá este último, se nos presenta como una entidad difícilmente desligable del sujeto que lo vivencia. Una concepción espacial, la fenomenológica, en plena contraposición con la idea de espacio abstracto o matemático, que, por otra parte, conforma la noción espacial socialmente más extendida.

Del mismo modo que la idea de espacio, la noción de lugar, íntimamente ligada a esta última, ha ido adquiriendo diferentes connotaciones a través del tiempo, en plena sintonía con cada una de las concepciones espaciales a las que ha ido asociada.

Así pues, el papel que le otorgará la escolástica al concepto de lugar difirirá en gran medida al lugar entendido por pensadores posteriores como Descartes, Locke o el propio Newton, a partir de los cuales, el lugar empieza a reconocerse como una parte concreta del todo espacial.

Ahora bien, es gracias a la fenomenología, y concretamente a las aportaciones de Heidegger, el que también la noción de lugar se enriquezca, y pase a diferenciarse del todo espacial por el hecho de haber sido habitado por el hombre. Apunta Heidegger: “El respecto del hombre con los lugares y, a través de los lugares, con espacios descansa en el habitar. El modo de habérselas de hombre y espacio no es otra cosa que el habitar pensado de un modo esencial.”

### Tocar el lugar

Las asociaciones entre la idea de espacio y su aprehensión mediante el sentido del tacto han sido realizadas, de manera puntual, por algunos de los mismos autores que han tratado el tema del espacio a lo largo de las distintas etapas históricas. En este marco, si sometemos el profusamente recurrido concepto de espacio táctil a un exhaustivo rastreo, nos aboca un conjunto de interpretaciones tan heterogéneas como las disciplinas de las que proceden.

Por otra parte, el interés por trazar ciertas similitudes entre el espacio percibido a través de la vista y el aprehendido mediante el tacto ha sido una constante sobre la cual los empiristas Berkeley y Locke ya intentaron arrojar algo de luz.

Pero es nuevamente desde el ámbito de la fenomenología desde donde se han realizado las aportaciones más interesantes para nuestra investigación.

Escasas son las alusiones por parte del fenomenólogo Gaston Bachelard al sentido del tacto en su *Poética del espacio* pero, muy sugerente resulta la que en el capítulo dedicado a la concha hace rescatando un texto del ceramista Bernard Palissy. Se trata de un libro de 1563 en el que Palissy proponía detalladamente la construcción de varios gabinetes o espacios, decía al final de la descripción del primer gabinete:

“Cuando el gabinete estuviese así construido, quisiera cubrirlo con varias capas de esmalte, desde la parte superior de las

bóvedas hasta su pie y pavimento: después de lo cual, quisiera hacer dentro un gran fuego para que los esmaltes se derritiesen y licuen sobre la citada construcción.”

Para Bachelard la intención de Palissy es clara:

“El hombre quiere aquí habitar una concha. Quiere que la pared que protege su ser sea lisa, pulida, hermética, como si su carne sensible debiera tocar los muros de su casa. El ensueño de Bernard Palissy traduce, en el orden del tacto, la función de habitar.”

Maurice Merleau Ponty, en cambio, aborda la cuestión táctil desde una perspectiva diametralmente opuesta. El autor rescata el problema empirista del ciego de Molyneux y se remite a las experiencias del cirujano Marius von Senden con los ciegos de nacimiento operados de cataratas.

El autor recuerda como después de la operación, el ciego no es capaz de poner en relación la forma tal y como la ve mediante sus ojos con su experiencia táctil previa, el enfermo afirma ver, pero no es capaz de identificar lo que ve. En esta situación, si se le plantea al enfermo el problema de tener que distinguir con la vista una forma circular de una rectangular, el paciente necesitará seguir con los ojos los bordes de la figura, tal y como lo hacía anteriormente con las manos, finalmente, el paciente siempre tenderá a acabar cogiendo los objetos con las manos para intentar asegurarse de que figura realmente es la que tiene ante sus ojos.

Ponty extrapola este problema al ámbito del espacio y se pregunta:

“¿Qué conclusión sacar de aquí? ¿Que la experiencia táctil no prepara para la percepción del espacio?”

Según el autor:

“Lejos de excluir la idea de un espacio táctil, los hechos prueban, por el contrario, que hay un espacio tan estrictamente táctil que

sus articulaciones no están ni estarán nunca en una relación de sinonimia con las del espacio visual.”

Pero hablar de una percepción táctil del espacio no nos aboca necesariamente a hablar desde la experiencia del invidente, aunque inevitablemente sí del sujeto desprovisto de la modalidad dominante de la vista.

Para Bollnow, por ejemplo, el tacto en el espacio vendría configurado por la oposición entre lo que el autor considera como dos aspectos del espacio, el espacio diurno y el espacio nocturno. Bollnow advierte de como en nuestras habituales concepciones espaciales, ciertas propiedades que solemos atribuirle al espacio como tal, serían más bien, propiedades específicas del espacio diurno, y en último lugar, como ese espacio diurno es eminentemente un espacio visual. Dice Bollnow al respecto de este último:

“La vista es la que predomina y los demás sentidos, el tacto y el oído, sólo son complementos, mientras que en la noche son ellos los que prevalecen y la vista queda excluida”

Una cuestión, la de la primacía de la visión sobre el resto de los sentidos, sobre la cual también han recaído otros autores. Es el caso del antropólogo estadounidense Edward Twitchell Hall . En La dimensión oculta, Hall dedica un capítulo al espacio táctil. Dice el autor:

“A pesar de todo cuanto sabemos acerca de la capacidad informativa de la piel, los diseñadores e ingenieros no han logrado captar la honda significancia del tacto, sobre todo del activo. No han comprendido cuánto importa tener a la persona relacionada con el mundo en que vive.”

En 1994 la revista toquiota de arquitectura a+u publicó un número especial titulado Cuestiones de percepción. Fenomenología de la arquitectura, que incluía textos de Alberto Pérez-Gómez, Juhani Pallasmaa y Steven Holl.

En Cuestiones de percepción, Pallasmaa escribe un artículo titulado Una arquitectura de los siete sentidos, un texto que ha sido publicado recientemente al castellano, aunque no bajo su estado original, sino dando forma a la segunda parte del libro Los ojos de la piel.

En la introducción de Los ojos de la piel Pallasmaa deja clara su intencionalidad:

“Con el título Los ojos de la piel quería expresar la importancia del sentido del tacto para nuestra experiencia y nuestra comprensión del mundo, pero también pretendía crear una especie de cortocircuito conceptual entre el sentido dominante de la vista y la reprimida modalidad sensorial del tacto.”

Para el autor, todos nuestros sentidos, incluida la vista, actuarían como especializaciones del tejido cutáneo, por lo tanto, todas nuestras experiencias sensoriales serían en última instancia, modos de tocar. Apunta Pallasmaa:

“(…) he aprendido que nuestra piel en realidad es capaz de distinguir una serie de colores; es más, vemos a través de la piel.”

Pero el autor también dedica un capítulo en especial a la cuestión táctil, el titulado La forma del tacto. En una descripción con tintes claramente fenomenológicos del acto de abrir una puerta dice:

“Es un placer apretar un pomo de una puerta que brilla por las miles de manos que han cruzado aquella puerta antes que nosotros; el limpio resplandor del desgaste se ha convertido en una imagen de bienvenida y hospitalidad. El tirador de la puerta es el apretón de manos del edificio.”

Pallasmaa muestra su preocupación por la consideración que se tiene de las herramientas infográficas a la hora de proyectar en arquitectura. Para el autor, las imágenes por ordenador, aplanan nuestras capacidades imaginativas, caracterizadas por otro lado, por su multisensorialidad:

“El ordenador crea una distancia entre el autor y el objeto, mientras que el dibujo a mano, así como la confección de maquetas, colocan al proyectista en un contacto háptico con el objeto o el espacio.”

Para Juhani Pallasmaa, citando sus propias palabras:

“el ojo es el órgano de la distancia y de la separación, mientras que el tacto lo es de la cercanía, la intimidad y el afecto”.

El texto de Holl, publicado en castellano y por separado recientemente, aunque breve, es sin duda una buena fuente respecto a nuestros intereses. En este pequeño libro Holl, además de cuestionar como tantos otros autores la cuestión perspectivista, entre otros asuntos como el color, la luz, la sombra o el sonido en la arquitectura, dedica un capítulo a la cuestión táctil. En El detalle: el reino háptico, dice el autor:

“El reino háptico de la arquitectura viene definido por el sentido del tacto. Cuando se pone de manifiesto la materialidad de los detalles que forman un espacio arquitectónico, se abre el reino háptico. La experiencia sensorial se intensifica; las dimensiones psicológicas entran en juego.”

Cierto es, que si fijamos nuestra vista en los productos que hoy en día se fabrican destinados al ámbito de la arquitectura, nos percatamos rápidamente que la mayor parte de los productos comercializados tienden hacia lo sintético. Nos encontramos

ante mobiliario y carpintería de madera con recubrimientos plásticos, superficies de metales anodizados o azulejos y cerámica vitrificadas por poner solo algunos ejemplos.

Por no hablar del amplio surtido de vinilos adhesivos que podemos encontrar en cualquiera de las grandes superficies comerciales destinadas al hogar y el bricolaje. La opinión de Holl es clara ante esta tendencia:

“Con estos métodos comerciales de fabricación, el sentido del tacto se embota o se elimina a medida que la textura, la esencia del material y el detalle se desplazan.”

Poner en relación directa la cuestión táctil con el hecho espacial, se nos presenta como una tarea compleja ya de entrada, si tenemos en cuenta la naturaleza misma del concepto de espacio. No obstante, rastrear las alusiones acaecidas en el seno de del ámbito de la fenomenología, u otras más recientes, pero en gran medida bajo las influencias de ésta, nos ha aportado las claves para entender el hecho de que mas allá del ámbito estrictamente fisiológico inherente a los sentidos de la vista o el tacto, el hecho de relacionarse con un lugar por medio del la experiencia táctil acarrea unas consecuencias con un alcance mucho mayor, el que se refiere a la manera de relacionarnos con el entorno y el mundo que nos rodea. La diferencia entre ser simples observadores o habitantes encarnizados del mundo.

- 
- [1] Durkheim, Karlfried Graf, Untersuchungen zum gelebten Raum, Munich, Neue Psychologische Studien, Vol. 6, 1932.
- [2] Minkowski, Eugene, Le Temps vecu. Etudes phenomenologique et psychopathologique, Delachaux, 1933.
- [3] Merleau-Ponty, Maurice, Fenomenología de la percepción, México, Fondo de Cultura Económica, 1957.
- [4] Bachelard, Gaston, La poética del espacio, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2009 [2a ed. En español, 10a reimpr.].
- [5] Bollnow, Otto Friedrich, Hombre y espacio, Barcelona, Labor, 1969.
- [6] Heidegger, Martin, Bauen Wohnen Denken, en: Vortäge und Aufsätze, 1954. Nos remitimos a la versión en castellano: Heidegger, Martin, Construir, habitar, pensar, en: Conferencias y artículos, Barcelona, Ediciones Serbal, 1994, p. 139.
- [7] Poincare, Henri, Science and Hypothesis, New York, The Walter Scott Publishing, 1905. p. 55 y sigu.
- Mach, Ernst, Space And Geometry In The Light Of Physiological, Psychological And Physical Inquiry, La Salle, Illinois, The Open Court Publishing ompany, 1906, [reedición 1960]. p. 7 y sigu.
- [8] Florenski, Pavel, La perspectiva invertida, Madrid, Siruela, 2005, p. 96.
- Quand le cabinet fera ainsi massonné, ie le viendray courrir de plufieurs couleurs d'esmails, depuis le fomet des voftes, iuf que s au pied & paue d'iceluy: quoy fait, ie viendray faire vn grand feu dedans le cabinet fufdit ; & ce , iufques à tant que lefdits efmails foyent fondus ou liquifiez fur ladite maffonnerie.
- Palissy, Bernard, Recepte véritable par laquelle tous les hommes de la France pourront apprendre à multiplier et augmenter leurs thrésors, La Rochelle, Imprenta de B. Berton, 1563, [las páginas de la edición original no están numeradas, nos referimos a las páginas 60 a 62]
- [9] Bachelard, Gaston, op. cit., p. 166.
- [10] Von Senden, Marius, Raum- und Gestaltauffassung bei operierten Blindgeborenen vor und nach der Operation, Leipzig, Barth, 1932
- [11] Merleau-Ponty, Maurice, Fenomenología de la percepción, México, Fondo de Cultura Económica, 1957, p. 238.
- [12] Merleau-Ponty, Maurice, op. cit., p. 239.
- [13] Bollnow, Otto Friedrich, Hombre y espacio, Barcelona, Labor, 1969, p. 194.
- [14] En esta línea no podemos pasar por alto las aportaciones realizadas desde el ámbito de la Psicología Ambiental. Desde el con texto español las investigaciones del sociólogo José Antonio Corraliza son un buen ejemplo de ello: Corraliza, José Antonio, La experiencia del ambiente. Percepción y significado del medio construido, Madrid, Editorial Tecnos, 1987.
- [15] Hall, Edward T., La dimensión oculta, México, Siglo Veintiuno Editores, 2003 [vigésimoprimer edición en español], p. 80.
- [16] V.V.A.A., Questions of perception. Phenomenology of architecture, a+u, 1994. reimpreso en: V.V.A.A., Questions of perception. Phenomenology of architecture, San Francisco/Tokio, William Stout Publishers/a+u Publishing, 2006.
- [17] Pallasmaa, Juhani, Los ojos de la piel, Barcelona, Gustavo Gili, 2006 [1ª ed., 2ª tirada, 2008], p. 10.
- [18] Pallasmaa, Juhani, op. cit., p. 10.
- [19] Pallasmaa, Juhani, op. cit., p. 58.
- [20] Pallasmaa, Juhani, op. cit., p. 58.
- [21] Pallasmaa, Juhani, op. cit., p.
- [22] Holl, Steven, Cuestiones de percepción. Fenomenología de la arquitectura, Barcelona, GG mínima, 2011, p. 34.
- [23] Holl, Steven, op. cit., p. 35.

# MÚSICA Y SALUD

---

3er Bloque temático



# Pictomusicadelfía: música, pintura y cerebro... ¿La neurona (o)culta?

OCTAVIO DE JUAN AYALA

## Abstract

La celeridad de los acontecimientos que transcurren en nuestra vida actual nos lleva a constantes sorpresas, innovaciones, conceptos y nuevos términos. Que artes como la música y la pintura den cobijo a un potencial perceptivo y emocional ingente y que éste se pueda aplicar como manantial de recursos terapéuticos, preventivos o emocionales aplicables a la salud del individuo, en principio, no nos debía sorprender: debió ser una intuición humana desde el principio de los tiempos. Como así lo constatan su aplicación en civilizaciones ya en civilizaciones milenarias tales como la egipcia o la griega.

Parámetros visuales y sonoros que, conjuntados y utilizados de una determinada manera, podían conseguir que la vida del ser humano adquiriera una dimensión de profundidad, belleza, satisfacción y placer que fraguaran una capacidad específicamente humana, en palabras de Nietzsche, que "le diera sentido a nuestra vida", a nuestro espíritu... pero también a nuestro cuerpo...

Alma -cuerpo, cuerpo -alma,... ¿Pareja de hecho, divorciados o unidos hasta que la muerte los separe...?

Dejemos este atávico problema filosófico que ha latido como un leitmotiv percutante e insistente en el corazón y en el pensamiento del ser humano durante toda su existencia hasta la fecha para otra ocasión uno u otros

foros , y centrémonos en las posibilidades y en el papel que la Pictomusicadelfía 2,3, término acuñado por nosotros, pueda desempeñar en la búsqueda de esa neurona única, que parece esconderse esquivo y traviesa en nuestro cerebro, y que quizás pueda mostrar alguna luz de cómo a través del procesa-miento perceptivo y emocional de las obras pictóricas y musicales nuestra salud se pueda verse beneficiada por ello.

Vayamos pues, en primer lugar, a abordar esa palabreja tan larga y extraña que responde al nombre de Pictomusicadelfía.

Este término fue acuñado por el violista e investigador que esto escribe en su Tesis Doctoral con Mención Europea (en idioma alemán) leída en la Universidad de Murcia el 25 de Octubre de 2010 4, para designar el hermanamiento o interrelación entre la Música y la Pintura a través del análisis de los recursos técnicos y expresivos. Fue concebida como herramienta metodológica y conceptual en la búsqueda de tres interrogantes: la posible existencia de un correlato neuronal musicopictórico determinado, es decir, un itinerario o camino de encendido neuronal específico cuando vemos pintura y escuchamos música simultáneamente; la segunda, si existen unos universales en la Música y en la Pintura, es decir, unos elementos, componentes o conceptos que, por sí solos, aislados o en unión con otros, puedan provocar los mismos efectos emocionales en las personas, con independencia de razas, continentes o religiones.

El tercer gran interrogante sería si estaría justificado, desde el punto de vista fisiológico, el posible fenómeno de la evocación entre la Música y la Pintura.

En los nuevos enfoques y datos, que han sido elaborados a través de estudios experimentales conductuales, electrofisiológicos con electroencefalografía (EEG) y de neuro-imagen, con resonancia magnética funcional (fMRI) llevados a cabo hasta la fecha en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad de las Illes Balears de Palma de Mallorca y en el Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie de la Universidad de Tübingen (Alemania), donde han tenido una participación decisiva, además del autor, su Grupo de Trabajo, formado por el Profesor Javier Campos Bueno 5 (Universidad Complutense de Madrid) y el Profesor Pedro Montoya (Universidad de las Illes Balears de Palma de Mallorca), con la supervisión del eminente Profesor Niels Birbaumer 6 (Universidad de Tübingen (Alemania)).

El vocablo Pictomusicadelfía (picto-musicadelfía) contiene, amén de las cinco primeras letras de cada uno de los adjetivos pictórico y musical respectivamente, y por ese orden, lo que puede resultar una obviedad, el término de nueva creación adelfía, que proviene del sustantivo del griego moderno **αδελφός, ού**, que significa "hermano". Este sustantivo resulta de la derivación del sustantivo de igual significado del griego clásico **αδερφός, ού** verificándose un proceso de palatalización de la letra r por la letra l, con lo que la fonética gana en suavidad. Y esa fue la razón por la que adoptamos la versión moderna y no la clásica para la fonética del sustantivo griego y, por ende, de nuestro término completo.

Así pues, la definición parcial del término sería la de "hermanamiento a través de la Pintura y de la Música" o "hermanamiento músico pictórico". La traducción original de la palabra hermanamiento al griego moderno es **αδελφοποίηση**, pero la hemos rechazado tanto por su longitud como por su dificultad de pronunciación, al menos, para un desconocedor de la lengua griega moderna. Las razones antes aludidas a la conveniencia de esta denominación

son las siguientes:

1) La sinergia que resulta de la fundición de 8 palabras y 38 letras (la interrelación entre la Música y la Pintura) en una sola palabra de 17 letras.

2) Aunque su valor denotativo sólo abarque 8 palabras (la interrelación entre la Música y la Pintura), su valor connotativo y, creemos, más específico, concreto y original, engloba a otras 10 más (a través del análisis de los recursos técnicos y expresivos) o sea, en total, 18 palabras y 88 letras fundidas en una sola de 17 (estamos en tiempos de crisis...). Y es ésta la razón fundamental por la que estamos convencidos se justifica esta nueva denominación, si somos coherentes con lo que se ha expuesto en los párrafos precedentes.

Son muchas y variadas las aproximaciones teóricas y experimentales que se han producido entre la Música y la Pintura y su relación con el cerebro desde el punto de vista de la psicología experimental o de la neurología. Como referiremos posteriormente, también se han dado pasos en la interrelación entre la Música y la Pintura al mismo nivel. Pero lo que hasta ahora no se había propiciado era esta interrelación a través del utillaje proporcionado por el minucioso análisis de cada uno de sus componentes, de la interacción entre ellos y el enfoque de cómo éstos provocan, a su vez, una determinada respuesta emocional. Y por ello consideramos honestamente, que esta denominación Pictomusicadelfía, lejos de suponer un atrevimiento lingüístico, que lo es, nos proporcionar una herramienta semántica que pueda operar en pos de la concreción y definición de su significado y la evitación de malentendidos y ambigüedades. Es decir, que con ella tan sólo se pretende ofrecer una herramienta útil para explorar las emociones de nuestro cerebro.

Una vez expuesto y explicado el porqué del título de esta ponencia abordemos los fundamentos, métodos y experimentos llevados a cabo por nosotros dentro del marco de la Pictomusicadelfía y, en segundo lugar, del "potencial" experimental, terapéutico y preventivo de la música, de su capacidad de

“penetración” emocional y de cómo creemos nosotros que todo ello puede aplicarse e implementarse en la mejora de la calidad de vida de pacientes, en especial, de los afectados por enfermedades neurodegenerativas tales como enfermedad de Alzheimer, síndrome de Down o autismo.

Estamos convencidos que los grandes artistas, verbigracia un Beethoven, cuando se decantó por el último de los 15 intentos de los dos últimos compases que servían de enlace entre el cuarto y el quinto movimiento 7,8, Presto, del Cuarteto de cuerdas Opus 131 en do sostenido menor, la única de sus obras a la que él denomina Meisterwerk, obra maestra, o cuando un Leonardo da Vinci elegía disponer de una determinada manera “la vasta narración visual que cubre los muros de la Grazie que es el fruto de miles de pinceladas diminutas, de millares de decisiones microscópicas”, como profunda y sugestivamente reflexiona Charles Nicholls hablando de la ejecución de La Última cena, en su señera biografía sobre Leonardo da Vinci 9, estos dos adalides del genio y la inteligencia de la que es capaz el ser humano, eran plenamente conscientes de que la elección de unos determinados elementos, componentes, parámetros, recursos técnicos o “ingredientes” suponían el descarte de otras infinitas posibilidades es decir, eran conscientes, de una manera sólo intuitiva quizás, de la destilación emocional y afectiva que esa elección engendraba. Gustav Mahler incidía en que “la única verdad sobre la tierra es nuestro sentimiento”.

El germen de estas ideas se remonta a mi infancia (ya sé que suena un poco cursi pero es la verdad, qué le vamos a hacer). Desde muy pequeño me han cautivado el fenómeno de la evocación músico pictórica (claro está, de niño no tenía conocimiento de estas palabras tan raras). Pero de lo que sí era consciente era de esa frase que hemos utilizado todos en muchas ocasiones de que “esa pintura me suena a esa música” o, viceversa, esa música me “me suena a esa pintura”, como ya aludía en las primeras líneas del presente artículo.

Demos ahora otra vuelta de tuerca: ¿qué tienen en común las Pinturas Negras de Goya y el

Cuarteto de cuerdas op. 131 en do sostenido menor de Beethoven? Para intentar dar respuesta a esta sugerente pregunta, quien esto escribe realizó un trabajo de investigación del Diploma de Estudios Avanzados o DEA, titulado Goya y Beethoven: vidas paralelas 10.

Siempre me sorprendió y me llamó poderosamente la atención la serie de coincidencias que había entre estos dos genios del Arte y como creo que con mucha frecuencia, la causalidad se disfraza de casualidad en la vida y en la historia, me decidí a investigar un poco.

Creo que no es casualidad el que habiendo nacido con 24 años de diferencia (recordemos que Goya nace en 1746 11 mientras que Beethoven lo hace en el 1770), mueran los dos con un margen de 11 meses: Beethoven en el 1827 12, y el genio de Fuendetodos, en el 1828. Tampoco creo que sea casualidad que, sin tener noticias ninguno de la existencia del otro ni de su obra, tuviesen tantas coincidencias en aspectos políticos sociales, históricos, amorosos, o en lo relativo a enfermedades. Siendo dos genios de eclosión tardía, de densa madurez, se da la sospechosa coincidencia de la decisiva influencia de la sordera en sus vidas y en sus obras. E. Bruce Goldstein, en su magnífico libro Sensación y percepción 13 recoge el testimonio de una paciente que era sorda y ciega y que manifestaba que era peor la sordera porque la ceguera aísla de las cosas, en tanto que la sordera lo hace de la gente. El caso de Beethoven es más conocido y, obviamente, puesto que, como reconoce en el Testamento de Heiligenstadt en 1802 14, la sordera le obliga a refugiarse y aislarse de la sociedad y sus encantos, con los que tanto disfrutaba, y se va apartando en torno a 1800 de su faceta de concertista de piano, porque ya no lo oye; después, de la gran formación orquestal, porque ya no puede escuchar el color de su querido clarinete, para refugiarse al final en el cuarteto de cuerda. A Goya le sucede un tanto de lo mismo, mucho menos conocido por cierto, puesto que la sordera, (como reconoce en las cartas a su amigo Martin Zapater) 15, aparte de limitar mucho sus relaciones sociales ( recordemos que dimite como Director de Pintura de la Real Academia de Artes de San Fernando porque no podía escuchar, se cierra en sí mismo y en su Pintura, para terminar en la

técnica de los grabados en su obra gráfica y en las Pinturas Negras 16, a partir de 1800 y 1819 respectivamente.

Y aquí tenemos lo que yo considero más importante de todo. Estos dos genios tuvieron tal seguridad y tal convicción de su trascendencia como artistas para la Humanidad que, en una muestra de honestidad, sinceridad e inteligencia, eligieron, en el final de sus días, los soportes y recursos técnicos que mejor podían ayudarles a destilar y encauzar su genialidad en un contexto muy limitado por su salud y circunstancias físicas.

Las dos experiencias más impactantes dentro del desarrollo de aquel trabajo que tuve el privilegio de vivir fueron, una, en el Museo del Prado, y la otra con la Integral de los 17 Cuartetos de cuerdas de Beethoven 17. Con permiso especial del director de dicho Museo, tuve la suerte de estar cinco horas en las tres salas de las Pinturas Negras de Goya, con la sola compañía de la guardia de seguridad, mi trípode, mi cámara de fotos (con las que se realizaron las imágenes de los cuadros de Goya que aparecen en el pre-sente artículo), mi disc-man, mis partituras de los Cuartetos de Beethoven, y mi cuaderno de notas. Durante las tres primeras horas me dediqué a ir de un cuadro otro escuchando tres o cuatro veces seguidas los diferentes movimientos del Cuarteto de cuerdas op 131 en Do sostenido menor, intentando interrelacionar diferentes motivos, movimientos o fragmentos musicales con los diferentes cuadros o fragmentos de ellos de las mencionadas Pinturas Negras, experiencia de la que intentaremos hacer un sucedáneo dentro de un rato. La segunda experiencia fue el enorme privilegio que supuso interpretar, con mi cuarteto Almus, y como primer cuarteto español que desde 1915 la había abordado, la Integral de los 17 Cuartetos de cuerdas del genio de Bonn. Aparte del lógico gozo como músico al interpretar el corpus musical más sólido de toda la historia de la Música (y no lo digo yo sólo, sino personas mucho más sabias e importantes que yo), esta experiencia me dio la oportunidad de poder mirar y enfrentarme cara a cara con toda la estructura y motivos compositivos inmersos en este corpus musical durante los varios años de

preparación. Recordaré que el cuarteto es la formación musical por excelencia, en cuanto a que es, compositivamente, la de la desnudez estructural personificada con sólo cuatro voces; es el strip-tease de la Música clásica desde el punto de vista compositivo. Todo buen compositor les dirá siempre que lo más difícil de componer es un cuarteto...

La idea fundamental es que cada acorde, cada sonido, cada pincelada, cada pintura, tienen explícitos elementos y/o componentes que, a su vez, forman conceptos 18 tales como velocidad, dinámica, densidad, aceleración, tesitura, ritmo etc. Analizar estos componentes 19 y establecer un paralelismo pictórico musical común es la vía principal de investigación nuestros experimentos.

Como decíamos en anteriores páginas, tres son las grandes preguntas que se plantean: la primera es si existe un correlato neuronal musicopictórico determinado; la segunda, si existen unos "universales" en la Música y en la Pintura, es decir, si unos determinados parámetros, elementos, "ingredientes" pictóricos o musicales provocan unas determinadas respuestas emocionales en el espectador, con independencia de razas, continentes o religiones. El tercero de los interrogantes sería el de si está justificado, desde el punto de vista fisiológico 20,21, el posible fenómeno de la evocación entre la Música y la Pintura.

Quisiéramos aclarar que la originalidad de nuestra aproximación (iniciada en 2006) radica en la confrontación de obra de arte pictórica y la obra de arte musical y su respuesta emocional 22. Hasta ahora se había trabajado confrontando estímulos visuales y sonoros puros o, todo lo más, obra de arte visual o pictórica con estímulo puro, pero nunca siendo los dos estímulos obras de arte, con la complejidad del propio estímulo y de la interacción que ello implica.

Y ahora vamos a intentar explicar uno de los experimentos realizados por nuestro grupo de trabajo formado por el propio profesor Campos Bueno y el profesor Pedro Montoya de la Universidad las Islas Baleares de Palma de Mallorca, todo bajo la supervisión del profesor alemán Niels Birbaumer, de la Universidad de

Tübingen (Alemania), pionero en la aplicación del neurofeedback con ordenadores a través del BCI, el Brain Computer Interface.

Para la evaluación emocional de nuestros estímulos se utilizaron las escalas de autoevaluación emocional SAM (Self Assessment Manikin) de Peter Lang 23, en forma de maniqués o muñequitos, que viene considerándose el método más utilizado y fiable hasta la fecha de evaluación del componente emocional a nivel conductual. Estos maniqués, evalúan, del uno al nueve, las dos dimensiones más importantes de la emoción: la valencia, que va de muy desagradable a muy agradable, y el arousal, que va de muy calmado a muy activador.

El primero de los experimentos conductuales realizados consistió en que un total de 298 sujetos, como yo les llamo cariñosamente, mis cobayas, evaluaron un total de 52 pinturas o fragmentos de ellas y otros tantos 52 fragmentos musicales elegidos de entre toda la historia la Humanidad, en función de conceptos como velocidad, aceleración, densidad, tonalidad, ritmo, contraste dinámico o agógico (relativo a la velocidad), valores programáticos o iconográficos.

Todo ello se hizo, vía Internet, a través del Campus Virtual de la Universidad Complutense de Madrid, como si se tratase de un examen online. Los resultados del primer experimento elicitaron unos resultados que se adaptaban a las escalas normativas del IAPS (escalas de normalización conductual).

Para aclarar y resumir, simplemente diré que nuestros estímulos musicales mostraron una mayor valencia (agradabilidad) y un mayor arousal (activación) que los estímulos pictóricos. El segundo experimento se centró en la interacción entre la Música y la Pintura. Se utilizó el mismo método, con 203 probandos, que esta vez evaluaron 32 pares de estímulos musicales, en forma de videos, con fragmentos musicales y pictóricos seleccionados de acuerdo a las valoraciones de valencia y arousal del primer experimento.

Estos 32 pares de vídeos se agruparon,

básicamente, en cuatro bloques, (tal y como aparecen en la Figura 11), emparejando, música agradable con pintura agradable, música agradable con pintura desagradable, música desagradable con pintura agradable y música desagradable con pintura desagradable.

Vayamos a los resultados en valencia, que recordemos, evalúan la agradabilidad; es decir, el número 1, una valencia pequeña, sería muy desagradable, mientras que el número 9, una valencia grande, sería muy agradable. Así pues, cuando vemos una pintura agradable, una música agradable, hace que suba un poco esa agradabilidad.

Cuando vemos esa misma pintura agradable con una música desagradable, hace que disminuya mucho su agradabilidad. Cuando vemos una pintura desagradable, una música agradable, hace que pierda desagradabilidad. Aquí se aprecia el gran poder afectivo de la Música. Pasemos ahora a la influencia de la Pintura sobre la Música, también en valencia. Cuando tenemos una música agradable, una pintura agradable hace que esa música pierda agradabilidad. Aquí se produce un curioso posible efecto distractor de la pintura agradable del que todavía no tenemos una explicación suficientemente fundamentada.

Veamos ahora a los resultados en arousal, la activación, que, recordemos, va de muy calmado, valor 1, a muy activador, valor 9. Así pues, si estamos viendo una pintura activadora, una música activadora, hace que la pintura aumente todavía más su activación. Si, por contra, tenemos una pintura calmada, una música calmada, hace que pierda mucha calma, producto, de nuevo, de la potencia emocional de la Música. Y por último, si tenemos una música activadora, y vemos una pintura activadora, la música pierde algo de su activación. De nuevo tenemos, aunque en menor intensidad, el efecto distractor de la pintura. Y ya por último, si tenemos una música activadora, y le ponemos una pintura calmada, la música pierde mucha de su activación. He aquí de nuevo la interrelación recíproca entre la Música y la Pintura 24.

Así pues, las conclusiones, son que, en la interrelación recíproca entre la Música la Pintura, nuestros estímulos musicales han

tenido más influencia en los pictóricos que viceversa, elicitando la música un mayor poder afectivo que nuestras pinturas, y la pintura, el efecto distractor sobre la música. En cualquier caso, estos resultados sugieren que los estímulos pictóricos y musicales 25 mostraron diferentes patrones de experiencia emocional subjetiva.

Esta experimentación de tipo conductual está siendo cuantificada también por otras experimentaciones electrofisiológicas y de neuroimagen.

Para ponerles un ejemplo de cómo creemos que podemos descubrir e investigar cuál es el valor emocional real de los diferentes componentes/parámetros/elementos, en una palabra, ingredientes, que la Música y la Pintura poseen, veamos un ejemplo de una sopa. Supongamos que tenemos dos cuencos de una misma sopa, una sopa X y una sopa Y. Los dos cuencos tienen exactamente iguales condiciones meteorológicas y ambientales, el mismo tipo de cazo, la cantidad de los ingredientes, el número de ingredientes, la cantidad de agua, la cantidad butano, etc. La única diferencia es la ausencia o la presencia de 20 g de sal. Bien. Supongamos que hiciésemos un experimento electrofisiológico con un casco de electrodos aplicado en la cabeza de diferentes sujetos y lográsemos la respuesta emocional que se da a uno u otro cuenco. Por ejemplo, supongamos que al cuenco X se le da un valor 1, y al Y, un valor 5.

Así pues, resultaría, que el valor emocional exclusivo del componente sal, puesto que es el único que cambia, sería de 4. Por tanto, un componente/parámetro/ingrediente determinado generaría un valor emocional autónomo e independiente cuantificable. De cuáles sean éstos, de la cantidad empleada de cada uno y de cómo se interrelacionan entre sí, dependerá el resultado fisiológico y, por ende, afectivo que determinen en nosotros. En el fondo (y en la forma), el ser humano es pura química (física).

Y así como la mezcla de diferentes compuestos químicos en un laboratorio pueden desencadenar una nefasta explosión o un maravilloso perfume, así también

en una comida, en una pintura o en una obra musical, (al fin y al cabo, todos ellos estímulos percibidos), la intervención de sus componentes tendrá una inevitable reacción al pasar por nuestros circuitos emocionales en nuestro cerebro, ese manojito de materia gris (y blanca, por aquello de la estética polícroma) sobre cuya complejidad tan poquito sabemos, y en busca de la cual este libro pretende servir de modestísima brújula, preparando una apasionante viaje a través del autoconocimiento de nuestro sentido estético y nuestras emociones, de camino a esa tan peculiar felicidad que destila el hecho de conocernos un poquito más a nosotros mismos y, obviamente, a los demás.

A modo de ejemplificación del todo ello, imagínese, querido lector, la escucha de cuatro ejemplos que ya fueron utilizados como material experimental. Se trata del mismo fragmento del tema del Cumpleaños Feliz; el primero, a velocidad normal a 60 pulsos de metrónomo por minuto en el modo original, es decir, en el modo mayor; el segundo es el mismo fragmento, también en modo mayor, pero a una velocidad superior, a 160 pulsos por minuto; el tercer caso es en modo menor a velocidad normal, es decir, a 60 pulsaciones por minuto. Y el último ejemplo, corresponde al fragmento en modo menor, pero mucho más rápido, a 160 pulsaciones por minuto.

Confiamos en que la cuantificación emocional de estos parámetros con este sui generis "método minus one", que ya nos está proporcionando resultados interesantes, vayan ampliando nuestros conocimientos de cómo el cambio y la utilización de los diferentes parámetros y elementos técnicos musicales y pictóricos empleados puedan modular la emoción y la propia percepción.

A toda esta concepción teórica siguió una experimentación con registros de electroencefalografía (EEG) realizados en la Universidad de las Islas Baleares en Palma de Mallorca utilizando los 32 pares de vídeos previamente evaluados en valencia y en arousal, que ya conocemos, cuyos resultados todavía están siendo analizados, pero que parecen ir en la misma dirección indicada anteriormente. Previstos están registros con

resonancia magnética funcional (fMRI) en la Universidad de Tübingen en Alemania.

Otro de los campos donde se prevé pueda aplicarse nuestros estímulos con una intención diagnóstica o terapéutica en la enfermedad de Alzheimer o en la esquizofrenia es el de la realidad virtual, más concretamente en la única "cueva" de tres dimensiones con cinco caras existente en el sur de Europa, sita en el CESVIMA, perteneciente a la Universidad politécnica de Madrid, bajo la supervisión del eminente neurobiólogo es-pañol Javier de Felipe.

Otra, a priori, insospechada aplicación de cómo el potencial que encierra la música per se puede aplicarse a la investigación cerebral y, más concretamente, a la incidencia que sobre la formación y estructura de las espinas de cristas de nuestras de un neuronas pueden tener en la degradación de estas en los diferentes estados de la evolución de enfermedades neurodegenerativas como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, ha sido el proyecto, también supervisado por Javier de Felipe, del programa informático desarrollado conjuntamente por las Universidades Politécnica y la Juan Carlos I de Madrid, y el CSIC. Partiendo de la idea de que lo audi-tivo puede ser más efectivo para la detección de irregularidades y frecuencias que lo visual, hemos desarrollado este programa informático de la sonificación de las espinas dendríticas, es decir "ver" estas mínimas estructuras (a modo de espinas, que aparecen en las "ramas" de nuestras dendritas, de tan vital importancia para las sinapsis cerebrales) a través del sonido, de tal manera que se genera una partitura real escrita que muestra la configuración real de los cuatro parámetros más importantes desde el punto de vista fisiológico de estas estructuras. Este programa neuroinformático pretende servir de herramienta de trabajo diaria para los neurobiólogos e investigadores que dedica muchas horas diarias a "ver", comparar y analizar estas estructuras fisiológicas.

Otra línea de investigación iniciada recientemente a través de la asociación

Argadini de Madrid, especializada en la aplicación de terapias artísticas en personas con autismo y síndrome de Down, fundamentalmente, pretende encontrar soportes tecnológicos que permitan la detección, investigación, evaluación y desarrollo de las capacidades afectivas y emocionales con este tipo de discapacidades.

Otro experimento llevado a cabo en Enero de 2012 en el Centro Párraga de Murcia fue el Proyecto ARTYCIENCIA: Beethoven y la pintura en tu cerebro LIVE EXPERIEN-CE. Consistía en un Concierto /Experimento musicopictórico con el Cuarteto de cuerdas op. 131 de Beethoven, interpretado por el Cuarteto Almus, y cuadros de Calero & Lara. Está integrado dentro de la actividad experimental que viene siendo desarrollada por el Grupo de Trabajo formado por los profesores Octavio de Juan Ayala, Director del Proyecto ARTY-CIENCIA (Conservatorio de Alicante y Cuarteto Almus), Javier Campos Bueno (Facultad de Psicología) de la Universidad Complutense de Madrid y Pedro Montoya (Universidad de las Illes Balears), todo ello supervisado por el eminente profesor alemán Niels Birbaumer (Universidad de Tübingen, Alemania), y la inestimable colaboración artística del Cuarteto Almus y de los pintores murcianos Juan Antonio Martínez Calero, Calero y José López Lara, Lara), y que cuenta con el rotundo apoyo del prestigioso neurobiólogo español Javier de Felipe, director científico del Proyecto Cajal Blue Brain adscrito a la Universidad Politécnica de Madrid y Agencia Estatal CSIC. De igual manera, Artyciencia cuenta con el apoyo de la Asociación Argadini, que se sirve del arte y de la creatividad para la mejora del desarrollo personal de personas con distinta discapacidad.

La experiencia, de una duración aproximada de 65 minutos, consiste en la actuación en directo del Cuarteto Almus interpretando el Cuarteto op. 131 de Beethoven, recordemos, la única obra reconocida por su propio autor como Meisterwerk (obra maestra), visualizándose simultánea y sincronizadamente con una veintena de imágenes pictóricas realizadas ad hoc por el

pintor Juan Antonio Martínez Calero, Calero y José López Lara, Lara, utilizando en ellas una traducción procedimental pictórica de los recursos y medios expresivos musicales empleados por Beethoven, obtenida tras un minucioso análisis de los recursos y medios expresivos a través de unas propuestas de paralelismo físico y perceptivoemocional.

Esta experiencia pretende legitimar, desde un punto de vista conductual, la validez de esta propuesta de interrelación entre los elementos/ componentes musicopictóricos utilizados por los respectivos artistas (separados por casi dos centurias), con la posibilidad de contar con una ingente y retroalimentable cantidad de probandos (tantos como espectadores que libremente acepten cumplimentar los tests conductuales habilitados, junto con el programa de mano, a la entrada de la actuación- espectáculo). Estos resultados podrán servir de sólido fundamento en pos de

nuestra investigación sobre la posible existencia de universales en la música y en la pintura, de un correlato neuronal musicopictórico determinado y del posible fenómeno de la evocación musicopictórica a nivel de los circuitos neuronales del cerebro (con experimentación conductual y electrofisiológica).

Es decidida aspiración del Proyecto Artyciencia, la exportación del mismo a diferentes continentes y culturas del mundo con el objetivo de que la validez de los resultados experimentales puedan contrastarse con espectadores de diferentes religiones, razas, culturas y continentes, de manera que se pueda ampliar el diálogo multicultural antropológico puro a través de la expresión emocional del hombre.

Y también la de esta ponencia que acaba de llegar a su fin...

- 
- [1] Storr A. *Music and the Mind*. HarpersCollins Publishers, London. 1992. (ed. espa-ñola. *La Música y la mente*, Ed. Paidós, Barcelona. 2002). [www.pictomusicadelfia.com](http://www.pictomusicadelfia.com)
- [2] De Juan Ayala, O. ¿Beethoven y Goya en tu cerebro? *Pictomusicadelfia para todos. Música, pintura, gastronomía y cerebro*. Ed. Compobell. Murcia, <http://www.tesisenred.net/TDR-0112111-115956/index.html>
- [3] De Juan O, Montoya P, Campos-Bueno J.J., Birbaumer N. *Emotional Dimensions of Music and Painting*. 2012. (To be submitted)
- [4] Birbaumer, N. & Öhman, A. (Eds.) *The Structure of Emotion. Psychophysiological and cognitive-clinical perspectives on emotion*. Hogrefe & Huber, Toronto.1993.
- [5] Storr A. *Music and the Mind*. HarpersCollins Publishers, London. 1992. (ed. espa-ñola. *La Música y la mente*, Ed. Paidós, Barcelona. 2002). [www.pictomusicadelfia.com](http://www.pictomusicadelfia.com)
- [6] De Juan Ayala, O. ¿Beethoven y Goya en tu cerebro? *Pictomusicadelfia para todos. Música, pintura, gastronomía y cerebro*. Ed. Compobell. Murcia, <http://www.tesisenred.net/TDR-0112111-115956/index.html>
- [7] De Juan O, Montoya P, Campos-Bueno J.J., Birbaumer N. *Emotional Dimensions of Music and Painting*. 2012. (To be submitted)
- [8] Birbaumer, N. & Öhman, A. (Eds.) *The Structure of Emotion. Psychophysiological and cognitive-clinical perspectives on emotion*. Hogrefe & Huber, Toronto.1993.
- [9] Beethoven L.v. *Cuaderno de Conversaciones vol. I y II*. Ellago Ediciones, Caste-llón. 2001.
- [10] Beethoven L.v. *Complete Strings Quartets (from the Breitkopf and Härtel Com-plete Works Edition* Dover Publications, New York 1970.
- [11] Nicholls, C. *Leonardo da Vinci, Flights Of The Mind*,Penguin (Non-Classics), 2005, (trad. esp. Leonardo, El vuelo de la mente, Taurus, Madrid 2006, p.326.
- [12] Plutarco. *Vidas paralelas. Alcibiades-Coriolano; Sertorio-Eumenes*. Alianza Editorial, Madrid. 1998.
- [13] Baticle J. *Goya*. Grijalbo-Mondadori, Barcelona. 1995.
- [14] Dahlhaus C. *Ludwig van Beethoven und seine Zeit*. Laaber Verlag, Laaber 1987.
- [15] Bruce Goldstein E. *Sensación & Perception*, 5 th edition. Wadsworth Publishing. 1999 (ed. española, *Sensación y percepción*. International Thomson Editores, Mexico, 2004. p.215-221.
- [16] Rolland R. *Beethoven. Las grandes épocas creadoras*. Librería Hachette, Buenos Aires.1941. vol .II pág. 56.
- [17] De Salas X, Águeda M. *Cartas a Martín Zapater*. Ediciones Turner, Madrid. 1982.
- [18] Arnáiz J.M. *Las Pinturas Negras de Goya*. Edic.Antiquaria, Madrid. 1996.
- [19] De la Guardia E. *Los Cuartetos de Beethoven*. Editorial Labor, Madrid. 1954.
- [20] Wölfflin H. *Conceptos fundamentales de la Historia del Arte*. Espasa Calpe, Ma-drid. 1924.
- [21] Held J. *Farbe und Licht in Goya`s Malerei*. Walter de Gruiter, Berlin. 1964.
- [22] Hubel, D.H. y Wiesel, T.N. Receptive fíelds of single neurons in the cat`s striate cortex. *J. Physiol. Lond*.1959.148, pp.574-591
- [23] De Juan Ayala, O. *Induced Emotion by the Music and Painting*. *Art and Science: exploring the limits of human perception*. Benasque. Spain, 12-Jul 17 2009, Org. L.M.Martínez, S.Martínez-Conde, M.A.Nieto,T.N.Wiesel,
- [24] Zeki S. *Inner Vision: an exploration of art and the brain* Oxford University Press, 1999 (ed. en español. *Visión interior. Una investigación sobre el arte y el cerebro*. Machado Libros, Madrid. 2005.
- [25] Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. *International affective picture system (IAPS): Instruction manual and affective ratings*.Technical Report A-4. Gaines-ville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, Univ.of Florida. 1999.
- [26] Peretz, I., Zatorre, R. et al. (2008). *Songs of experience. Music and the Brain*. A New York Academy of Sciences eBriefing based on the conference Neuroscience and Music. McGill U. Montreal, June 25-28.
- [27] Konorski, J. *Integrative activity of the brain: An interdisciplinary approach*. Uni-versity of Chicago Press. Chicago. 1967.

# Musicoterapia en el Hospital de Denia

A. ALEGRE SOLER, BELLVER VERCHER

## Abstract

En la última década se ha incrementado considerablemente en nuestro país el desarrollo de la musicoterapia como disciplina reconocida terapéuticamente, tanto a nivel formativo como profesional y científico. De este modo, es más frecuente la difusión de las posibilidades que ofrece la música como potente agente terapéutico y esto conduce a una mayor demanda e implementación de la musicoterapia en el ámbito de la salud y más concretamente, en el ámbito que nos concierne en este congreso, el sanitario.

El Hospital de Denia desarrolla, desde marzo de 2011, un programa de musicoterapia integrado dentro del Proyecto cuidArt. El equipo de musicoterapia de este hospital, integrado por las musicoterapeutas Isabel Bellver y Ana Alegre, pretende mostrar cómo es posible y necesario concebir la musicoterapia como terapia complementaria al tratamiento sanitario que reciben los pacientes en las diferentes unidades, formando parte del equipo multidisciplinar y participando así de la mayor humanización de la atención sanitaria.

La incorporación de la musicoterapia al equipo multidisciplinar es implementada mediante la sistematización de nuestra metodología de trabajo y la aplicación de unos protocolos eficaces de actuación y valoración de nuestra intervención.

A través de este artículo se pretende mostrar la experiencia llevada a cabo en las cuatro unidades en las que está presente la musicoterapia en nuestro hospital: hemodiálisis, psiquiatría, neonatología y hospital de día oncológico.

## Unidad de hemodiálisis

La estructura de las sesiones se ha ido modificando hasta adaptarse a las características específicas de esta unidad y de sus pacientes, quedando siempre abiertas a posibles modificaciones atendiendo a las circunstancias y demandas del personal sanitario.

En la actualidad, el protocolo de actuación de las musicoterapeutas está incorporado al funcionamiento de la unidad quedando establecidos los siguientes pasos:

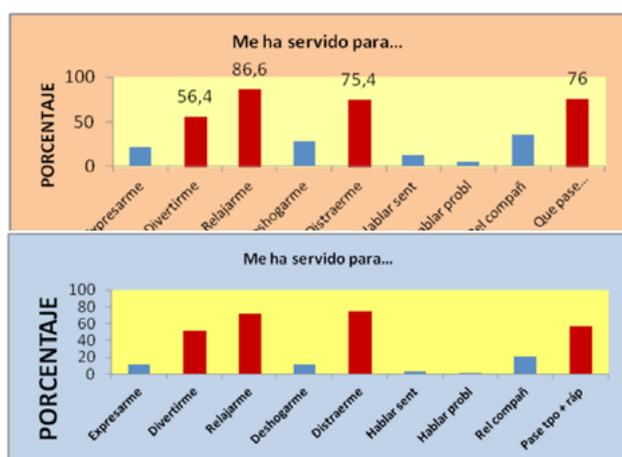
1. Recogida de información aportada por el jefe de enfermería y por el médico de la unidad.
2. Preparación de la sala para la sesión de musicoterapia.
3. Intervención.
4. Aplicación de los protocolos post-sesión por las musicoterapeutas los días convenidos.
5. Recogida del material instrumental.
6. Rellenado y entrega de la ficha diaria de sesión al jefe de enfermería.

En la unidad de Hemodiálisis, los objetivos planteados desde el servicio de musicoterapia son: favorecer la normalización del entorno, facilitar el control del dolor/malestar, reducir tensiones, facilitar la expresión de emociones y favorecer la asunción de las circunstancias de los pacientes.

En función de las características de este servicio, y tomando en cuenta la evolución a lo largo del proceso de intervención, podemos decir que se han conseguido resultados significativos en los objetivos inicialmente previstos de forma general.

A continuación, se adjuntan dos gráficas donde se pueden observar las respuestas de los pacientes a la pregunta ¿Para qué le ha servido la sesión de musicoterapia? Estos datos son muestra objetiva de la consecución, a niveles distintos, de los objetivos planteados.

GRÁFICA DEL TURNO DE MAÑANA



Los datos anteriores muestran cómo las sesiones de musicoterapia ayudan a los pacientes a reducir tensiones a nivel corporal ya que contamos con verbalizaciones explícitas a este respecto, comparando positivamente su sensación actual de relajación con respecto a su estado previo a la sesión. Del mismo modo, estos comentarios apoyan la afirmación de que la sesión les sirve para favorecer al paciente en el control de su dolor/malestar, ya que aumentan las referencias que apuntan a que la sesión de musicoterapia les ayuda a sentirse mejor. Se puede apreciar claramente en algunos pacientes un cambio sustancial en

su forma de estar corporalmente en la sesión, reincorporándose hacia una postura más erguida, aumentando la actividad e intensidad de las emisiones vocales, acompañadas de manifestaciones de alegría, ya sea mediante risas o comentarios jocosos, que ponen de manifiesto un mayor bienestar en el transcurso de la sesión. El hecho de que los pacientes expresen que se divierten o distraen de sus preocupaciones en la sesión justifica la asunción de las circunstancias actuales, a este respecto hemos notado un cambio significativo en la manera de “verse y sentirse” en la sesión y de proyectarse a través de las experiencias musicales. Asimismo, decir que se ve claramente cómo a lo largo de la sesión todos se sienten parte del mismo grupo, y tienen palabras de aliento para aquél que ven más bajo de ánimo, siendo capaces incluso de bromear a partir de sus malestares. Otro de los objetivos a mencionar es posibilitar la expresión de emociones por parte de los pacientes, las temáticas abordadas a nivel verbal, mediante las canciones, ponen de manifiesto una mayor expresividad a nivel personal entre los pacientes y con el personal sanitario. En las últimas sesiones asistimos a dinámicas grupales musicales que generan un mayor acercamiento afectivo entre todos los presentes, propiciando la participación activa del personal sanitario. Esto estimula evidentemente la comunicación y por tanto, potencia los recursos sanos de cada uno, por lo que la asunción de las circunstancias actuales cambia radicalmente hacia la aceptación y la posibilidad de potenciar lo bueno, lo conservado, por encima de lo que ya no tienen o han perdido. Los pacientes disfrutaban del hecho de poder compartir con otros su sentir, mediante las canciones evocadas a lo largo de la sesión.

Tras los análisis realizados se puede constatar que coinciden en los 2 grupos la asignación de las mayores puntuaciones para las mismas variables (divertirse, distraerse de sus preocupaciones, relajarse y que les pase el tiempo más rápido). Este dato podría seguirse analizando en futuras investigaciones para confirmar si estos resultados se podrían generalizar en cierta medida para este tipo de población.

Con todos estos datos y los resultados de las gráficas, concluimos que las sesiones de musicoterapia han contribuido en gran medida a hacer del entorno hospitalario y, más concretamente, de la sala de Hemodiálisis, un entorno normalizado en el que las expresiones de los pacientes y el personal sanitario, tanto verbales, como no verbales y sonoro-musicales, confirman dicha normalización. Esto contribuye, de alguna manera, a establecer un nexo importante entre su vida diaria y su estancia en el Hospital.

### Unidad de psiquiatría

En esta unidad se ha atendido a un total de 298 pacientes durante los 11 primeros meses de este año. Semanalmente, están ingresados en la sala una media de 7´4 pacientes, de los cuales según los registros de participación en las sesiones, se llega a una media de 6´3 pacientes por sesión<sup>1</sup>.

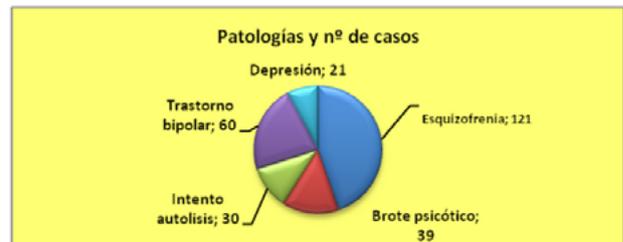


Consideramos que existe una muy alta participación, que atiende al hecho de que se ha ido logrando una mayor comprensión de la intervención con musicoterapia por parte del personal del servicio, y a su vez, a la demanda de los propios pacientes, quienes en muchas ocasiones han comentado que quieren volver la próxima semana.

Se trabaja con una tipología de grupo heterogéneo, mixto, abierto y variable semanalmente, dado que la asistencia a las sesiones es libre. A tales efectos, previo al comienzo de la sesión, los pacientes son informados de la posibilidad de asistir a musicoterapia, y a su vez, las musicoterapeutas determinan junto con la responsable de la unidad, la conveniencia de que los pacientes puedan asistir en función de sus circunstancias

actuales. Debemos tomar en cuenta que se trata de pacientes agudos, y por esta razón, se hace necesario valorar en cada caso la pertinencia de su participación en la sesión.

A continuación, se muestra gráficamente la variedad de las patologías intervenidas en cada sesión:



Los participantes asisten a un número variable de sesiones dependiendo de su tiempo de ingreso.

Las sesiones presentan un formato semi-estructurado, manteniendo una estructura clara de comienzo, desarrollo y cierre, para favorecer la orientación de los pacientes, pero contando a la vez con la flexibilidad suficiente como para que las diferentes propuestas puedan adaptarse a las características y necesidades del grupo.

En la actualidad, el protocolo de actuación de las musicoterapeutas está incorporado al funcionamiento de la unidad quedando establecidos los siguientes pasos:

1. Recogida de información aportada por el personal médico presente.
2. Selección, con ayuda del personal médico, del grupo de pacientes con los cuales se va a intervenir.
3. Selección del setting instrumental adecuado a las necesidades y características de los pacientes.
4. Preparación de la sala para la sesión de musicoterapia.
5. Intervención.
6. Recogida del setting instrumental.

7. Rellenado y entrega de la ficha diaria de sesión.

8. Rellenado de la documentación complementaria.

Tras la valoración de las necesidades comunes que presentaban los pacientes se trazaron los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Influir terapéuticamente en su estado de ánimo, estimulando la comunicación para favorecer una mejor integración social.
- Esta intervención procuró fomentar una mayor satisfacción por parte del paciente.

Objetivos específicos

- Mantener el contacto y orientación en la realidad.
- Liberar tensiones.
- Favorecer la expresión de sentimientos y el reconocimiento de emociones.
- Potenciar la autoestima y el autoconcepto.
- Estimular y desarrollar habilidades sociales.

Estos pacientes que ingresan en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica con sentimientos de abandono, desconocimiento o rabia por su situación actual, han encontrado en las sesiones de Musicoterapia un espacio donde comunicarse y expresarse sin necesidad de hablar. Los musicoterapeutas tenemos este campo de actuación profesional específico: el sonoro-musical, y por ello nuestra labor resulta necesaria como paso previo en el trabajo con personas que presentan dificultades en el área de la expresión verbal, bien sean motivadas por carencias en el lenguaje o por dificultades en expresar sus necesidades o emociones.

Las sesiones de Musicoterapia aportan a los pacientes un soporte emocional, el cual les permite proveerse de un espacio y un tiempo donde tienen la oportunidad de expresarse, de sentirse valorados y respetados. La música como agente motivador y por su función comunicativa da a los pacientes la capacidad de expresar sus emociones y sus preocupaciones en un contexto en que se sienten escuchados y entendidos, facilitando sus procesos de

adaptación a su nueva realidad.

La experiencia musical en grupo en un ambiente relajado y de aceptación, se convierte en un factor que fomenta la sensación de bienestar como inicio de un mejor funcionamiento psicosocial.

Los registros pre-sesión y post-sesión han sido aplicados a los pacientes con regularidad, lo cual ha facilitado la posibilidad de registrar y analizar los efectos de las sesiones en los pacientes.



Los resultados obtenidos con los promedios de las puntuaciones pre y post sesión muestran que hay una mejoría en todas las variables analizadas. Estos datos aportados directamente por los pacientes justifican ampliamente la consecución de los objetivos planteados ya que se consigue que el paciente se sienta más tranquilo, alegre, animado, acompañado y esperanzado, y lo que es más importante, que sea capaz de sentirse mejor y poder reconocerlo y expresarlo.

La sensación de bienestar y su asociación con la mejoría en los síntomas negativos es uno de los efectos que la musicoterapia ha mostrado tener y que resulta muy beneficiosa en la población que se trata. La anhedonia (incapacidad para expresar placer, pérdida de interés o satisfacción) es uno de los síntomas que más afectan el funcionamiento social de esta población. Si los pacientes son capaces de divertirse y disfrutar de la experiencia musicoterapéutica, no es exagerado sugerir que se dan cambios importantes en su capacidad hedónica con la consiguiente disminución de algunos de sus síntomas negativos.

Unidad de oncología (Hospital de Día)

En esta unidad se ha atendido a un total de 404 pacientes durante los 11 primeros meses de este año. Semanalmente, se atienden en la sala una media de 11 pacientes, de los cuales según los registros de participación

en las sesiones, se llega a una media de 10,6 pacientes participantes por sesión.



Este dato muestra la posibilidad que ofrece la musicoterapia de adaptarse a las características propias de cada unidad, ya que en esta sala encontramos a pacientes muy diversificados por sus características personales (edad, sexo, nacionalidad, momento personal...) y la sesión consigue unirlos a todos en una misma experiencia sonora musical que les aporta a cada uno aquello que necesitan y les permite participar libremente en la forma que cada persona es capaz de implicarse. Esta flexibilidad es uno de los beneficios de la musicoterapia, es capaz de adaptarse a la sensibilidad emocional de esta unidad.

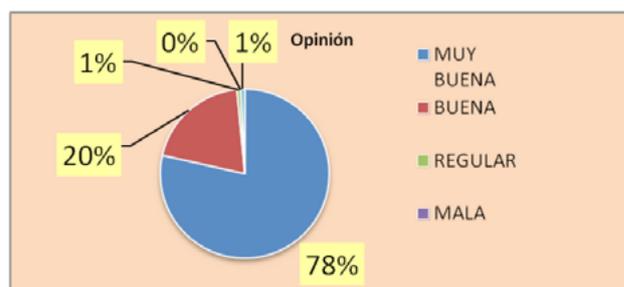
En la actualidad, el protocolo de actuación de las musicoterapeutas está incorporado al funcionamiento de la unidad quedando establecidos los siguientes pasos:

1. Recogida de información aportada por el personal médico presente.
2. Preparación de la sala para la sesión de musicoterapia.
3. Intervención.
4. Recogida del material instrumental.
5. Reparto de encuestas de satisfacción a los pacientes y familiares.
6. Rellenado y entrega de la ficha diaria de sesión.
7. Recogida de las encuestas de satisfacción.

El trabajo en esta unidad ha sido, desde el

principio, gratificante y la evolución que se observa en la expresión de los pacientes desde el principio hasta el final de la sesión, supone el reconocimiento a nuestro trabajo.

Se han recogido 135 encuestas de opinión sobre el servicio de musicoterapia a lo largo del año 2012, que han sido rellenas de forma anónima tras asistir a una primera sesión y de las cuales, se obtienen los siguientes resultados:



En el 98% de los cuestionarios se refleja una opinión BUENA o MUY BUENA sobre el servicio de musicoterapia del hospital.



El 24% del total de los encuestados era la primera vez que acudía al hospital de día, por tanto no pudieron comparar su tratamiento con ninguno anterior. Del resto de pacientes, que sí que habían sido tratados con anterioridad, el 93% opinaron que esta vez su tratamiento, en la sala acompañado de la sesión de musicoterapia, había sido mejor que otras veces sin musicoterapia.

El 100% de los encuestados recomendarían la musicoterapia a otros pacientes.

Los objetivos planteados por el servicio de musicoterapia en esta unidad son los siguientes:

- Favorecer la normalización del entorno.
- Facilitar el control del dolor/malestar
- Reducir tensiones

- Aumentar la expresión y la comunicación
- Favorecer la asunción de las circunstancias.

La valoración de los objetivos se realiza de forma focal, es decir, una valoración recogida de cada paciente en su primera sesión. Al mismo tiempo, los participantes no son únicamente los pacientes, sino también acompañantes, y la asistencia a la sesión se da de forma intermitente: los pacientes comienzan y acaban la sesión de musicoterapia, dependiendo del tiempo que dura el tratamiento recibido. Por esta razón la evaluación no se realiza mediante protocolos pre y post sesión, sino a través de los cuestionarios de satisfacción que se cumplimentan al final de cada sesión. Nos referiremos entonces para el análisis de los objetivos a la observación directa de las musicoterapeutas y sobretodo, a los datos que aportan los cuestionarios antes mencionados.

Si bien no se realizan mediciones específicas de la sensación de dolor o malestar durante la sesión, los datos aportados por el cuestionario cumplimentado por los participantes, se confirma que durante la intervención en musicoterapia el tiempo que pasan en la sala se vive como más corto, y se recogen respuestas específicas en torno a que la sesión les sirve para relajarse, distraerse de sus preocupaciones y divertirse, dando cuenta así de una cierta desconexión con la sensación de dolor o malestar. Esta información muestra como la musicoterapia puede favorecer el control del dolor/malestar y ayudar a reducir las tensiones a todos los niveles. En este sentido, al proponer experiencias tanto receptivas como expresivas, podemos advertir que durante las primeras, el dolor o malestar se deja de lado gracias al grado de "relajación" o "tranquilidad" conseguidas a través de las actividades de escucha activa durante la sonorización. Este estado abre la posibilidad a otras experiencias más expresivas mediante instrumentos musicales o la propia voz. Se observa que durante la sesión, hay una evolución en cuanto al nivel de participación e implicación en las experiencias musicales por parte de los pacientes, lo cual muestra claramente que durante la misma la gran mayoría de los participantes se "olvidan" momentáneamente del lugar en el que están,

priorizando el disfrute. Están más conectados con los recursos creativos que con la actitud de recibir pasivamente el tratamiento médico. La actitud del personal sanitario ayuda a conseguir el objetivo de normalizar el entorno, ya que en diversas ocasiones participan tocando instrumentos y cantando, implicándose activamente en este tipo de interacción con los pacientes y las musicoterapeutas. Durante las sesiones, el hecho de estar conectados a un gotero se pasa en muchas ocasiones por alto, y no es una dificultad a la hora de moverse para ejecutar instrumentos o cantar. Los comentarios entre los pacientes, acompañantes, musicoterapeutas y personal, devienen naturales y espontáneos, promoviendo así una comunicación más fluida.

La función de la sesión de musicoterapia mayoritariamente percibida por los pacientes ha sido para relajarse, para divertirse, para distraerse de sus preocupaciones y para que pase el tiempo más rápido. Estos resultados justifican ampliamente la consecución de objetivos planteados inicialmente, ya que, la expresión por parte de los pacientes de que la sala donde reciben las sesiones de quimioterapia se convierte en un espacio de relajación, evasión o diversión es una muestra de los logros conseguidos.



#### Unidad de neonatología

En esta unidad se han atendido a un total de 27 pacientes, dando lugar a una media de 1'6 pacientes de forma individual por día. La intervención se ha realizado durante 17 semanas comenzando en junio del presente año.

La mayoría de sesiones se han realizado directamente en la sala de incubadoras y contando con la colaboración de los familiares del bebé. Un total de 42 familiares han participado en las sesiones de musicoterapia del Hospital de Denia.

En la actualidad, el protocolo de actuación de las musicoterapeutas incorpora los siguientes pasos:

1. Recogida de información previa aportada por el personal de guardia de la sala de neonatos.
  2. Preparación de la sala para la sesión de musicoterapia.
  3. Intervención.
  4. Aplicación de los cuestionarios de satisfacción.
  5. Recogida del material instrumental.
  6. Rellenado y entrega de la ficha diaria de sesión entregada al personal de enfermería.
- Los objetivos planteados en la sala han sido los siguientes:

- Favorecer el vínculo afectivo entre los neonatos y los progenitores a través de elementos sonoro – musicales.
- Generar un entorno sonoro que propicie la disminución del estrés.



Los datos analizados muestran como los pacientes registran cambios tras la sesión de musicoterapia. Se observa una relación clara entre los resultados y los objetivos planteados, ya que los bebés permanecen más tranquilos tras la sesión, lo cual favorece el contacto con sus familiares y genera un entorno más agradable, donde los padres expresan que se relajan y disfrutan de ese momento especial. También se registran cambios en la alimentación de los bebés ya que muchas veces, la música despierta al bebé y le prepara y acompaña durante la toma.

En cuanto a los cambios registrados en la relación afectiva que se observa entre los familiares y el bebé, se pueden constatar resultados muy significativos:



Hay un aumento significativo en la comunicación establecida entre ambas partes, la música sirve como nuevo canal de comunicación donde los padres se sienten seguros y dispuestos para expresar sus nuevas emociones, sentimientos, miedos, ilusiones... las miradas, caricias y palabras de amor empiezan a fluir del mismo modo que lo hace la música.



El hecho de utilizar la música como herramienta terapéutica en la sala de neonatología, se realiza tras haber observado cuáles son las necesidades que presenta el bebé por la situación en la que se encuentra ingresado, el medio ambiente que le rodea y los estímulos que recibe, qué sonidos son los que escucha y cómo es su interacción con el adulto.

Teniendo en cuenta todas las circunstancias específicas de cada bebé, y sabiendo que cada una de ellas tiene repercusiones en su futuro desarrollo, al utilizar la música con una

intención terapéutica, le estamos ofreciendo al bebé un espacio sonoro-musical de interacción con el adulto en ese medio ambiente.

Los beneficios que la música ofrece al bebé, vienen determinados por la elección de los elementos musicales que selecciona el musicoterapeuta a la hora de llevar a cabo su intervención, los cuales vienen determinados por la observación profesional de todos los componentes musicales de la acción del bebé en interacción con el adulto y a su integración en el discurso musical.

El uso terapéutico de la música por un especialista que sabe manejar y utilizar los parámetros musicales de forma adecuada, contribuye a que haya comunicación del adulto con el bebé y promueve un espacio comunicativo multimodal que favorece su desarrollo.

La sesión de musicoterapia es para los familiares una experiencia sonora musical que les ofrece una oportunidad para disfrutar de un momento significativo de relación con su hijo, todo ello es un espacio de expresión y relajación.

## Conclusión

A modo de conclusión, podemos decir que mediante las intervenciones musicoterapéuticas nos hemos propuesto:

- Contribuir en el cumplimiento de la filosofía del Hospital que aboga por una asistencia sanitaria completa y de calidad, aportando con la práctica musicoterapéutica una mayor humanización de la atención hospitalaria.
- Contribuir, desde la sistematización de nuestra práctica, a la continuación e innovación en investigaciones interesantes para la comunidad médica y científica.
- Contribuir a la creación de un proyecto institucional de referencia a nivel nacional.
- Acercar a pacientes, familiares y personal médico sanitario, la posibilidad de apreciar y valorar la música como arte y como agente terapéutico.

- 
- [1] Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From Out of Silence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- [2] Benenson, R. y Yepes, A. (1972). *Musicoterapia en Psiquiatría, metodología y técnica*. Buenos Aires: Editorial Barry.
- [3] Burns, D., Sledge, R., Fuller, L. A., Daggy, J. K y Monahan, P. O. (2005). Cancer Patient's Interest and Preferences for Music Therapy. *Journal of Music Therapy*, 42, 185-199.
- [4] Del Olmo, M. J. (2009). *Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátricos*. Tesis. Universidad Autónoma. Madrid.
- [5] Demmer, C y Sauer, J. (2002). Assessing complementary therapy services in a hospice program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19 (5), 306-314.
- [6] Dileo, C. (1999). Introduction to music therapy and medicine: Definitions, theoretical orientations and levels of practice. En Dileo, C. (ed.), *Music therapy in medicine: Theoretical and clinical applications* (pp. 3-10). Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
- [7] Fernández de Juan, T y Verdes Moreiras, M. C. (1994). Aplicación de un programa de musicoterapia en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodialisis. *Revista cubana de psicología*. 11 (1).
- [8] Ferrer, A. J. (2007). The Effect of Live Music on Decreasing Anxiety in Patients Undergoing Chemotherapy Treatment. *Journal of Music Therapy*. 44(3), 242-55.
- [9] Gold, C., Heldal, T., Dahle, T. y Wigam, T. (2008). Musicoterapia para la esquizofrenia y enfermedades relacionadas. La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2. Extraído el 4 de febrero, 2009 del sitio web: [www. Update-software.com](http://www.update-software.com)
- [10] Gold, C., Petter, H., Krüger, V and Atle, S. (2009). Dose-reponse relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29.
- [11] Talwar, N. and others. (2006). "Music therapy for in-patients with schizophrenia". *British Journal of psychiatry*, 189.
- [12] Von Allmen, G., Escher, H. y Wasem, Ch. (2004). Importance of timing of music therapy in chemotherapy of cancer patients. *Praxis*. 93(34), 1347-50.
- [13] Waldon, E. G. (2001). The effects of Group Music Therapy on Mood States and Cohesiveness in Adult Oncology Patients. *Journal of Music Therapy*, 38, 212-238.

# Propuestas de aplicaciones clínicas en aulas hospitalarias a través de la música: banda sonora de cine infantil y sus videojuegos

SONSOLES RAMOS

## Abstract

El musicograma fue creado por Wuytack en 1971 para enseñar a escuchar la música clásica a los niños sin conocimientos musicales. Nuestra propuesta se fundamenta en los musicogramas como recurso metodológico dirigido a la diversidad de nuestras aulas. Para ello hemos empleado una serie de técnicas encaminadas a fomentar en nuestros alumnos su creatividad, el perfeccionamiento de sus destrezas, habilidades y capacidades manipulativas partiendo del cine y de los videojuegos.

## Introducción

La propuesta presentada se fundamenta en la aplicación de estrategias didáctico-musicales integradas en un modelo educativo, que pretende atender a la diversidad. Concretamente, a los niños que por causa de una enfermedad están ingresados o convalecientes en Centros hospitalarios, e impedidos para asistir con regularidad a sus Centros de Enseñanza habitual.

El origen de estas aulas en España surge en los años cincuenta en centros vinculados con la Orden hospitalaria de San Juan de Dios. Como ocurrió en el Sanatorio Marítimo de Gijón que era llevado por estos hermanos; labor que fue continuada en otro de sus hospitales, en esta ocasión de Madrid, en el Asilo de San Rafael.

Unos años más tarde, en torno a 1965, ante la epidemia de poliomielitis que sufría la población infantil española, se plantea la necesidad de

ayudar a estos niños no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el educativo, dando lugar a la creación de aulas en diversos hospitales de la geografía española por parte del INSALUD.

Esta iniciativa tuvo su continuación, en 1974 creándose en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo una sección pedagógica con cuatro maestros. Sin embargo, no se extendió en el resto de hospitales y la administración pública estaba centrada en la toma de decisiones sobre el famoso aceite de colza.

Pero hasta 1982, año en que se publicó la Ley de Integración Social de los Minusválidos no se contempló una legislación que sustentara esta atención educativa.

Pasan unos años, y en 1998, se dio un gran paso adelante cuando se firmó un Convenio entre el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud asentando las bases y la política compensatoria destinada a la escolarización del alumnado hospitalizado.

En la actualidad, al amparo de estas referencias legislativas, en la mayor parte de los centros hospitalarios de España podemos encontrar aulas hospitalarias.

La labor de los maestros que trabajan en estas aulas debe de tener en cuenta todas las circunstancias que rodean al niño hospitalizado. De ahí la importancia de emplear una serie de técnicas encaminadas a fomentar en estos niños su creatividad, el perfeccionamiento de sus destrezas, habilidades y capacidades

manipulativas, así como la utilización de las nuevas tecnologías.

La versatilidad del cine y los videojuegos, nos permite otorgarles un poder social innegable, conformando todo un lenguaje de comunicación: oral, escrito, icónico, musical, numérico y gráfico.

Su valor educativo se encuentra en la capacidad para potenciar la curiosidad por aprender favoreciendo determinadas habilidades al permitir el desarrollo de las distintas áreas del currículum. Pues, nuestros alumnos sentirán el atractivo de aquello que les es reconocible, siendo una vía inagotable de nuevas formas de expresión sonora a través de lo visual, porque ¿cuántas vidas se transforman detrás de los videojuegos o del cine?, ¿qué aportan los videojuegos y el cine para cautivar a niños y adolescentes? y, sobre todo ¿cómo se puede aprovechar esa fascinación en el ámbito educativo?.

Tal vez ahora, sea el momento de configurar modelos de aprendizaje musical dirigidos hacia una nueva perspectiva, que haga que la música abra las puertas de las aulas hospitalarias, para que nuestros alumnos puedan hacer lo que hacen los demás, y que la música, de tan escaso recorrido educativo actualmente, encuentre un pretexto ideal para seguir ocupando un lugar entrañable entre nuestros alumnos.

## Material y métodos

Teniendo presente la heterogeneidad de nuestros alumnos, la diversidad de sus circunstancias y posibilidades, partiremos de una enseñanza esencialmente individualizada y motivadora creando un clima de seguridad, confianza y comunicación.

Para acceder a la música por medio de las bandas sonoras y los videojuegos, hemos partido de la selección de personajes de cine infantil, presentes hoy en día, en los videojuegos más utilizados, los más comprados y demandados por nuestros alumnos: sus favoritos o sus preferidos como el Rey León y Tarzán.

Posteriormente, hemos extraído fragmentos melódicos de la banda sonora de cada película infantil seleccionada, y hemos elaborado musicogramas con cada personaje, ambientación e imágenes de los videojuegos elegidos, permitiéndonos seguir y participar activamente en la obra musical.

Para aumentar la comprensión y apreciación

musical, hemos asignado un movimiento corporal sencillo a cada imagen atendiendo a los patrones rítmico-melódicos. Este sistema requiere la participación activa del oyente, siempre que sea posible, utilizando la percepción visual, para mejorar la percepción musical, permitiendo a nuestros alumnos, disfrutar más intensamente de la música. De acuerdo a Wuytack, J. (2009), la gran dificultad de la audición musical reside en que cuando escuchamos una obra no podemos ver su estructura, dado que la percepción musical ocurre en el curso del tiempo. Las artes visuales, en cambio, se representan en el espacio y su percepción visual completa tiene lugar en un determinado momento. Incluso cuando prestamos atención a los detalles de una pintura o una escultura continuamos viendo el conjunto de sus elementos. El análisis de los detalles es simultáneo con la percepción de la totalidad. Esta ventaja de la percepción visual puede ser usada para apoyar la percepción de la totalidad de la música.

Cada musicograma se ha convertido en una forma de aprender a ver con los oídos y escuchar con los ojos, estando organizado en distintos niveles de dificultad, adaptado a las diferentes patologías de nuestros alumnos en las aulas hospitalarias, siendo un vínculo entre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el mundo exterior.

A modo de ejemplo, a continuación presentamos dos aplicaciones didácticas en función de su dificultad: El Rey León y Tarzán con sus fichas técnicas (Tabla I y IV), bandas sonoras (Tabla II y V), musicogramas (Figura I y II) y a modo de ejemplo, las indicaciones para la expresión corporal del Rey León (Tabla III).

Tabla I: Ficha técnica El Rey León

Dirección	Rob Minkoff y Roger Allers
Producción	Irene Mecchi y Jonathan Roberts
Música	Hans Zimmer
Protagonistas	Matthew Broderick como Simba, Jeremy Irons como Scar, Ernie Sabella como Pumba, Nathan Lane como Timón, Moira Kelly como Nala y Robert Guillaume como Rafiki

Tabla II: Banda sonora El Rey León

BSO	<a href="http://www.youtube.com/watch?v=sEuulRHf22Y">http://www.youtube.com/watch?v=sEuulRHf22Y</a>
-----	---

Figura I: Musicograma El Rey León



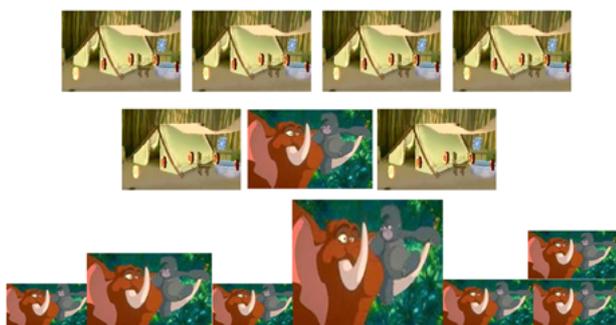
Tabla IV: Ficha técnica Tarzán

Dirección	Chris Buck, Kevin Lima y Dan St. Pierre
Producción	Bonnie Arnold y Pixote Hunt
Música	Mark Mancina
Protagonistas	Brian Blessed como Clayton, Glenn Close como Kala, Minnie Driver como Jane Porter, Tony Goldwyn como Tarzán, Nigel Hawthorne como profesor Archimedes Q. Porter, Lance Henriksen como Kerchak, Wayne Knight como Tantor, Alex D. Linz como el joven Tarzán y Rosie O'Donnell como Terk

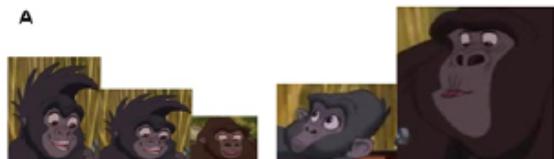
Tabla V: Banda sonora Tarzán

BSO	<a href="http://www.youtube.com/watch?v=yyqVSoYPAiY">http://www.youtube.com/watch?v=yyqVSoYPAiY</a>
-----	---

**INTRODUCCIÓN**



**A**



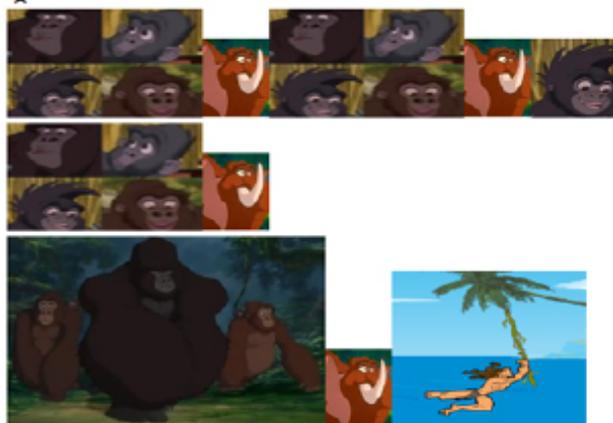
**A'**



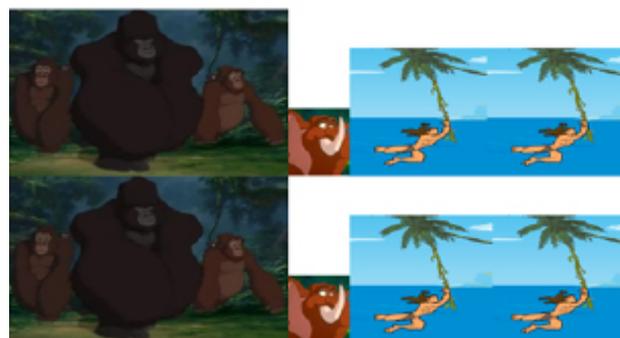
**B**



**A''**



**CODA**



**Conclusiones**

Los musicogramas en el aula, son un enlace entre el proceso de enseñanza-aprendizaje y el mundo exterior de nuestros alumnos, sus prácticas cotidianas, sus gustos, sus estilos y formas de comportamiento, convirtiendo a las aulas hospitalarias en pequeños lugares en los cuales los niños pueden olvidar muchas de las penalidades que conllevan sus enfermedades. Así, el docente se convierte en un mago que es capaz de hacer de todo, desde ordenar el aula, decorarle, hacer tareas administrativas, transmitir ilusión y valores, haciendo vivir a nuestros alumnos otras vidas, aunque sólo sea de forma imaginaria y pasajera como ocurre en el cine. Es interesante saber, que un lugar tan pequeño, de un edificio tan grande pueda proporcionar tanto entretenimiento, tranquilidad, afectividad, socialización, autoestima y muchas más cosas, a un grupo de niños que por circunstancias adversas se encuentran allí. En definitiva, estos musicogramas aplicados en las aulas hospitalarias son un instrumento pedagógico, que potencia experiencias de enseñanza flexible, que se basa en

materiales de aprendizaje centrados en cada alumno, atribuyéndose el mérito de su aprendizaje y desarrollando un sentimiento positivo sobre su consecución. Permitiendo a todos nuestros alumnos continuar intelectualmente y emocionalmente conectados con el mundo exterior.

Finalmente esperamos que nuestros musicogramas sean el punto de partida para poder adaptaryelaborar multitud de material educativo, en caso de que sea tomado en consideración, y especialmente, que sean medicina para el ánimo de nuestros niños, mientras otras también les van curando.

---

[1] Wuytack, J. (2009). Audición musical activa con el musicograma. *Eufonía*, 47, 43-55.  
[2] Banda sonora El Rey León (consultado: abril, 23, 2013) <http://www.youtube.com/watch?v=sEuulRHF22Y>  
[3] Banda sonora Tarzán (consultado: abril, 23, 2013) <http://www.youtube.com/watch?v=yyqVS3YPAtY>



# CREATIVIDAD, SALUD Y EDUCACIÓN

---

4º Bloque temático



# Desarrollo creativo y procesos creativos. Creación y subjetividad

FRANCISCO JESÚS COLL ESPINOSA

Abstract

- ¿Podemos escapar a la creatividad?
- ¿Somos seres creativos por naturaleza?
- ¿La creatividad es un don o una adquisición?
- ¿Hay personalidades creativas y personalidades no creativas?
- ¿Desde cuándo se puede ser creativo?
- ¿Qué significa ser creativo?
- ¿Se puede educar en creatividad?

No pretendo contestar a todas esas cuestiones, aunque he de decir, que son cuestiones que incentivan el pensamiento y, un poco, la frustración.

Voy a comenzar por intentar contestar a la última cuestión: ¿Se puede educar en creatividad? ¿Ustedes creen que sí? .... O más bien, ¿Sólo se pueden desarrollar las personalidades creativas?

Evidentemente creo, con todos los presentes, que Sí se puede educar en creatividad. ¿Pero, verdad, han tenido un poco de duda?

Diría que, a veces, incluso cuando nos sentimos creativos, tenemos dificultad en encontrar satisfacción; uno mismo, a veces, se puede sentir creativo y satisfecho de lo que hace o piensa, pero eso no colma del todo el sentimiento interno de inquietud y de cierta evanescencia.

¿Qué es eso del sentimiento interno de inquietud? Diría, junto con muchos otros

autores, especialmente con Lacan y Freud, que eso, el sentimiento interno de inquietud, es el germen de la creatividad y, también, del sujeto.

Veamos esto.

¿Cómo nacemos a la vida, al pensamiento, al reconocimiento del exterior, de los demás? Una cosa es el nacimiento físico y otra el nacimiento psíquico. ¿Han visto la película o leído el libro del Perfume? ¿Puede haber alguien más creativo que su personaje protagonista? Permítanme recordarles el argumento: Nace entre los desperdicios del pesado, en un olor nauseabundo, despreciado y tratado como un desperdicio más por su madre. Su infancia es un rosario abusos y maltratos, siempre como un deshecho. El olor de una joven adolescente le fascina y su empeño maniaco es fabricar un perfume que le recuerde ese olor, lo que después llama el elixir de la felicidad. Hasta conseguirlo le van ocurriendo muchas cosas y el autor se esmera en ir descubriéndonos cómo se gestan las emociones y las sensaciones de vacío y dolor que acompañan la búsqueda del sentimiento de sí. Nos hace sentir emoción y ternura con aquel profesional del perfume que lo toma como aprendiz, con su inquietante e incesante necesidad de ser tenido en cuenta como aquello que fabrica, los perfumes. El regocijo de este maestro del perfume era sentirse emocionado con el reconocimiento de los demás, con la satisfacción de los demás en sus perfumes; podríamos decir que era una persona que vivía por el deseo del otro.

Otro aspecto importante de la película es que las personas que va dejando atrás en su vida van muriendo. Parecería un pájaro de mal agüero, pero no, no se trata de mala suerte ni de propiciarla, sino de otra cuestión que tiene que ver con el tema final de la película y que ahora después describiré.

A mi parecer, otro momento importante es cuando le sorprende la lluvia en el monte y de pronto se muestra muy contrariado, muy enojado y, aún más, muy angustiado. Es la primera vez que llora emocionado, que expresa un sentimiento de dolor más allá del dolor de no lograr el perfume que pretendía. Creo que es el primer momento de descubrimiento de su subjetividad, y es que descubre que no tiene olor a nada, simplemente que él no huele. Esta es una gran metáfora en la película: obsesionado por el olor, él no huele, y, por otra parte, al no tener olor no tiene huella humana, no tiene olor en el Otro, no tiene olor en el recuerdo del Otro, no tiene olor que ofrecer. Sin embargo, su necesidad es la de encontrar el olor virgen que lo dejó enloquecido. Traslado a ese olor el principio y el fin de lo humano, es decir, la completud sin falta, es decir, todo lo que él no sentía de sí mismo.

¿Qué puede significar el olor para él? Yo creo que el olor es la metonimia del deseo.

La película va transcurriendo y nos lleva, casi sin darnos mucha cuenta, a un lugar de emociones encontradas: su ternura e ingenuidad por una parte, y su necesidad de robar lo propio, lo íntimo del otro, es decir, su olor. Me pregunto si esas emociones encontradas no son lo que nos dominan toda la vida y lo que nos hace amar y odiar, que son casi la misma cosa; nos hacen también amar y tener la necesidad de agredir al objeto amado, porque nos desnuda en nuestra necesidad de él. El protagonista nos lleva directamente a la evidencia de la disposición del sujeto a poseer que no a compartir; esto de compartir tiene buena música y mal arreglo; quiero decir, que suena muy bien pero que es poco menos que un necesario ideal de sublimación, gracias al cual, pudimos construir los símbolos que constituyen las relaciones humanas. Y esto es, precisamente, lo que le falta al protagonista: sentir poder amar y ser amado. ¿Les cuento el final del libro? ... sí, ... no..., bueno pues vamos a ello. Para él, el olor

era como la metonimia del ser, como el olor a ser, el olor del ser, lo más íntimo del ser, el olor del deseo, el olor del amor, el olor de la necesidad. Por otra parte, podemos imaginar acaso un encuentro afectivo sin olor al placer, sin olor a lo humano del afecto!! Cuando por fin consigue poseer lo más íntimo de la última doncella, su olor, y lo incorpora a los demás, es entonces cuando consigue el ansiado elixir. Con una pequeña gota consigue dominar a la masa que lo iba a matar; no es que la domine, es que la hace sentir feliz de la compañía de los demás, del placer de estar con los demás, por el hecho de ser personas en compañía. ¿Y que hace al final? Pues muy sencillo e ingenioso por parte del autor: se hace engullir en el deseo de los demás, se hace necesitar por los demás. Su reflexión es: si no puedo amar ni sentir amor, para que quiero vivir. Es esto lo que le imposibilita hacer vínculos con los otros, y el autor lo metaforiza en el hecho de que mueren aquellas personas que él va dejando atrás, es decir, al no poder hacer vínculos, al terminar las relaciones, terminan los recuerdos, porque no hay afectos que le ligen al recuerdo.

Esto último es lo que nos hace humanos, sujetos. Estamos sujetos al deseo del Otro, a su recuerdo y a su encuentro, al deseo de un encuentro en y con el Otro. En este sentido, cuando hablamos del sujeto, del yo, del Sí-mismo, me pregunto si hay un Sí-mismo o un Sí-de Otro.

Sigamos.

El sujeto, el sujeto psíquico lo es de dos cosas. Una, de la pulsión, que no es otra cosa que el reconocimiento de Sí en la emoción, en el afecto, en el sentimiento. La pulsión, término conceptualizado por Freud, es aquello que hace que lo psíquico y lo corporal, que las sensaciones tengan un recorrido reconocible para nosotros; de este modo, aquello que sentimos, lo sentimos y nos hace ser, percibir un recorrido emocional y sensitivo. La pulsión es lo que pone en relación lo interno y lo externo, es lo que permite que la materialidad no sea mera materialidad sino sea sentida como parte de una sensación. Por ello, el placer y el displacer son tan importantes durante toda la vida, y, muchísimo más en el inicio de la construcción del psiquismo. La pulsión nos da la seguridad de tener un lugar en el cuerpo, de tener un

sostén para sentir y pensar. Es esto lo que nos da la vida psíquica, y es la necesidad de vincular lo sentido con una sensación.

Pensemos en los primeros meses del bebé, cuando todo le asusta y le desborda: un eructo propio, su pie, sus manos, etc. El bebé solo crece en salud por las experiencias de satisfacción, ya que todavía no tiene herramientas para elaborar la angustia. Sus experiencias de satisfacción le van generando posibilidades de despliegue de las pulsiones, es decir, de ligar diferentes momentos y diferentes sensaciones. En psicoanálisis, a esto se le llama la primera experiencia de satisfacción, que nos queda como algo mítico y añorado.

La otra cosa de la que se sujeta el sujeto psíquico: la imagen. Es muy interesante como lo desarrollan Freud, Lacan y Winnicott. El primero lo llama la identificación primaria, el segundo como el Estadio del Espejo y el tercero como la mirada de la madre. La constitución psíquica tiene la necesidad de darse una forma, una imagen. Si esto de la imagen no fuese tan importante, las religiones hubiesen pasado de ello, sin embargo, vemos como la religión católica se configura en "el hombre hecho a imagen y semejanza de Dios" y, por el contrario, la musulmana se niega en redondo a dar una imagen humana a lo divino.

Tener una imagen permite la posibilidad de tener un continente, un límite, un lugar. Permite también la facultad de "nombrar". En este sentido, las religiones coinciden aún más, ya que no permiten que Dios tenga un nombre, porque poner el nombre es adueñarse del objeto, limitar el objeto y fijar sus sentidos.

Sigamos con esto de nombrar y de la imagen. La imagen y el nombre permiten la sensación de unidad y es esto precisamente lo que permite que el sujeto comience a tener la sensación de unidad, de ser algo, de tener una imagen a la que responder. Ahora bien, esta imagen no es una producción propia sino que, afortunadamente, nos viene ofrecida desde afuera, por Otro que nos nombra y nos dice que "eso", esa imagen, es de uno, corresponde a uno mismo. Inmensa alegría e inmensa angustia. ¡Eso soy yo! ¡Esa es mi imagen! Pensemos un poco. Cuando nos miramos en el espejo, ahora en nuestra adultez, qué vemos: a uno mismo, su imagen, o ¿nuestra

imagen es un reflejo de aquella otra que nos dio la primera imagen? ¿La imagen de uno que encontramos en el espejo dista mucho de la de nuestras personas primeras de referencia? El niño ve su imagen en un espejo, pero la ve a través de los ojos de quien se la muestra, desde un cuerpo que lo sostiene y esos ojos que se la muestran están determinados por su propia imagen de sí mismo. ¿A dónde quiero llegar? A que nuestra imagen va a ser determinada de por vida por los ojos de en quien me reconozco y al que le debo mi reconocimiento. Sigamos un poco más.

Al tener una imagen, ya me siento en la necesidad de darle contenido, es decir, de darle contenido a algo que se configure como mi identidad, que en parte me la da esa imagen externa que me han dado; es una identidad vacía que tengo que darle contenido. De este modo, es obvio pensar que mi identidad es, en su inicio, un lugar vacío. Contenido e imagen son dos caras de la misma moneda. Mi identidad, que también se podría llamar "mi mismidad", es un lugar a ser en el porvenir, es un lugar que se irá rellenando de contenidos y significaciones a través de las identificaciones a los demás y a rasgos de los demás.

De esta manera, podemos decir que como no hay identidad, necesitamos identificarnos para poder obtener, lo que Lacan llama, un "semblante" de identidad, o lo que es lo mismo, una suposición de identidad. Es este el camino de todo sujeto: dar un contenido consolidable a esa instancia tan relativa.

El sujeto no tiene identidad, por eso necesita identificarse. Decía Freud que la identificación es una ligazón afectiva y que la identificación primaria es la forma más originaria de ligazón afectiva.

El sentido de la identidad toma forma en la constitución del Yo. El yo de la identidad se forma en la identificación, la identificación da lugar al Yo y el Yo se forma en el Otro.

El yo tiene la necesidad de tener unos patrones de identificación que le permitan tener la sensación de unidad psíquica. Esta sensación de unidad psíquica es lo que nos da la sensación de salud mental, de tener cierto orden y pausa en lo que pensamos y sentimos, es más, es lo que nos permite unir, de aquella manera, lo

que pensamos y sentimos, si bien, esta unión es otro de los imposibles del sujeto, aunque no del inconsciente.

Abordemos esto de otra manera ¿Cómo es esto de pensarse a sí mismo? ¿Estamos locos? ¿Cómo me puedo pensar? ¿Quién piensa a quién? Esto es lo que podemos llamar el sujeto psíquico, porque el sujeto propiamente dicho es esa diferencia, es esa distancia, es esa unión imposible entre lo que pienso y lo que siento, entre lo que pienso y desde donde lo pienso. Para ello y por ello surge el pensamiento consciente, que no es otra cosa sino que ligar esas dos instancias. Por esto podemos decir que el sujeto es un "proyecto", un poder ser, un proceso creativo. Diría que justamente eso es el sentido de la subjetividad: la dinámica creativa.

Como vemos la cuestión del pensar no es nada fácil. Al pensar se pone en juego en toda su dimensión la relatividad psíquica; nos surgen cuestiones tales como: ¿pienso lo que quiero?, ¿pienso como quiero?, cómo puedo pensar esto o lo otro, cómo lo tengo que pensar, no quiero pensar eso, quiero pensar de otro modo, ¿pienso por mí?, ¿soy yo el que piensa o quién me piensa?, etc., Estas son distintas maneras de sentir el peso de pensar. Cuando uno se dice a sí mismo ¿soy idiota, o listo, o ingenioso? La pregunta que surge es quién se lo dice a quién. Esta es la cuestión: tenemos que encontrar el modo de construir respuestas válidas a la inquietud interna. Posibles salidas ante esto: la afirmación maníaca o la imitación, es decir, hacer como tomar una distancia suficiente consigo mismo enjuiciando lo de los demás y huyendo de la duda y de la crítica personal.

De este modo, podemos concluir que la identidad es la verdad de una imposibilidad, ya que la identidad es prestada por el Otro. Solo habría tres maneras de salvar esta des-identidad:

- Una sería la posición de negar la relatividad del psiquismo, bien a través de mecanismos psicóticos y actos de afirmación maníacos; son mecanismos disociativos donde la duda no existe porque supone la desaparición del sujeto.

- Otra sería a través de formación de síntomas neuróticos; debo precisar aquí, que el síntoma neurótico es un intento fallido de unión

con el Otro, ya que existe el temor, la angustia de que si se realiza el deseo, nos desvinculamos del deseo del Otro.

- El tercer modo de salvar eso de la des-identidad es el mecanismo creativo. La creación de lo porvenir, de lo nuevo, es la recuperación del espacio del Otro, de la unión mítica con el Otro.

¿Qué es el proceso creativo?

El proceso creativo es consustancial con la creación y la estructuración del psiquismo. Hay algunos autores que nos dicen que la formación de síntomas es, en sí mismo, un acto creativo, ya que el síntoma es un proceso de elección, de condensación y desplazamiento. También se entiende así porque, por otra parte, el síntoma es la mejor cosa que tiene el sujeto para su desarrollo, mientras no encuentre otro modo de ligarse y desligarse del Otro. En este sentido, hasta podemos decir que el síntoma es un bien para el sujeto. Ahora bien, podemos distinguir un proceso creativo que genera salud de otro que es producto de la parálisis del sujeto.

El proceso creativo es una disposición subjetiva al encuentro de lo nuevo, en la necesidad de dar forma, de buscar imágenes, de dar salida a sensaciones que necesitamos ligarlas de otro modo. El proceso creativo, puede partir de la repetición, pero busca lo nuevo, lo espontáneo, la diferencia, la sorpresa. Solo así vamos a ir dando sentido a lo interno, a la inquietud interna. La otra salida a esto es la repetición como modo de seguridad.

El sujeto es el encuentro de dos pasiones básicas y constituyentes: la búsqueda de lo nuevo, como algo que marca lo singular y la necesidad de la repetición, de la permanencia, de aquello que nos define. Voy a describir algunas facetas del proceso creativo:

- Necesidad y búsqueda de lo nuevo, como algo que me da cierta frescura, la dimensión de lo por-venir, de la conquista de nuevos espacios de satisfacción.

- Búsqueda de la diferencia. El acto creativo es un lugar para el encuentro de las diferencias, de las contradicciones, de lo distinto pero complementario, de lo diferente pero sumativo.

- Es la formación de imágenes externas, que dan forma, con las que intentamos concretar lo indefinible de lo interno.

- Provoca un diálogo interno, mudo, pero rico y multidimensional. Es un diálogo que se produce desde el lugar de lo pre-verbal, desde el lugar en el que no había lenguaje pero sí sensaciones con necesidad de vincularlas. Las imágenes del proceso creativo nos hablan de nuestros vínculos primarios, de la necesidad de encontrar significaciones a lo sentido pero no pensado.

- Lo creativo no solo evoca “lo sentido pero no pensado” sino que provoca el encuentro con nuevas significaciones. La verdadera esencia de lo creativo es la producción y el trabajo de nuevas significaciones; es el reconocimiento del Sí-Mismo y el Sí-deOtro, es el reconocimiento de nuevos contenidos a viejas significaciones.

- El proceso creativo nos evoca, de un modo amable, el reconocimiento del sentimiento de soledad, de lo propio, de lo singular. Esto se da en momentos fugaces, cortos pero intensos, sin angustia, aunque con cierta melancolía por el Otro.

- El proceso creativo es lo que me permite encontrar la diferencia con el Otro y encontrar mi lugar, y, por otra parte, es lo que me permite convivir con la necesidad del Otro sin sentir desvalimiento ni anulación.

- El proceso creativo es la posibilidad de acercarme a lo “informe” del psiquismo.

- El proceso creativo genera pensamiento y asociaciones; genera el placer de que el pensamiento es una construcción en continua

evolución y, justamente, esto es la salud psíquica: el placer en ir conquistando nuevos espacios de representación, no en instalarse en la repetición.

- El proceso creativo trabaja la repetición como algo de lo propio, pero es una repetición que busca la diferencia, no la permanencia.

- El proceso creativo se configura en la dimensión de la mirada. Pensemos: ¿quién mira a quién cuando se está en el acto creativo, la obra al sujeto o el sujeto a la obra? En el acto creativo se pierden las dimensiones de lo imaginario para dar paso libre a lo simbólico, a lo por-venir, a nuevas significaciones.

Para finalizar, mejor dicho, para poner un límite a esta exposición, diría que el sujeto es creativo por naturaleza y que solo se deja de serlo cuando nos angustia la percepción de que el psiquismo, el deseo, la satisfacción, es un proceso continuo, interminable.

¿Se puede educar en la creatividad?

Sí, se puede si el docente vive la creatividad, si el docente espera del otro, del alumno, variedades y producciones nuevas. Esto que parece fácil es lo más difícil; suponerle al otro la capacidad de sorprendernos es asumir nuestros límites y eso en la educación no resulta nada fácil.

La creación es dar forma, imagen, a esa falta de imagen primaria, a esa falta de identidad.

La creación es un modo de construir identidad, o mejor des-identidad. Es fabricar Otro con el que ser.

# Presentación de la 1ª Edición del Máster en Arteterapia de la Universidad Politécnica de Valencia. Aspectos educativos, sociales y terapéuticos del arte como experiencia de creación acompañada.

MARÍA SUSANA GARCÍA RAMS, ANA HERNÁNDEZ MERINO, MARÍA MONTERO RÍOS-GIL

## Abstract

Nos encontramos hoy aquí para desarrollar la pregunta que enraíza con nuestro modo de ver la formación: ¿Por qué un Máster de Arteterapia en Bellas Artes? ¿Qué puede aportar el Arte (la técnica en el arte, la práctica artística especializada) al Arteterapia, y el Arteterapia a una Facultad de Bellas Artes?

Exponer la estructura de nuestro Máster, con las aportaciones de los artistas, su conocimiento de la historia del arte y de la práctica docente que acompaña la creación, con distintos ejes significativos. La metodología apoyada en la creación artística como procedimiento formativo y el cumplimiento de los requisitos de la FEAPA para la verdadera cualificación en este tipo de formación.

## Presentación



“Cuando se pierde la experiencia creadora, desaparece el sentimiento de una vida real y significativa” [1]

La creación tiene un lugar que va más allá de la producción de objetos estéticos y culturales, a la creación de profundos sentidos y significados humanos. Encontramos por ello un lugar, Arteterapia, que trata de los procesos de creación y simbolización, que le otorgan su dimensión terapéutica; es decir, vinculada al cuidado de la salud. Salud considerada en su concepción mas amplia: sea en la prevención y desarrollo de la salud, el cuidado de las condiciones sociales, educativas y comunitarias que la garantizan, y/o la recuperación de la misma cuando se ha perdido.

Arteterapia como disciplina, tiene una identidad propia, que hace referencia a la forma de desarrollar y acompañar esta dimensión de creación para que pueda ser terapéutica, que incluye junto a sus propias referencias, su carácter interdisciplinar y las variaciones propias del marco de aplicación.

Arteterapia supone una manera rigurosa de estar y profundizar en el papel mediador del arte y la creación, según sea la intención (objetivo), el proyecto, y el ámbito en el que se trabaje.

Arteterapia se apoya en el análisis y reflexión sobre el proceso de creación, como proceso específico y personal de vivencias e introspección, que favorecen la evolución, y cambio personal y/o social y se desarrolla en un marco relacional. El acompañar a la persona a



## Objetivos Generales

El Máster contempla entre sus objetivos generales:

1. Conocer lo que supone el arteterapia, el arte y la creación orientados en una dinámica de relación y mediación.
2. Enriquecer la sensibilidad y dotar de recursos artísticos, a través de la propia práctica artística y la reflexión, sobre las aportaciones del arte y el pensamiento creador.
3. Promover un conocimiento experiencial y reflexivo, que parta de la propia implicación y vivencia a través de los talleres de creación, al interior de una experiencia de acompañamiento.
4. Comprender las particularidades que suponen los contextos que configuran los distintos ámbitos y problemáticas, desde una panorámica de proyectos y campos de intervención desde los procesos de mediación- creación.
5. Especializar en Arteterapia como disciplina específica, orientada a la capacitación y el reconocimiento profesional del Arteterapeuta. Aportando para ello junto a la sensibilidad y práctica artística, otros conocimientos que provienen de otras disciplinas: del campo de la psicoterapia, la medicina, la psicología, la antropología, el trabajo social y la educación principalmente, con las que comparte referencias y junto a las que establece sus propias aportaciones conceptuales y metodológicas.

El Master en Arteterapia, planteado en base a dos etapas posibles, establece los siguientes objetivos y competencias:

### 1. Mediación artística

- 1.1. Un espacio de formación que permita a los profesionales de la salud, la educación y el trabajo social, elaborar nuevas respuestas y enriquecer su mirada integrando las aportaciones de la creación artística y la mediación.

- 1.2. Ampliar y diversificar el enfoque, desarrollando las posibilidades que ofrece el proceso de creación.

- 1.3. Enriquecer su perfil con recursos técnicos propios de las disciplinas artísticas.

- 1.4. Activar una actitud y sensibilidad artística plural, abierta y crítica, a los profesionales de arte, pedagogía, psicología, medicina, psicoterapia, trabajo social, educación y terapia ocupacional, que deseen asociar e incorporar la relación interpersonal y el proceso de creación.

- 1.5. Introducir en el conocimiento del Arteterapia, su sentido, historia y aportaciones.

### 2. Arteterapeuta

Una formación sobre una práctica profesional específica como es la de Arteterapeuta, junto a la profundización en las habilidades antes reseñadas, permitirá a los/las estudiantes:

- 2.1. Comprender, experimentar y profundizar en el marco conceptual y las aportaciones de la Arteterapia.

- 2.2. Entender las claves esenciales del proceso de creación, y su papel en la relación de ayuda/acompañamiento.

- 2.3. Profundizar en las particularidades del marco específico del arteterapia desde la propia reflexión y la experiencia de los talleres de creación acompañada.

- 2.4. Explorar la propia vivencia de creación, relación y acompañamiento a través de los talleres de arteterapia.

- 2.5. Favorecer la reflexión que ayude a vincular las áreas vivenciales de la formación, talleres y prácticas, con los conceptos teóricos que configuran la formación.

Obtener la formación conceptual y sistémica, que permita al arteterapeuta el desarrollo de su profesión en un marco convergente e interdisciplinar. Teniendo las competencias que le permitan dialogar y colaborar junto a otras disciplinas que provienen del campo educativo, la medicina, la psicología, la psicoterapia, la antropología y el trabajo social. Disponer de los recursos personales y profesionales que permitan proponer, desarrollar y elaborar

con coherencia y rigurosidad, una serie de proyectos de investigación y propuestas de intervención en los distintos campos que comprometen a la Arteterapia, ajustando sus competencias a las expectativas y posibilidades, tanto de las personas, como del marco institucional e interdisciplinar en el que se sitúen.

- 2.6. Ser capaz de configurar las características de la intervención dentro de un proyecto institucional (hospital, escuela, servicios comunitarios, residencias...) o personal, así como considerar sus particularidades en función de la patología, el trabajo en equipo interdisciplinar, los límites y demandas personales y de la institución.
- 2.7. Obtener una panorámica que permita reflexionar y conocer las propuestas de los profesionales que fundamentan las experiencias que están realizando en el campo del arteterapia, y de los diferentes ámbitos: educativo, hospitalario, de intervención comunitaria y demás.

### Metodología

La metodología del Máster en Arteterapia se propone vinculada al eje investigación-acción-reflexión.

Los talleres experienciales en base al proyecto artístico personal y de las vivencias que acontecen desde el proceso de creación acompañada. La experiencia nutre los espacios de elaboración e integración de los conocimientos y actitudes profesionales.

La elaboración y análisis de contenidos teóricos se realiza a partir de trabajos y reflexiones propias y de dinámicas grupales, en un marco de acompañamiento pedagógico, intercambio y co-visión. Los grupos de gran formato se compaginan con los pequeños grupos de reflexión con el fin de favorecer un clima de trabajo diverso en el que siempre se cuenta con el apoyo y la orientación de los profesionales.

Las prácticas y la supervisión en distintos ámbitos educativos, sociales, salud, suponen la oportunidad de trasladar a otros planos lo aprendido.

### A) Aspectos didácticos

La teoría.

El Máster propone una serie de reflexiones y lecturas que recogen aportaciones que provienen básicamente del campo de las Artes plásticas, Arteterapia, Artes escénicas, Educación, Filosofía, Sociología, Antropología, Psicología, Trabajo Social, Salud Mental y Psicosomática fundamentalmente.

La teoría combina sesiones magistrales, con mesas de debate, diálogos con artistas y profesionales de los distintos ámbitos de conocimiento relacionados con el Máster. Todo ello en un marco de interacción y participación.

La experimentación: La función didáctica del taller.

El trabajo en taller vivencial constituye el núcleo de la formación, puesto que se trata de acompañar a una persona hacia su propia búsqueda y libertad de crear. No se trata de acompañarlo hacia un objetivo definido por adelantado, sino que es un camino de descubrimiento que al mismo tiempo nos descubre. Es el proceso de reencontrarse con lo íntimo a través de la imagen y la palabra estableciendo un diálogo en la búsqueda de sentido. Es un encuentro con la obra y con el grupo que nos permite ver y por tanto conocer aspectos de la repetición y de la novedad de nosotros mismos. Se trata de conocer desde la experiencia el encuadre propio del arteterapia y lo que posibilita su función terapéutica.

El taller además del trabajo personal de creación incluye las variables relacionales, el tiempo de palabra y de elaboración, la teoría en grupo, entrevistas, tutorías y encuentros personales; la reflexión conjunta acerca del proyecto de formación, las prácticas, las inquietudes y comentarios en relación con el taller. Tal es el motivo de su especificidad: por un lado los Talleres técnicos, en donde confrontar los materiales y sus resistencias, las leyes y códigos propios de cada lenguaje. Por otro los Talleres de creación acompañada, que permiten desarrollar y profundizar en las actitudes que se ponen de manifiesto en una relación de acompañamiento, y permiten así mismo conectar con un espacio de reflexión mas personal e íntimo.

El Máster en Arteterapia consecuentemente, requiere una estructura metodológica que ofrezca a los estudiantes una experiencia teórico-práctica y una elaboración que les facilite una aproximación desde diversos lugares:

## II. El lugar del artista.

El artista como profesional que aporta tanto recursos técnicos, como reflexiones teóricas que surgen de la práctica artística, y que enriquecen diversos campos interdisciplinares. Aproximando además al alumno-a tanto al proceso técnico como al proceso creativo que subyace. A la obra, pero también a las inquietudes y a la reflexión que la acompañan. Con la intención de enriquecer la sensibilidad artística desde las reflexiones que parten del proceso de creación de los propios artistas. También como una manera de abrir una vía de pensamiento desde las aportaciones del arte como toma de conciencia y encuentro con la realidad social y la forma de estar en el mundo.

Los profesores-as/artistas de los diferentes lenguajes artísticos, desarrollan un papel en el cual se les pide compartir su experiencia profesional, sus inquietudes, análisis y reflexiones sobre su propio proceso como creador-a para:

- Proponer, en cuanto docentes, una serie de recursos y propuestas para acercar al alumno a ese campo de reflexión y de experiencia. -
- Enseñar a dudar y a experimentar los procesos activos en la creación.
- Ofrecer referencias desde el arte.
- Ver la historia del arte a través de los procesos de creación de grandes figuras artísticas y de las relaciones con el arte contemporáneo (participación del espectador en la creación y dimensión política del acto de comunicación y del espacio público como espacio de expresión).

## II. El lugar de la práctica artística.

El encuentro con la propia creación pretende llevar al alumno-a a tomar contacto con la importancia de una práctica artística de calidad, como una cualidad necesaria para poder desarrollar adecuadamente esta disciplina. Y es también una forma que permite conocer y afrontar los retos de desarrollar la propia

iniciativa y sensibilidad artística, así como conocer recursos y aportaciones del campo de las artes plásticas, la expresión dramática y la escritura.

## III. El lugar de la creación.

La creación, la sensibilidad y el pensamiento artístico no son algo que se pueda reducir a proveer de recursos culturales y estéticos, pues el proceso de creación aporta una mirada, una conciencia desde un ángulo propio (o desde la subjetividad), una sensibilidad, un lenguaje que como todo lenguaje no es solo una forma de expresar sino también de percibir y entender el mundo: lo exterior a uno.

Encontramos por ello un lugar desde la creación que trata el arte más allá de esos lugares comunes y específicamente reservados a los artistas: como los museos, las galerías, las exposiciones, y los festivales de cine, entre otros.

Hay pues un lugar para el desarrollo de la creación que forma parte de la sociedad, de sus centros educativos, hospitales, barrios, empresas y organizaciones. Y hay también un lugar de la creación que más que al arte corresponde a la persona, quien independientemente de sus destrezas se convierte en creadora. De ahí la importancia de poder dar a la persona, a través de los lenguajes artísticos, un espacio donde pueda reencontrar las condiciones que le permitan recuperar y desarrollar su capacidad de crear, como parte de recuperar su capacidad de ser. Es en este sentido en el que se enmarca el lugar del arte en relación a lo terapéutico, devolviendo el término terapia a su origen etimológico, referido a aquello que cuida, siendo bueno para la salud.

## IV. El lugar de la relación y la terapia.

Una cita explicativa de una de las primeras arteterapeutas, Margaret Naumburg y un referente para las generaciones que la siguieron:

El proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y los pensamientos más fundamentales del hombre, derivados del inconsciente, alcanzan expresión a través de las imágenes y no de las palabras. [3]

En la medida en que el Arteterapia se caracteriza por ser un proceso de creación que acontece y evoluciona al interior de una relación, establece por tanto un espacio compartido de comunicación, elaboración y encuentro. Por ello es significativo que cada estudiante pueda acercarse a la vivencia de introspección y conciencia que se deriva de la experiencia de un proceso acompañado de creación, en el que una actitud de escucha respetuosa favorece la apertura de la comunicación, por el hecho de ser acogido por el otro, por la persona que acompaña, por el grupo con el que se comparte, y permite integrar y socializar aspectos inesperados de uno mismo, ayudando a transformar la percepción de uno y del otro.

Profundizando en aquellos aspectos que hagan comprender al arteterapeuta las claves relacionales y los distintos planos de comunicación y significados que se establecen, ya sean relativos a la persona, al terapeuta, a la obra o al grupo; lo que supone una serie de conocimientos y habilidades para hacer que la experiencia artística alcance el objetivo terapéutico de configurarse como una experiencia al interior de una relación de conocimiento, de reflexión o de resolución de conflictos.

### Conclusiones

El espacio que vincula el arte con el campo de la salud y la educación encuentra la dificultad que proviene de su amplitud y transversalidad interdisciplinar.

Entendemos que la formación ha de contar con un espacio orientado a la práctica artística, que permita poner la atención en el proceso y en el creador. Pensamos que la sensibilidad y el encuentro de uno mismo como creador, es una cualidad que hay que acompañar a desarrollar y explorar.

Defendemos la conveniencia de promover un aprendizaje desde el desarrollo de la sensibilidad y del pensamiento artístico,

sustentado en la práctica artística para integrar entre sí aprendizajes significativos.

El Arte como mediación y la Arteterapia, entienden las posibilidades de intervención en el mundo como un modo sutil de transición entre el yo y el otro. Donald Kuspit plantea [4] una reflexión que incorpora, a la manera de Winnicott, la idea de espacio transicional en el que sea posible la emergencia del sujeto creador.

Hemos de buscar nuestra circunstancia, tal y como es, precisamente en lo que tiene de limitación y peculiaridad (...). La cuestión artística transicional es relacionar la riqueza del mundo interior con el mundo fiablemente objetivo, sin perder el sentido de la profundidad y fiabilidad del mundo. Sólo entonces el yo interior y el mundo exterior parecen suficientemente buenos, entonces el arte asume su carácter integrador de los dos mundos”.

Por ello el Máster en Arteterapia de la Universidad Politécnica de Valencia. Aspectos educativos, sociales y terapéuticos del arte como experiencia de creación acompañada, estructura las aportaciones de los artistas, tanto a nivel de la práctica artística, como en el conocimiento de las aportaciones de la historia del arte y las particularidades de la práctica docente que acompaña el desarrollo de la creación. Su seña de identidad: El proceso de creación artística como procedimiento de formación.

Pienso en la creación como una liberación personal. Jan Svankmajer [5]



[1] Winnicott, D.W, Realidad y juego, Editorial Gedisa, Barcelona Press. 1999.

[2] Case, Caroline, The Changing shape of Art Therapy: New Developments in Theory and Practice. London. Jessica Kingsley Publishers, 2000.

[3] Naumburg, Margaret, "Art therapy: its scope and function"(1958), Art therapy: problems of definition. American Journal of Art Therapy 40 no1 Ag. 2001.

[4] Kuspit, Donald, "El artista suficientemente bueno: más allá del artista de vanguardia", Madrid, Creación, núm. 5, mayo 1998.

[5] Palacios, Jesús, Para ver, cierra los ojos. Jan Svankmajer, Pepitas de calabaza ed, 2012.

# Asociación ARTABAN

VICTORIA MARTÍNEZ TOMÁS

## Abstract

Describe resumidamente la experiencia y resultados iniciales de la intervención con arteterapia en enfermos crónicos de larga estancia en el ámbito hospitalario. En relación a su estado de salud emocional, psicomotricidad, capacidades cognitivas, relación interpersonal y participación en el proceso terapéutico.

## Introducción

Para hacer alcanzable a la población que padece enfermedad crónica el objetivo de tener acceso a la salud, esta debe entenderse como algo dinámico, tal como describe la O.M.S. Esto es: el logro del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, acorde a la capacidad de funcionamiento que permita los factores en que vive el individuo. Desde este enfoque holístico y dinámico, podemos entender fácilmente el papel de la arteterapia en los problemas de salud dentro del ámbito hospitalario, que se convierte así en fuente de salud y riqueza en la vida cotidiana. Asimismo, ha sido señalada la capacidad de la arteterapia para manejar y superar las dificultades emocionales de los enfermos hospitalizados en los casos de cáncer, tuberculosis, trasplante de médula espinal y quemados, y también con enfermos crónicos en régimen abierto.

En 2009, la dirección del hospital "HACLE S. Vicente", de S. Vicente del Raspeig en

Alicante, manifestó su interés por minimizar el efecto que la hospitalización prolongada producía en el deterioro cognitivo y estado de ánimo de los enfermos crónicos ingresados en su Unidad de Larga Estancia. Partiendo de ello, la "Asociación Artabán" propuso desarrollar un "Programa de Acompañamiento a Enfermos Crónicos de Larga Duración", que dio comienzo en diciembre de 2009.

Esta comunicación pretende mostrar la experiencia con arteterapia llevada a cabo por un equipo de dos arteterapeutas en dicho hospital durante un año.

## El grupo

Se trabajó con un grupo formado por pacientes de larga hospitalización con enfermedad crónica avanzada.

La denominación de enfermedad crónica reúne gran diversidad de patologías, cuyos tratamientos procuran la recuperación del mayor grado de salud, autonomía y bienestar posibles, no pudiéndose alcanzar la remisión de la enfermedad.

El grupo resultó ser muy heterogéneo: pacientes con enfermedades neurodegenerativas; trastornos respiratorios y cardiovasculares; diabetes; cáncer..., teniendo estos en común:

- Pérdida de autonomía: eran dependientes y necesitaban cuidados constantes, en muchos casos también ayuda para su movilidad.

- Aislamiento del entorno social: generalmente se encontraban internados durante varios meses.
- Falta de relaciones de sostén y apoyo emocional: recibían escasas o nin-guna visita por parte de allegados o familiares, o carecían de ellos.
- La mayoría superaban los 60 años.
- Muchos presentaban uno o varios de estos problemas: deterioro cognitivo; dificultades psicomotoras en extremidades superiores y/o inferiores; depresión y otros trastornos del estado de ánimo.

Como podemos ver, en ellos confluían diversas facetas del dolor humano, junto a una perspectiva desalentadora del pronóstico de su enfermedad y sobre su futuro en general.

### Objetivos

Nuestros fines eran mejorar la calidad de vida y minimizar el impacto del aislamiento hospitalario de estos pacientes, y para ello buscamos facilitar-les:

- Motivación e interés por la vida.
- Alivio emocional, relajación y bienestar.
- La mayor conservación posible de sus recursos cognitivos y emociona-les.
- Su interrelación mutua, previniendo y rescatándolos del aislamiento emocional y la soledad.
- Su participación como agentes activos en su proceso de salud-enfermedad.
- Sostén y cuidado anímicos.
- La recuperación de una imagen digna de si mismos, aún en la enfermedad.

### Método y materiales

Se siguió la metodología Dra. Hauschka, y se eligieron y adaptaron los materiales según sus especiales condiciones de movilidad, capacidades cognitivas, etc. Utilizamos pintura al pastel y acuarelas, dibujo con ceras y lápices de color. Con la intención de evitar que los participantes percibieran la tarea artística como algo amenazante, debido a su falta de experiencia y limitaciones propias de la enfermedad, secuenciamos las

propuestas por grado de dificultad y dimos pautas sencillas y accesibles, empezando por el uso del material, al que se atribuyó también una función terapéutica.

En dos sesiones semanales con el grupo, se realizaba la actividad plástica y dinámicas grupales, finalizando siempre con un breve espacio donde ellos comunicaban verbalmente sus opiniones sobre la experiencia vivida durante la sesión. El número de participantes por sesión fue muy variable, con un máximo de 9 personas por sesión.

### Resultado y conclusiones

Se atendió a un total de 23 pacientes, que recibieron entre 1 y 34 sesiones de arteterapia. En el 65,21% de pacientes, la arteterapia produjo resultados favorables. No se dieron cambios o no pudieron valorarse en el 34,79% de los casos.

Los cambios observados más frecuentemente fueron:

- Aumentaron las sensaciones de bienestar y relajación.
- Incrementaron la motivación, el nivel de participación y esfuerzo de su-peración personal.
- Se logró atenuar el deterioro cognitivo, conservando sus facultades. Me-joró la atención y concentración.
- Su relación interpersonal se enriqueció, aumentó su sociabilidad y cooperación mutua.
- Mejoró su estado de ánimo, así como la percepción de su propia valía y competencia personal.
- Disminuyeron los pensamientos distresantes y reiterativos.

Lo heterogéneo del grupo, junto al tipo de patología, estado de salud del enfermo y el número de sesiones influyeron visiblemente en la variabilidad de los resultados, destacando este último como factor decisivo para la eficacia de la terapia (tras 7 sesiones, los resultados favorables se incrementaban notablemente).

Podemos concluir diciendo que la intervención con arteterapia ayudó a atenuar el deterioro cognitivo y relacional derivados de la hospitalización prolongada; facilitó la preservación y mejora de su estado emocional, autoimagen y psicomotricidad; incrementando los niveles de salud y calidad de vida de los enfermos crónicos de larga estancia de este hospital que participaron

en el programa. Estimamos además la conveniencia de establecer un grupo y plan de trabajo específicos para pacientes con demencia en futuras intervenciones, donde poder abordar de manera específica la problemática y necesidades de dichos pacientes.

- 
- [1] Csikszentmihalyi M. *Fluir. (Flow). Una psicología de la felicidad*, Editorial Cairós, 1997.
  - [2] Ferruci P. *Belleza para sanar el alma*, Urano, 2008.
  - [3] Gabriel B. et al., *Art Therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study*, *ePsycho-Oncology* 10: 1114-123, 2001.
  - [4] Hamre HJ. Et al. *Anthroposophic therapy for chronic depression: a four-year prospective cohort study*, *BMC Psychiatry*. Dec 15; 6:57, 2006.
  - [5] Hamre HJ. Et al. *Long-term outcomes of anthroposophic therapy for chronic low back pain: A two-year follow-up analysis*, *Journal of Pain Research* 2: 75-85, Dove Medical Press, 2009.
  - [6] Kutzli R. *Entfaltung schöpferischer Kräfte durch lebendiges Formenzeichnen*, Les Trois Arches, 1998.
  - [7] Levin I.A. *Sinergética y Arte*, Editorial URSS, 2004.
  - [8] Martínez Díez N. *Investigaciones en curso sobre Arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid*, *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, vol. 1: 45-46, 2006.
  - [9] Mees-Christeller E. *Arte curativo y curación artística*. Arteterapiaelpuente (eds.), 2009. Bolin R., *Sustainability of the Building Envelope*, Syska Hennessy Group National Institute of Building Sciences, 2008.

# Talleres del Proyecto curArte I+D: 8 años de investigación y desarrollo

NOEMÍ ÁVILA y GIMUPAI (Grupo de Investigación del Museo Pedagógico de Arte Infantil)

## Abstract

El proyecto Curarte I + D nació con la misión de desarrollo, la evaluación y la investigación de las artes, la creatividad y programas de educación de arte en contextos de salud. En este artículo se muestran los resultados de los últimos ocho años.

## Ocho años del Proyecto curArte I+D

Desde el año 2004, la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Salamanca (Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica de la Universidad Complutense de Madrid, el Museo Pedagógico de Arte Infantil y Departamento de Psicología Social de la Universidad de Salamanca) vienen desarrollando una serie de investigaciones en torno a las posibilidades de mejora de los niños y adolescentes hospitalizados a través del juego, la creatividad y el arte, enmarcadas en el proyecto curArte I+D ([www.ucm.es/info/curarte](http://www.ucm.es/info/curarte)).



Fig. 1. Proyecto curArte I+D

El proyecto curArte I+D surge como una propuesta multidisciplinar y pluriinstitucional, para avanzar en la mejora de las condiciones de vida de los niños y adolescentes hospitalizados, desarrollando actividades de juego y creativas

especialmente concebidas para responder a sus necesidades específicas y promover estas actividades como recurso de bienestar y salud.

En la actualidad el proyecto curArte I+D ha ampliado su campo de acción, con propuestas para adultos y Tercera Edad. Los objetivos del mismo se han ampliado, y en estos momentos trabajamos en el desarrollo de programas de diseño, implementación y evaluación de arte, creación y educación artística en contextos de Salud.

Las investigaciones del proyecto curArte I+D tienen como objetivo generar un campo de conocimiento y estudio en el área del Arte y la Salud en España.

Objetivo cumplido: Implantación de talleres en contextos de salud

Uno de los objetivos del proyecto curArte I+D, ha sido el de implantar y sistematizar talleres de arte, creación y educación artística con niños y adolescentes hospitalizados. Como se muestra en las siguientes tablas en el período comprendido entre el 2006-2011 se han realizado más de 900 sesiones en diferentes unidades y hospitales. En estas sesiones han participado más de 1500 niños y adolescentes hospitalizados, y también han participado más de 40 educadores:

2006			
CONTEXTO DE LOS TALLERES	PERÍODO	Nº DE SESIONES	Nº DE PARTICIPANTES
Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid)	Julio-agosto 2006	24	21

2007			
CONTEXTO DE LOS TALLERES	PERÍODO	Nº DE SESIONES	Nº DE PARTICIPANTES
Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (H.U. Gregorio Marañón, Madrid)	Abril-mayo-junio 2007	36	30
Unidad de Diálisis (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	Julio-Agosto 2007	26	4
Unidad de Oncología (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)		40	69
Planta de Hospitalización (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)		42	110
Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)		16	60 (*)
Planta de Hospitalización (H. U. de Salamanca)		40	85
Planta de Hospitalización (H. Río Ortega, Valladolid)		40	83

2008			
CONTEXTO DE LOS TALLERES	PERÍODO	Nº DE SESIONES	Nº DE PARTICIPANTES
Unidad de Diálisis (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	Febrero-Junio 2008	57	2
Unidad de Oncología (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)		57	100
Psiquiatría de adolescentes (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	Abril-Junio 2008	24	30
Unidad de Diálisis (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	Julio-Agosto 2008	27	2
Unidad de Oncología (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)		27	40
Planta de Hospitalización (H.U. Gregorio Marañón, Madrid)		43	100
Unidad de Psiquiatría		27	30
Planta de Hospitalización (H. Río Ortega, Valladolid)		43	--
Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (H.U. Gregorio Marañón, Madrid)	Septiembre-Diciembre 2008	36	--
Unidad de Oncología (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)		36	--
Unidad de Diálisis (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)		--	--

2009			
CONTEXTO DE LOS TALLERES	PERÍODO	Nº DE SESIONES	Nº ADOLESCENTES QUE HAN PARTICIPADO
Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (H.U. Gregorio Marañón, Madrid)	Enero-Junio 2009	22	198
	Julio-Agosto 2009	17	153
	Octubre - Diciembre 2009	12	108
Unidad de Oncología (H.U. Gregorio Marañón, Madrid)	Enero-Junio 2009	22	8
	Julio-Agosto 2009	17	7
	Octubre - Diciembre 2009	12	3
Unidad de Hemodiálisis (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	Enero-Junio 2009	22	2
	Julio-Agosto 2009	17	2
	Octubre - Diciembre 2009	12	1

2010			
CONTEXTO DE LOS TALLERES	PERÍODO	Nº SESIONES	Nº ADOLESCENTES QUE HAN PARTICIPADO
Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	5 de mayo-30 agosto 2010	14	98
	19 de Julio - 18 de Agosto 2010	3	18
	4 de Dic. - 28 de Dic. 2010	4	24
Unidad de Hemodiálisis (H.U. Gregorio Marañón, Madrid)	19 y 21 de Julio 2010	2	2
Unidad de Oncología (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	4 y 11 de Agosto 2010	2	2
Órbita (H.U. 12 de Octubre, Madrid)	18-23 de Agosto 2010	2	2
	3 al 30 de Diciembre 2010	4	15
Cyberaula (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	12 de Julio - 23 de Agosto 2010	6	6

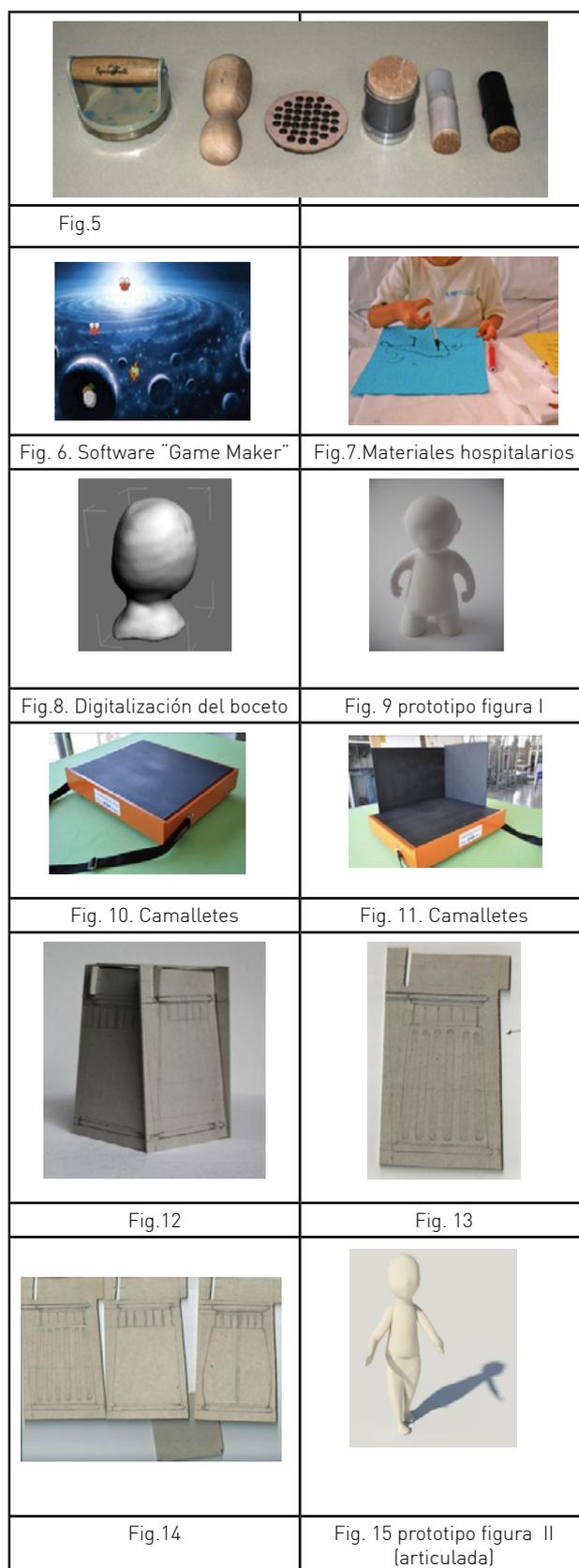
2011			
CONTEXTO DE LOS TALLERES	PERÍODO	Nº SESIONES	Nº ADOLESCENTES QUE HAN PARTICIPADO
Unidad de Psiquiatría de Adolescentes (H. U. Gregorio Marañón, Madrid)	Enero-junio 2011	18	126
	Julio-Agosto 2011	16	130
	Septiembre-Diciembre 2011	15	120

## Difusión y alcance de los talleres del Proyecto curArte I+D

En los talleres se ha trabajado a partir de técnicas, materiales y metodologías específicas para el ajuste y la adaptación de los mismos al contexto sanitaria. Para ello han sido necesarios desarrollos específicos de prototipos y materiales que el proyecto a puesto a disposición de la sociedad a través de su registro como prototipo, patente o modelos de utilidad.

En la siguiente tabla se especifican dichos materiales y además se relacionan con las publicaciones derivadas a partir del diseño, evaluación y análisis de dicho material en los talleres curArte I+D.

Actividad creativa diseñada	Material específico Descripción	Estado
Talleres de creatividad y educación artística	Maletín que contiene un material de juego creativo para niños hospitalizados	Modelos de utilidad U2005009445 U2005009446
Talleres de estampación no tóxica	Tintas estampación al agua y no tóxicas. Papeles y soportes: cartones, acetatos, papel, etc. Herramientas: barems, Fig. 5	Prototipos
Talleres de Creación de Videojuegos	Software "Game Maker" Fig. 6 Software "Plataforma Moodle"	Software "Game Maker": software libre (shareware). Plataforma virtual
	Polyacetral Fig.8, 9 y 10	
Talleres de Cine y Animación	Camallete de cine. Maletín para el desarrollo de piezas de animación audiovisual Descripción: El camallete de cine está formado por un maletín que se transforma en espacio de trabajo para la realización de piezas de animación audiovisual. Fig. 11 y 12	Solicitado el Modelo de Utilidad a través de la OTRI-UCM
Talleres de Creación Contemporánea	Pedestales hospitalarios Descripción: Plancha recortada con chorro de agua. Diferentes materiales: madera, metacrilato... Posibilidad de serigrafía en las planchas con estilos arquitectónicos a modo de decoración. Fig. 13 y Fig. 14	Prototipo
Talleres de Arte y Participación en el hospital	--	--Publicación de talleres en artículos de revista



Otros mecanismos de difusión y alcance de los talleres curArte I+D, son el histórico de proyectos de investigación financiados (convocatorias públicas y privadas) obtenidos en estos últimos ocho años, las tesis doctorales derivadas directamente del proyecto y en concreto de los talleres, las relaciones y colaboraciones

con instituciones de Salud en España, la incorporación de estudiantes al proyecto y la amplia producción bibliográfica como ya se ha especificado en la última tabla, y que también puede verse en la bibliografía.

Proyectos de investigación financiados (convocatorias públicas y privadas)

#### Financiación Pública

- Análisis de calidad de las prestaciones de los servicios pediátricos de los hospitales de Castilla y León en relación con las posibilidades de desarrollar actividades de juego creativo como recurso de salud por parte de los niños ingresados en dichos servicios. 2003. Financiado por: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Investigación responsable: Ana María Ullán de la Fuente
- El juego creativo en hospitales como recurso de apoyo psicosocial para niños enfermos y sus familias. 2004. Financiado por: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Investigación responsable: Ana María Ullán de la Fuente
- Análisis comparativo de la calidad de las atenciones psicosociales a los niños en los servicios de pediatría hospitalaria de la SACyLL con centros de referencia nacionales en hospitalización infantil. 2004. Financiado por: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Investigación responsable: Ana María Ullán de la Fuente
- Diseño, aplicación y evaluación de materiales de juego creativo especialmente adaptados para su uso hospitalario. 2004-07. Financiado por: Ministerio de Educación y Ciencia. Investigación responsable: Manuel Hernández Belver
- Creatividad en adolescentes hospitalizados en la Comunidad de Madrid. 2006  
Financiado por: Comunidad de Madrid. Investigación responsable: Manuel Hernández Belver
- Diseño y aplicación de actividades artísticas creativas para adolescentes hospitalizados con patologías clínicas en hospitales de la CAM. 2007. Financiado por: Comunidad de

Madrid. Investigación responsable: Manuel Hernández Belver

- Diseño y desarrollo de materiales y actividades creativas y artísticas para adolescentes hospitalizados. 2008-11. Financiado por: Ministerio de Educación y Ciencia. Investigación responsable: Manuel Hernández Belver
- Camalletes de cine. 2009-10. Financiado por: Comunidad de Madrid. Investigación responsable: Manuel Hernández Belver
- El efecto del juego simbólico sobre el alivio del dolor en niños hospitalizados. 2010-11. Financiado por: Junta de Castilla y León. Investigación responsable: Ana María Ullán

#### Financiación Privada

- Diseño, desarrollo y evaluación de talleres hospitalarios: curARTE en verano 2007. Financiado por: Fundación Curarte. Investigación responsable: Manuel Hernández Belver
- Formación, seguimiento y evaluación de becarios de colaboración y de becarios de investigación para la Fundación curArte. 2008-09. Financiado por: Fundación Curarte. Investigación responsable: Manuel Hernández Belver
- Talleres de Arte y Salud para personas con demencia abierto a cuidadores y familiares. 2010-11. Financiado por: CRE Alzheimer Salamanca. Investigadores responsables: Manuel Hernández Belver, Ana María Ullán, Carmen Moreno

Tesis doctorales derivadas directamente del proyecto

- Diseño y desarrollo de recursos on-line: aplicaciones virtuales de arte infantil en contextos hospitalarios. 2005. Noemí Ávila Valdés. <http://eprints.ucm.es/7275/>
- Diseño y desarrollo de técnicas alternativas artísticas y creativas con adolescentes en ámbitos hospitalarios. 2010. Javier Albar. <http://eprints.ucm.es/12597/>
- El videojuego en los hospitales: Diseño e implementación de actividades y formación de educadores. 2011. Eva Perandones. <http://eprints.ucm.es/13205/>

- Estrategias participativas en arte y educación: un estudio de caso con adolescentes hospitalizados. 2012. Clara Megías. <http://eprints.ucm.es/14912/>

## Convenios y colaboraciones con instituciones de Salud

Con el Hospital Universitario de Salamanca, Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid), Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid), Centro Madrid Salud. Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental. Ayuntamiento de Madrid, Hospital de Denia. Marina Salud.

## Propuestas del futuro

El proyecto curArte I+D ha ampliado en los últimos años su ámbito de acción incorporando talleres con adultos y también con personas mayores con demencia. Derivados de estos ámbitos hay dos tesis en proceso de realización (de la doctoranda Marta G. Cano y de la doctoranda Lorena López Méndez). Estos talleres vienen a completar un ámbito y a posicionar al proyecto curArte I+D como pionero en España en la implantación y evaluación de este tipo de actividades.

Desde nuestra perspectiva como proyecto universitario, es nuestra responsabilidad continuar abriendo campos y posibilidades para incorporar el Arte a los contextos de Salud y generar un campo específico académico y de investigación.

- 
- [1] Acaso, M., Antúnez, N., Ávila, N., García, M., Gutiérrez, T., Megías, C., Moreno, M<sup>a</sup>. C., Contemporary art as a resource for learning about human rights: a case study of the use of the Placenta Methodology with hospitalized adolescents, Journal JRAC, Nueva York, 2011.
  - [2] Albar, J., Diseño y desarrollo de técnicas alternativas artísticas y creativas con adolescentes en ámbitos hospitalarios. Tesis doctoral publicada por la Ed. Complutense, 2010.
  - [3] Albar, J., Martínez, A., Talleres de estampación no tóxica con niños y adolescentes discapacitados, Arte, Individuo y Sociedad. Vol. 23 Núm. Especial, 69-75, 2011.
  - [4] Antúnez, N., López, L., Camalletes de cine, Arte, Individuo y Sociedad, Vol.23, Núm. Especial, 99-108., 2011.
  - [5] Ávila, N., Acaso, M., Antúnez, N., La educación artística en el contexto hospitalario en España: Formación, investigación y evaluación de especialistas en el área, Revista Magister: revista miscelánea de investigación, Universidad de Oviedo, 2011.
  - [6] Ávila, N., Acaso, M., Una profesión reconocida en contextos de salud: La educación artística, Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23, Núm. Especial, 19-27, 2011.
  - [7] Ávila, N., Talleres de arte con adolescentes hospitalizados. Una experiencia de comunicación, Educere, 45, 449 – 456, 2009.  
Belver, M. H., El arte y la Educación artística en contextos de salud, Arte, Individuo y Sociedad. Vol. 23, Núm. Especial, 11-17, 2011.  
Belver, M. H., Ullán, A.M., Art in a Spanish children's hospital. Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice, 1753-3023, Volume 3, Issue 1, 73 – 83, 2011
  - [8] Belver, M. H., Ullán, A.M. (eds.), La creatividad a través del juego, Salamanca, Amarú Ediciones, 2006.
  - [9] Belver, M. H., Ullán, A.M. Symbolic environmental mediator in health settings: the role of art in the humanization of children's hospital, Arte, individuo y sociedad, 22, 73-81, 2010.
  - [10] G. Cano, M., Arte Contemporáneo y participación: La reflexión y el diálogo como generadores de distracción positiva, Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23, Núm. Especial, 109-122, 2011.
  - [11] G.Cuesta, J., Gómez, E., Megías, C., Mi ciudad inventada, Arte, Individuo y Sociedad, 2011.
  - [12] Gutiérrez, T., Megías, C., Nuere, S., Proyecto House: cuando los niños crean un hospital a medida, Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23 Núm. Especial, 29-39, 2011.
  - [13] Megías, C., Morales, E. Sacristán, R. Claremi, C. Orozco, A., Programa con artistas emergentes, Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23, Núm. Especial, 55-67, 2011.
  - [14] Moreno, C., Abad, J., López, L., Talleres de arte de reciclaje con materiales hospitalarios, Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23, Núm. Especial, 135-152, 2011.
  - [15] Pascale, P., Avila, N., Una experiencia de creatividad con adolescentes hospitalizados: unidad de psiquiatría de adolescentes del Gregorio Marañón. Arte, individuo y sociedad, 19, 207-246, 2007.
  - [16] Perandones, E., Creando videojuegos hospitalarios: Taller "Aventura en el hospital", Arte, Individuo y Sociedad, 2011.
  - [17] Ullán A.M., Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia. El proyecto AR.S: arte y salud, Arte, Individuo y Sociedad, 2011.
  - [18] Ullán, A. M., Serrano, I., Delgado, J., Badía, M. y Belver, M.H., Perspectives of youths and adults improve the care of hospitalized adolescents in Spain, Journal of Pediatric Health Care, 2010.
  - [19] Ullán, A. y Belver, M. H. Informe CurArte 2007: Fundación Curarte, 2007.
  - [20] Ullán, A., Belver, M.H., Fernández, E., Serrano, I., Delgado, J., Herrero, C., Hospital Designs for Patients of Different Ages: Preferences of Hospitalized Adolescents, Non hospitalized Adolescents, Parents, and Clinical Staff, Environment and Behavior, , 2011.
  - [21] Ullán, A., Belver, M.H., Los niños en los hospitales: espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil, Ediciones Témpora, Madrid, 2004.
  - [22] Ullán, A., Belver, M.H. , Cuando los pacientes son niños. Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica, Eneida, Madrid, 2008
  - [23] Ullán, A., Belver, M.H., Las paredes cuentan: Arte para humanizar un espacio pediátrico, Arte, Individuo y Sociedad, 2009.
  - [24] Ullán, A., González, R. y Manzanera, P., El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles, Revista de Calidad Asistencial, 2009.
  - [25] Zapatero, D., Agudín, V., Tuning: Personalización de objetos o creación de objetos, Arte, Individuo y Sociedad, 2011.

# Arteterapia en salud mental y otros espacios de salud

ISABEL SOLER TARRADELLAS

## Abstract

Esta comunicación persigue exponer los talleres de arteterapia que imparto en la UHP y otros departamentos del Hospital de Dénia, así como mi experiencia como Arteterapeuta en AMADEM (Asociación de amigos de personas con enfermedad mental de La Marina Alta).

## Introducción

A través de la historia conocemos muchas experiencias de expresión y comunicación a través del arte. El arte como instrumento curativo se ha utilizado en diferentes culturas, siendo a mediados del siglo XX cuando se empieza a instaurar en los Estados Unidos, Canadá, Europa y América Latina la terapia del arte como profesión. Actualmente se utiliza cada vez más en hospitales y en consultas privadas.

El arte, en todas sus formas, no sólo es un modo de expresión, sino una herramienta terapéutica que en los últimos años ha experimentado un importante desarrollo como coadyuvante en tratamientos de diversas enfermedades y también como un medio de crecimiento personal.

Jean Pierre Klein, Arteterapeuta, define el arteterapia como “un acompañamiento terapéutico de las personas con dificultades (psicológicas, físicas y sociales), a través de sus producciones artísticas (obras plásticas, sonoras, teatrales, literarias, danzadas, etc.)”

En el Hospital de Dénia se realizan talleres de arte desde el año 2009. Forman parte del proyecto de arte que engloba diferentes proyectos expositivos y arteterapéuticos destinados a humanizar el entorno hospitalario (cuidArt).

El proyecto cuidArt aglutina diferentes disciplinas artísticas y las orienta a la mejora de la salud y el bienestar. Entre las líneas de trabajo que se desarrollan en cuidArt cabe destacar la exposición permanente en diferentes espacios del hospital de 28 obras de la Colección DKV: Arte y Salud, el proyecto escultórico, coordinado por el CIAE, con trabajos de siete importantes artistas, intervenciones murales en el área de Pediatría, desarrolladas por colectivos de arte urbano en colaboración con el personal médico del centro, una programación estable de exposiciones temporales, vinculadas a artistas de la colección, a temas de Arte y Salud y a otros proyectos de cuidArt y un plan de investigación y difusión, para divulgar las conexiones entre Arte y Salud mediante colaboraciones con agentes culturales y sociales. Además de un complejo programa de actividades para pacientes como animación teatral, arteterapia, musicoterapia y arte en vivo.

En una primera etapa se iniciaron los talleres de Arteterapia en la unidad de psiquiatría y en la de pediatría. En la actualidad realizo talleres en la UHP (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica), así como en los departamentos de Hemodiálisis y Quimioterapia (Hospital de día). En pediatría se está llevando un proyecto denominado Fresh

Art Kids que se desarrolla a la vez en diferentes hospitales.

En cada uno de los departamentos el tipo de atención es diferente. Hay un dato común que es el efecto psicológico/emocional asociado a la hospitalización.

En psiquiatría el problema de la enfermedad mental se une a otras dificultades derivadas de la situación personal o familiar del paciente y a circunstancias colaterales, como puede ser el consumo de estupefacientes. Otros problemas pueden ser la falta de conciencia ante la enfermedad o la sensación de encierro que se aprecia en una unidad como ésta con unas condiciones específicas de aislamiento.

Otro espacio relevante en la comarca donde también desarrollo mi labor como Arteterapeuta es AMADEM, la Asociación de amigos de personas con enfermedad mental de La Marina Alta.

En los últimos años se han realizado diferentes estudios que reflejan el beneficio del arteterapia tanto en el ámbito psiquiátrico como en otras áreas. El ARTETERAPIA se considera una práctica terapéutica específica, con objetivos y metodología propios.

En ARTETERAPIA no se trabaja directamente la enfermedad sino que se acompaña a la persona recorriendo un camino de transformación a través de sus creaciones teniendo en cuenta que el ser humano es un ser creativo por naturaleza. Se realizan propuestas que contengan elementos que implican una interiorización.

Hospital de Dénia

UHP

Los talleres no se plantean únicamente como un entretenimiento sino que suponen un momento de expresión y socialización a través de una actividad, el arte. La mayoría de los usuarios considera esta actividad como algo lúdico, como un soplo de aire fresco que viene del exterior. Al mismo tiempo, el distanciamiento por parte de los pacientes de la problemática que les ocupa hace que la actividad sea terapéutica.

Es importante crear un marco de trabajo contenedor. En la UHP se cambia la concepción simbólica de la sala mediante unas normas como apagar la televisión, un ritual de entrada y la preparación de materiales. Éstos son elegidos teniendo en cuenta la actividad a realizar con una cierta flexibilidad ante la incertidumbre en cuanto a la predisposición de algunos pacientes.

En la UHP los períodos de hospitalización suelen ser cortos, con lo que cada grupo es diferente, y por lo tanto las sesiones se desarrollan de forma distinta según las personas que asistan y la situación en la que se encuentren en lo que respecta a sintomatología y medicación.

En la UHP realizo talleres semanales de una hora y media. Las actividades se ejecutan en función de las personas que se encuentran ingresadas en ese momento. Suelo tener diferentes propuestas preparadas. Al llegar a la unidad me informo de las personas que están ingresadas y de las que pueden participar. A partir de ahí decido el material a utilizar y lo traslado a la sala. Durante este tiempo se les anuncia a los enfermos el inicio del taller. Algunos ya me conocen de la semana anterior o de anteriores hospitalizaciones. Suelen participar un promedio de 8 personas.

Materiales y métodos

Los materiales de los que disponemos son: rotuladores, ceras, acuarelas, témperas, pintura de manos, plastilina, pegamento, tijeras, papel de diferentes tamaños y cartulinas. Trabajamos en una mesa grande o en el suelo. La sala es amplia y en ocasiones cuando las condiciones climáticas lo permiten hemos realizado el taller, o parte de él, en la amplia terraza con la que cuenta la unidad.

Cuando hablo de Arteterapia lo hago desde una perspectiva multidisciplinar. Aunque en mi trabajo me baso esencialmente en la plástica, resulta importante la imbricación con otras disciplinas como escritura, trabajo corporal o música.



El taller se inicia con una presentación y unos minutos de actividad corporal, como Chikung o algún otro ejercicio de interiorización, seguida de una visualización interior que enlaza directamente con la propuesta plástica posterior. Al finalizar la producción dejamos un tiempo para la puesta en común y la verbalización. Esto propicia la expresión de emociones y sentimientos así como el diálogo y la comunicación.



Las propuestas varían cada semana. Las técnicas con las que trabajamos van desde la pintura con témpera, acuarela, ceras o rotuladores hasta el collage. También realizamos algún trabajo tridimensional con plastilina o reciclando cajas de cartón u otros objetos, y en ocasiones se utiliza la escritura. La escritura también suele aparecer de forma espontánea ligada a la producción del momento. Las propuestas se formulan con el propósito de conseguir una implicación por

parte del usuario. Mi cometido es acompañar a los asistentes al taller en el desarrollo de su producción. En el transcurso de la sesión puedo observar el grado de implicación de los usuarios en su actividad y en sus producciones.



La interpretación de las propuestas que lanzo resulta siempre muy subjetiva. Eso ocurre por igual en los pacientes ingresados como en la población en general. Aunque suele ocurrir que debido a la enfermedad y a las medicaciones el nivel cognitivo es limitado. Todo esto no tiene por qué ser negativo. Al contrario puede ayudar a superar las defensas naturales que tenemos la mayoría de las personas a expresar emociones y sentimientos. Aún así ante este tipo de grupos heterogéneos e inestables el objetivo terapéutico del arte se centra más en la diversión, la exploración y la estimulación.

Cuando el grupo lo permite realizamos producciones conjuntas que propician la comunicación y la improvisación. En el transcurso del taller animo a interactuar entre los espacios que inicialmente ocupa cada uno.

Las actividades conjuntas permiten que los usuarios que de entrada no quieren participar, se unan de alguna forma al grupo aunque solamente sea observando, comentando algo o incluso participando de forma puntual. Esto permite a estos pacientes salir aunque momentáneamente de su cotidiano aislamiento.

En ocasiones se crean grupos con ciertas semejanzas en cuanto a edad, sexo, diagnóstico, etc. que conduce a sesiones más íntimas y personales.

La parte positiva del taller se centra en:

- La evolución de la persona creadora durante el espacio de tiempo que dura el taller.
- Los cambios de actitud, generalmente positivos de algunas personas, en un primer momento reticentes y al cabo de un rato activas.
- También puedo observar los cambios que se producen en las personas de más largo internamiento. Por lo general son cambios positivos que se reflejan en la actividad creadora y en la actitud ante el grupo, ante la actividad y con ellos mismos.
- Otra actitud que observo en las personas de largo internamiento o incluso en algunos pacientes reincidentes, es que reciben la actividad con alegría. A la mayoría les ayuda a romper la monotonía y olvidarse un poco de las rutinas establecidas en la unidad. También la reciben como un soplo de aire fresco que viene del exterior y que no forma parte de su actividad terapéutica cotidiana. Esto, aunque parezca paradójico ayuda positivamente al fin terapéutico del taller aunque ellos no lo identifiquen como tal.
- El trabajar en grupo implica trabajar juntos lo que ayuda a clarificar las relaciones interpersonales dentro del grupo. La aportación individual interactúa con la del grupo.

Pero también me enfrento a algunos problemas como:

- Al ser un taller único y con personas que posiblemente no repitan no puede haber un seguimiento de casos.
- No permite profundizar en los sentimientos, conflictos y emociones que afloran en las sesiones de arteterapia.
- La atención individualizada es limitada.
- Algunos pacientes abandonan a media sesión y no conviene dejar al grupo para atender a esa persona que ha decidido salir de la sala.

- El abandono del taller suele responder al momento vital de la persona. En ocasiones es un acto de rebeldía y en otras un rechazo a lo nuevo o a realizar actividades que pueden vulnerar su yo interior. También depende de la situación en que se encuentre en cuanto a estabilización.
- Algunos pacientes realizan la actividad física de inicio de la sesión y después no quieren participar en la parte creativa, esto tiene relación con el punto anterior.

He observado que la actividad física inicial, de introspección y equilibrio la aceptan con agrado y realmente sirve para iniciar una cohesión con el grupo y una separación de realidades.

- A partir de ese momento están en otro "lugar", que es el taller de arteterapia. Les ayuda a la reflexión y la concentración.
- Les ayuda a introducirse en el posterior ejercicio plástico.
- Efectivamente las personas que no realizan el ejercicio desde el primer momento o lo abandonan antes de terminar lo reflejan en su posterior actividad plástica. Esta resulta menos personal, más superficial.
- Esta actividad también tiene un sentido de cuidado. Estas personas en esos momentos se sienten cuidadas y acompañadas.
- Durante estos ejercicios suelo poner música suave que ayuda a crear un ambiente distinto al habitual. Generalmente me encuentro con el problema de que tanto esta parte del taller como el resto del mismo se ve contaminado por los ruidos externos e incluso por algunas interrupciones de tipo sanitario o social.

## HEMODIÁLISIS Y HOSPITAL DE DÍA (ONCOLOGÍA)

En otros departamentos como Oncología o Hemodiálisis, también en base a talleres semanales, se realiza una atención más directa e individualizada y en algunos casos con mayor posibilidad de seguimiento a pesar de las circunstancias temporales y espaciales.

El acompañamiento incide más en la atención a aspectos emocionales y la mejora de la calidad de vida del paciente. En estas unidades existen ciertas dificultades derivadas del hecho de tener que estar el enfermo conectado a una máquina por vía venosa, lo que dificulta el movimiento de las manos sobre todo en hemodiálisis donde solamente pueden usar una mano.

La respuesta por parte de los pacientes suele ser bastante compleja. En el Hospital de Día por ejemplo los pacientes están sentados en sillones alrededor de la sala, conectados a la máquina que les suministra la medicación.



Pueden estar varias horas en esta posición, después de haber pasado por la sala de espera, la consulta del médico, análisis, etc. A esto se suma el estado físico y emocional de la persona, el estigma que rodea la enfermedad, el desgaste, el cansancio y a menudo la desesperanza.

Las personas que participan suelen repetir en posteriores sesiones aunque depende de las circunstancias del momento personal. Y otras personas con ciertas reticencias acaban participando en las siguientes sesiones. Muchos no vienen todas las semanas sino cada 21 días.

Las actividades que se pueden realizar son más limitadas. Ni siquiera cuentan con una mesa, así que tienen que trabajar sobre una tabla de madera fina pensada con esa finalidad. A esa madera se fija el papel y si es el caso, la cajita de las acuarelas o un platito con pintura de diferentes colores.



A pesar de las dificultades los pacientes que participan valoran positivamente la actividad que toman como un tiempo de distracción y distancia con respecto a la enfermedad. Esa distancia en realidad favorece un acercamiento desde otro punto ya que la actividad artística propicia el diálogo incluso con otros pacientes vecinos de asiento. Diálogos que a menudo hay que saber atrapar. No hay una continuidad, ni un seguimiento (o por lo menos lo que podemos entender por seguimiento) y difícilmente una transformación de la forma en la producción. Hay que estar abierto, adaptarse al momento, improvisar y contener.

En la sala de Hemodiálisis las circunstancias se repiten aunque agravadas por el hecho que ya he comentado antes de que solamente pueden utilizar un brazo. Así pues las posibilidades de trabajo se reducen, ya que debemos limitar por ejemplo el collage o el modelado. Aún así utilizamos diferentes materiales como ceras, rotuladores, pintura acrílica y acuarela y se propone siempre una idea de la que partir.

Esta unidad es la más estable ya que salvo circunstancias especiales, suelen estar siempre las mismas personas. El porcentaje de los que participan activamente no es muy elevado, pero el hecho de conocer a las personas semana a semana propicia un cierto seguimiento y una complicidad.

La actitud ante la enfermedad suele ser de resignación o aceptación. Suelen acudir tres veces por semana durante unas 4 horas a la sesión de hemodiálisis. Muchos están cansados y duermen o miran la televisión. Pero los que participan en el taller ya lo esperan con ilusión. Algunos me comentan que esta actividad les ayuda a "estar mejor". Pero casi siempre aprovechan para contar cosas de su vida algunas de las cuales se reflejan en sus dibujos. A algunas personas les ha nacido un interés por realizar algún tipo de actividad artística en su casa, se han comprado materiales y han empezado a pintar. Han descubierto que para ellos es un aliciente nuevo que les ayuda. La mayoría nunca se lo habían planteado desde que dejaron de pintar o modelar en su infancia. A alguno le ha servido para recordar pasajes de su vida y los refleja en sus dibujos.

Tanto en una unidad como en otra a algunas personas que no quieren participar activamente en una actividad artística les ofrezco un libro de arte. Al ser normalmente libros de autores en los que prima la expresión y el color, la lectura u observación de estos libros suele propiciar un diálogo acerca del arte y las diferentes formas de expresión.

AMADEM (Asociación de amigos de La Marina Alta de personas con enfermedad mental)

En AMADEM realizo un taller de arte semanal de dos horas de duración al que asisten personas diagnosticadas con enfermedad mental grave, estabilizadas clínicamente y con seguimiento psiquiátrico. También llevo a cabo procesos terapéuticos de atención individual.

Este taller se centra en fomentar la expresión y la creatividad y aumentar los conocimientos sobre arte. Se trabajan también actitudes colaborativas y de relación social, toma de decisiones y comunicación. Se realizan

exposiciones en las que los usuarios participan en la selección de las obras y el montaje de las mismas. Creo que es importante como forma de comunicación con elementos de la sociedad ajenos a la seguridad del taller. También pienso que la satisfacción obtenida durante el proceso creativo se ve reforzada al mostrarse el objeto final.

AMADEM colabora desde hace tiempo con la UHP del Hospital de Dénia y se da la circunstancia de que con algunos de los nuevos asistentes al taller de arte ya he tenido un primer contacto en los talleres de la UHP. Esta relación representa por un lado el conocimiento previo del usuario y por otro la posibilidad de un seguimiento del mismo.

El taller de arte de AMADEM complementa el tratamiento de las personas con enfermedad mental fuera del ámbito hospitalario. El Hospital de Dénia (Alicante) ofrece hospitalización psiquiátrica (UHP). Los pacientes, en su mayoría padecen trastornos depresivos, psicosis (esquizofrénicas, tóxicas inducidas por consumo de sustancias psicoactivas y afectivas) y trastornos de personalidad.

Cuando la persona enferma sale del hospital suele sufrir recaídas por la falta de seguimiento terapéutico constante o por la pérdida de apoyo en el entorno familiar o social. El taller de arte complementa la atención psicoterapéutica que ofrece la asociación a través del conjunto de talleres y actividades ofrece.

El hecho de que se vayan agregando nuevos usuarios al taller es un indicativo del interés que suscita. También aumenta la complejidad del desarrollo del mismo ya que algunas personas necesitan una atención más individualizada.

El taller de arte es un tiempo para la expresión, la comunicación y la socialización, así como el compañerismo y cómo no, la cultura.



En AMADEM el taller de arte no es un mero entretenimiento. Tratamos de ofrecer las herramientas necesarias para la experimentación tomando como punto de partida la información y la observación y poniendo a disposición de los participantes una variedad de materiales y técnicas.

Algunos de los asistentes al taller realizan actividades artísticas como práctica habitual desde hace tiempo, otros se iniciaron en las artes plásticas en este espacio. En general las personas que acuden al taller de arte de AMADEM no han tenido mucho contacto con el arte. Así pues también hacemos una labor educativa a través de visitas a exposiciones, visualización de documentales y consulta de libros y catálogos.

El arte en todas sus disciplinas tiene un gran potencial terapéutico ya que incide directamente en la persona a través de los sentidos. En el taller de arte de AMADEM se fomenta el diálogo, el trabajo individual y en grupo, el compañerismo y la integración social.



En general con este tipo de talleres se persigue entre otras cosas intentar mejorar en lo posible la calidad de vida de las personas con enfermedad mental, aumentar la autoestima y la confianza, incentivar la creatividad mediante actividades que permitan expresarse libremente, ampliar la cultura visual y artística, expresar sentimientos, mejorar la relación con los demás y disminuir la ansiedad.

## Conclusiones

En la enfermedad mental uno de los aspectos que se resienten es la socialización y el reconocimiento de la propia identidad. Así pues, este taller potencia habilidades de comunicación y contribuye a recuperar el contacto con su forma habitual de socialización y su identidad cultural.

Este tipo de actividades se realizan en un ambiente relajado y de libertad. Todos los pacientes coinciden en que se relajan y se distraen. En el taller de la sala de Hemodiálisis algún paciente me ha llegado a decir que los días en que hay algún taller de arteterapia en cualquiera de sus disciplinas, se va a casa "de otra manera, mejor".

En mi experiencia, a lo largo de las sesiones he podido percibir en la mayoría de las personas un cambio hacia una actitud positiva y una disminución de la ansiedad, así como una perspectiva diferente de comunicación a través del trabajo creativo y la verbalización final.

Tanto en terapias individuales como en talleres de larga duración con una población más estable he podido observar una transformación en las personas, a través de sus creaciones y actitudes.

Durante mi experiencia he observado los beneficios de la creación artística y el ARTETERAPIA en cuanto a facilidad de expresión de situaciones y sentimientos al utilizar la huella plástica anteponiéndola a la verbalización. Ésta surge espontáneamente en muchas ocasiones durante la realización o a raíz de la observación de la obra.

---

[1] CuidArt: Proyecto de Arte del departamento de Salud de Dénia (2011) - Arte, Individuo y Sociedad, Vol. 23 Núm. Especial, 165-180, ISSN: 1131-5598

[2] Klein, Jean-Pierre (2007) - Arteterapia. Una introducción. Ed. Octaedro, Barcelona

[3] Klein, J.P. Bassols, M. Bonet, E. (coordinadores) (2008)- Arteterapia. La creación como proceso de transformación. Ed. Octaedro, Barcelona

[4] Marxen, Eva (2011) Diálogos entre arte y terapia, Ed. Gedisa, Barcelona

[5] Coll Espinosa, F.J (coordinador) (2006) - Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos, Universidad de Murcia

[6] Liebmann, M.(2007) Arttherapy for groups

# EscuchArte: Un proyecto en animación para sanar desde el corazón.

M<sup>a</sup> SUSANA GARCÍA RAMS, FINA SANZ RAMÓN, ROXANNA PASTOR FASQUELLE

## Abstract

El proyecto busca crear espacios de buen trato, para el diálogo sobre necesidades emocionales básicas que ayuden a prevenir problemas y a convivir de una manera más saludable, a través de cuentos de sabiduría ilustrados y animados, que constituyen una síntesis metafórica de las historias de vida de personas adultas.

## Introducción

Los cuentos provienen de tradiciones antiguas. Han constituido una forma de convivencia y enseñanza, de conocimiento y valores por parte del maestro y la maestra y de aprendizaje del alumnado.

En nuestra infancia, nos acercamos al mundo con los sentidos y el corazón abierto, sin prejuicios. Nos expresamos y comunicamos básicamente con nuestras emociones. A medida que crecemos perdemos esa capacidad de sentir, de intuir y de expresarnos en el mundo. Con el pensamiento lógico, en Occidente, se posterga y desvaloriza la intuición, el pensamiento imaginativo y la creatividad.

A través de los cuentos y el arte en general, utilizamos formas de expresión verbal y no verbal que nos conectan con el mundo emocional y la infancia. La expresión no verbal tiene que ver con las imágenes, la creación a través de las emociones; los colores y las formas expresan estados de ánimo y pretenden comunicar o favorecer esa conexión anímica.

Por otra parte, la narración o expresión verbal se hace fundamentalmente con un lenguaje metafórico. Todos estos procesos emocionales, creativos e intuitivos, no forman parte de un pensamiento racional, sino de estratos más profundos e inconscientes que constituyen el pensamiento simbólico y universal. Podemos verlo en distintas culturas y nos conecta también con la sabiduría perdida de nuestra infancia.

Desde los procesos terapéuticos para sanar, desde la psicología clínica, hay que volver a nuestro niño o niña desvalorizado, herido; que sufre, de manera a veces muy invisibilizada y cuyo dolor condiciona su vida adulta. Por ello hemos utilizado en este proyecto la narración a través del cuento, con la representación en imágenes estáticas y animadas, introduciendo con ello el movimiento y la narración en tiempo. Así, con el soporte que nos proporciona el arte: el dibujo, el color y la animación, podemos hacer más factible la comprensión en niños y niñas pequeños/as.

El ser humano está en continua transformación y transforma, crea. El acto de la creación es una conexión entre el mundo exterior y su mundo interior. Lo que ve, lo que toca, lo que huele, lo que escucha le conmueve por dentro, y a su vez, todo aquello que le ocurre, que le emociona, trata de expresarlo, de ponerle palabras, imágenes o símbolos que le permitan transmitir aquello que siente.

Necesitamos comunicarnos, somos seres sociales. Pero nos podemos comunicar a través de la palabra, a través del cuerpo, del gesto y a través de lo que el pensamiento y el imaginario concretan en una creación, por ello la importancia del arte como mediador.

Este proyecto de investigación que cohesiona los campos de la Psicología Aplicada a la Educación y al Desarrollo Humano y el del Arte aplicado a la Salud, nace a partir del proyecto "Educar, educándonos para la Salud, la Convivencia y el Buen Trato" (de 2008 a 2011) que lleva a cabo la Fundación Terapia de Reencuentro de Valencia (FTR) con la Red Conecuiltani de México (16 Centros Infantiles Comunitarios con una población de más de 100 educadoras empíricas, más de 700 familias y más de 1000 niños y niñas de hasta 12 años de edad, de los barrios periféricos del México DF y Oaxaca), en el marco de un convenio de cooperación entre la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). y la Fundación Terapia de Reencuentro (FTR).

## Objetivos

El objetivo general de este proyecto ha sido transformar las historias de vida de adultos(as) resilientes en cuentos de sabiduría, a través de los cuales, niños y niñas entre 5 y 12 años puedan identificarse, reconocer problemáticas y entender formas de autoconocimiento y autoayuda sencillas, y así descubrir caminos para resolver conflictos, valorar las diferencias y alcanzar logros.

Este proyecto multicultural, multidisciplinar e interinstitucional ambiciona transformar la historia vivencial en "un nuevo modelo de cuento", que desde la metáfora y la fábula ofrezca otra tipología de relato, muy real y a la vez sencillo y próximo para la educación en nuevos y saludables valores.

Esta propuesta fue desarrollada dentro de la asignatura de Fundamentos de la animación del Departamento de Dibujo en la Facultad de Bellas Artes de Valencia, realizando siete cuentos en formato gráfico, en papel, y audiovisual en animación, con el propósito de que constituyan un excelente material para que

las educadoras, en barrios desfavorecidos de México, en un primer movimiento, los utilicen en sus clases, para promover a través de las historias que relatan, próximas a los niños, nuevos modelos de convivencia, autoestima, superación de los obstáculos, confianza en la vida y respeto por la diferencia, que favorezcan la salud a través de la transformación del individuo y el grupo y con ello, entre en sus conciencias la importancia del buen trato. Por otra parte para que los estudiantes de Bellas Artes vean de forma real el potencial del arte como vehículo de transformación y su papel como creadores dentro del marco social, de la salud y de la cooperación internacional.

Otro de los objetivos fue establecer una conexión entre España y México que favorezca la reflexión e investigación en torno a los resultados, ampliando el campo de aplicación y difusión.



## Material y metodología

El Proyecto cuenta con varias fases:

Primera fase (marzo a diciembre del 2010 y enero a marzo del 2011): Trabajo terapéutico realizado por la Dra. Fina Sanz de la Fundación Terapia de Reencuentro utilizando el método de la "Fotobiografía" con grupos de profesionales, tanto en México como en España. Como producto de esta fase surgen breves historias en forma de cuentos, que recogen procesos resilientes de cambio, que han podido identificar las personas participantes.

Segunda fase (abril a julio del 2011): Consiste en la transformación de las breves historias en cuentos infantiles ilustrados y animados. Este trabajo es realizado por la Dra. María Susana García Rams con la colaboración de su alumnado de animación en la Facultad de Bellas Artes de la Universidad Politécnica de Valencia. El proceso consiste en la elaboración-adaptación de un guión por la Dra. García Rams, a partir de una historia de vida original, que luego bajo su dirección, las y los alumnos transforman en

proyecto artístico: como cuentos\_ilustrados en papel y animados, con un máximo de 3 minutos de duración cada uno.

La duplicidad del formato, en papel y película, ofrece mayor riqueza de recursos a las educadoras, para destacar los aspectos que ejemplifican cada uno de los cuentos.



Dra. Fina Sanz Ramón y su método terapéutico

Las imágenes, en una estética amable, atractiva y fácil de entender por los niños, y diferente en cada uno de los cuentos, constituyen en cada ilustración, una pequeña reflexión visualmente legible por los pequeños y en donde el texto, que acompaña a los dibujos, tan solo refuerza la idea y da libertad de expresión a las profesoras, en su lectura-interpretación. La animación de las historias favorece por un lado consolidar el primer paso, la lectura del cuento, y por otro, que ahora sea el niño y la niña quienes saquen sus propias conclusiones. El ritmo de las escenas, el movimiento y la expresión de los personajes, los escenarios utilizados, los diálogos o la narración en off, los sonidos que acompañan a las acciones y/o la música, todo esta pensado para acompañarle. Una de las grandes cuestiones de la humanidad se sitúa precisamente en encontrar el paso hacia la salida: el tiempo re-encontrado. ¿Cómo construir un camino más allá de lo oscuro? ¿Cómo acceder a una nueva dimensión de la existencia? Por este motivo proponemos vivir esta experiencia plásticamente en un trabajo de creación, partiendo de la sabiduría que contienen los cuentos.

Tercera fase (agosto a octubre del 2011): Producción editorial de los cuentos bajo la dirección de la Dra. María Susana García Rams y la Dra. Fina Sanz Ramón.

Fina Sanz, a través de la Fundación Terapia de Reencuentro (FTR) buscó apoyos financiadores para la producción tanto para los cuentos

en papel como para la animación. María Susana García Rams gestionó la impresión de los cuentos y la edición de los DVD con las animaciones.

Cuarta fase (enero 2012 (México) y marzo del 2012 (España): Consiste en la capacitación de profesionales de la educación y de la salud que puedan usar los cuentos en espacios comunitarios y documentar las reacciones y respuestas de la población infantil, adolescente y adulta tanto en México como en España. Esta fase es realizada por la Mtra. Roxanna Pastor y la Mtra. Isabel Martínez de la Facultad de Psicología de la UNAM. En un primer momento se diseña un taller de 20 horas para la capacitación en el uso de los cuentos como herramientas de reflexión y dialogo sobre las necesidades emocionales básicas, considerando el desarrollo y el contexto social de diversas poblaciones en México y España. En un segundo momento se llevan a cabo talleres de capacitación con profesionales de la salud y la educación en ambos países.

Quinta fase (febrero a mayo del 2012 (México y España): recoge la aplicación de los cuentos de sabiduría por parte de los(as) profesionales capacitados, utilizando un protocolo de intervención y documentación específico y bajo la supervisión individualizada de las Mtras. Pastor y Martínez.

Sexta fase (abril a junio del 2012): Esta última fase es el análisis de los resultados de las aplicaciones de los cuentos en ambos países. Se inicia con la documentación de los resultados tanto a nivel individual como grupal, y termina con el análisis de los logros y limitaciones de cada grupo, cada cuento y cada facilitador(a). Este análisis es realizado por la responsable y las corresponsables del proyecto y lleva a iniciar una nueva etapa en el que cada una de las fases se repiten. Los resultados incidirán nuevamente en cada una de las fases anteriormente mencionadas. Sobre todo en la realización de guiones y animación de siete nuevos cuentos a partir de historias de vida, y en los procesos de capacitación de las y los profesionales de la salud y la educación.

## Resultados

Hemos logrado mediante la animación un producto multicultural, intergeneracional,

multidisciplinar e interinstitucional para trabajar con las emociones y la resiliencia. Siete cuentos ilustrados y animados que unifican: lo clínico, el arte, la educación y la salud.

1-La pantera que no sabía quien era: en este cuento aparece el miedo a ser diferente y sentirse rechazada por ello. La pantera va en busca de su identidad.

2-Camila: Nos habla de la hostilidad frente a la incomprensión del entorno, la ausencia de figuras parentales, el miedo, la tristeza y el perdón.

3-La cisne, la charquita de agua y las ranas: Trata la auto desvalorización, que nos entristece profundamente y nos hace marginarnos.

4-Sol y luna: Plantea la integración de los aspectos femeninos y masculinos como cualidades complementarias.

5-El águila que buscaba su corazón: Aborda la huída del mundo por miedo a ser lastimados, y la necesidad de recuperar la propia confianza para atravesar los miedos y recobrar el goce de vivir.

6-La pequeña ardilla: Refiere la sensación de abandono ante la nueva presencia de un hermanito.

7-Jana la niña enfadada: Enfado con la familia, percibiéndolo todo como negativo.



Fig. Imagen de resultado de uno de los talleres con adultos.

Se han obtenido excelentes resultados difundidos en Simposios, Jornadas y Congresos de Arte y Psicología de España y México: Sevilla (Facultad de Enfermería), Madrid (Ateneo), Valencia (UPV y Universidad de Valencia: La Nau,), Granada (aplicación del Taller de Cuentos para la formación de profesionales), Lleida (mujeres para el Buen Trato); Facultad de

Psicología y Escuela de Artes plásticas ENAP, ambas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Igualmente han tenido repercusión en Festivales de animación: Zootropio (Oporto, Portugal), Derechos humanos (México), Animayo (Las Palmas, España) y también destacar que Antena 3 está interesada en su difusión dentro de su canal de hospitales. Esta repercusión ha promovido: nuevas líneas de trabajo intercultural, con población infantil, así como adolescentes y personas adultas de España y México; trabajos de investigación y la elaboración de otros siete cuentos en animación.

### Conclusión



Fig. Presentación del Proyecto en La Escuela Nacional de Artes Plásticas (ENAP) de la UNAM. En la Jornada del Día Mundial de la Animación 2011.

Fig. Presentación del Proyecto en la Nau, Universitat de València. Diciembre de 2011.

Con todo lo expuesto, hemos querido subrayar la importancia de este Proyecto interdisciplinario de Psicología, Educación, Arte y Salud; intercultural e intergeneracional, que contribuye a la mejora de las condiciones de vida. Cuentos que animan: para sanar las heridas del cuerpo y del alma.



Imagen del cuento de la pequeña ardilla

- 
- [1] Larrosa, J., Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación. Barcelona, Ed. Laertes, 1995.
  - [2] Nuñez, Concepción. Palabras que alumbran. Historias de vida de diez educadoras comunitarias de colonias populares de la ciudad de México y la zona metropolitana. México. Imprenteí S.A., 2010.
  - [3] Sanz, Fina, Fotobiografía. Imágenes del pasado para vivir con plenitud el presente. Barcelona, Kairós, 2008.
  - [4] García Rams, M<sup>a</sup>Susana, Proyecto Escucharte: cuentos de sabiduría para la transformación y el buen trato. Valencia, Diazotec S.A., 2011.

# Pósters

---

# CAMILA: CUENTO ESCUCHARTE PARA EL BUEN TRATO

Altable, M<sup>a</sup> Rosario, y Romero, Amparo

\*Profesora de Instituto y Terapeuta\*\*Enfermera de Atención Primaria.

## INTRODUCCIÓN:

Los cuentos nos ayudan a relatar y dar sentido a nuestras experiencias vitales, siendo de una gran ayuda terapéutica en momentos de crisis o cambios.

En esta comunicación relataremos el proceso interior y exterior llevado a cabo con un grupo de mujeres mayores de 60 años, pertenecientes a la asociación Antígona de un barrio de Valencia.

## OBJETIVO

*Facilitar* la escucha activa y empática entre las participantes.

*Dialogar* con el grupo las necesidades emocionales expresadas, propiciando el autoconocimiento, la confianza en sí mismas y la construcción del bienestar personal y grupal.

*Compartir* lo aprendido y establecer elementos de resiliencia

## MATERIAL Y MÉTODO:

### Material:

Pizarra de papel. Música relajante. Cuento oral, en P.P y papel. Folios y pinturas. Máquina de fotos.

**Metodología** interactiva; relajación, escucha activa y dibujo libre, en un diálogo permanente entre los mensajes del cuento y la propia experiencia vital de las participantes.



## RESULTADOS:



*Resaltaron su actividad de cuidadoras de la familia* y su papel como transmisoras de valores y experiencias a los nietos, a través precisamente de los relatos inventados o de su historia vivida.

*Captaron la resiliencia del personaje* y también la de las otras mujeres, en especial de la madre de Camila.

*Evocaron su vida*, conectaron con su experiencia resiliente y la compartieron con el grupo.

## RESULTADOS:

Unas veces se sintieron identificadas con la madre, que había tenido que dejar a sus hijas con la abuela para trabajar fuera( como hicieron alguna de ellas y como hacen hoy en España las inmigrantes) y otras con Camila, porque ellas también tuvieron que emigrar de una parte de España hacia Valencia y hacia el extranjero (Francia, Bélgica u otros países), encontrando muchas veces la incompreensión en la escuela y en el país de acogida, a pesar de lo cual superaron sus dificultades y volvieron a España con más sabiduría y perdón, comprendiendo a sus madres y abuelas



## DISCUSIÓN:

El cuento les ayudó a compartir en grupo su proceso vital, sus dificultades, su búsqueda y sus logros, encontrando una mayor resiliencia.

Esta experiencia puede ayudar a integrar y aceptar su proceso vital, más aún si lo pueden poner en cuento de una forma grupal, lo cual habría de tenerse en cuenta en los Centros de Salud donde acuden muchas mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Camila. Proyecto escuchArte: Cuentos de sabiduría para la Transformación y el Buen trato. Diazotet. Valencia 2011
- Maria Gabriela Simpson. Resiliencia en el aula, un camino posible. Buenos Aires, Bonum, 2008.

# ¿CÓMO ESTRUCTURO LAS IMÁGENES? SOBRE EL ACTO FOTOGRÁFICO Y LA BÚSQUEDA DE UNO MISMO

De Amorim Albuquerque, Mariana\*

\* Psicóloga Clínica

## INTRODUCCIÓN:

Platón trae la idea de que nuestra alma no se separa del alma del mundo, estamos aprisionados en el mundo y el mundo en nosotros, y una manera de libertarse sería a través del imaginario, del inconsciente y de la locura (Andrade, 2002). Es posible que, por esto, necesitemos el arte. El arte posibilita un escape a un universo libertador, donde se permite crear, imaginar, en el que es posible acceder a contenidos inconscientes. Jung (2002), a partir de sus experiencias personales, percibió la estrecha relación entre las imágenes y las emociones. En la medida en que hallaba aquellas imágenes que se ocultaban tras las emociones, sentía tranquilidad interna. Afirma lo valioso que es, desde el punto de vista terapéutico, hacer conscientes las imágenes que se hallan detrás de las emociones.

## OBJETIVO

Partiendo de los antecedentes expuestos, los estudios en arteterapia, y el labor de la psiquiatra Nise da Silveira, nace la propuesta de un trabajo de acompañamiento en arteterapia utilizando la fotografía, con un usuario, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, de un Centro de Día para Enfermos Mentales, CAPS Casa Forte, en Pernambuco - Brasil.

## RESULTADOS:



### FOTOGRAFÍAS ANTES

Fue posible percibir que los conceptos de la fotografía, como el encuadre, el enfoque, la composición y el tiempo de exposición, poco a poco se transformaron en una metáfora para la vida y la situación psíquica del paciente. Sus fotos iniciales eran caóticas, borrosas por no esperar el tiempo de disparo, y claramente invadían el espacio de la persona fotografiada.

## DISCUSIÓN:

Así es posible evidenciar la utilización de la fotografía como otra forma de expresión, como un lenguaje estructurador, y que permite acceder a contenidos inconscientes.

## BIBLIOGRAFÍA:

Andrade, R. (2002). **Fotografía e Antropología: olhares fora-dentro**. São Paulo: Espaço Liberdade, EDUC. Frayze-Pereira, J. A. (2003). Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. *Estudos Avançados*, 17(49). Jung, C.G. (2002). Recuerdos, sueños, pensamientos. Buenos Aires: Grupo Editorial Planeta.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Por medio de la metodología cualitativa, el presente trabajo expone un estudio de caso. Las actividades fueron desarrolladas al largo de 2 años, en encuentros semanales de 45 minutos, y se disponía de una cámara fotográfica digital y una libreta para apuntes.

El hilo conductor de la comunicación e interacción eran las fotografías tomadas por el paciente. El trabajo se divide en 5 fases: enseñar fotos de su vida, sacada por familiares o sacadas por la propia persona; fotos tomadas del entorno (centro, profesionales, compañeros); fotos tomadas para el periódico institucional; fotos de los "paseos terapéuticos"; y la realización de una exposición fotográfica.

## RESULTADOS:

### FOTOGRAFÍAS DESPUÉS

De manera gradual, las fotos cambian a imágenes más estructuradas, encuadradas, y que de manera intuitiva seguían algunas reglas de composición, revelando así, un mayor equilibrio psíquico. Situación que le permitió relacionarse mejor con su entorno.



# CAMALLETES DE CINE. NOELIA ANTÚNEZ DEL CERRO

Antúnez del Cerro, Noelia\*, Zapatero Guillén, Daniel\*, Castro Martínez, Juan Antonio\*\*,  
López Méndez, Lorena\*\*\*, y Agudín Garzón, Violeta\*\*\*

\*Facultad Bellas Artes UCM \*\*Codirector de MuPAI de Cine \*\*\*Proyecto curArte

## INTRODUCCIÓN:

En el MuPAI desarrollamos desde 2007 **MuPAI de cine**, un proyecto sobre cine y audiovisual para todos los públicos, en el que hemos desarrollado talleres sobre cine (argumental, animación, primitivo, experimental). Debido a la buena acogida de estos talleres entre niños y adolescentes, dentro del **proyecto curArte**, en 2008, se pusieron en práctica talleres piloto sobre técnicas de animación para niños y adolescentes hospitalizados, que terminaron dando lugar al proyecto **Camalletes de cine**, financiado por las Ayudas del Programa de Financiación de Grupos de Investigación validados Santander - Universidad Complutense de Madrid (Convocatorias 2008 y 2010).

## OBJETIVO:

Los objetivos de este proyecto eran los siguientes:

- Mejorar el tiempo y el espacio de hospitalización de niños y adolescentes.
- Desarrollar la inteligencia ejecutiva, promoviendo el trabajo por proyectos, la libre elección de objetivos y el diseño e implementación de planes de trabajo.
- Desarrollo de la creatividad y de la expresión audiovisual.

## RESULTADOS:

Al finalizar este proyecto se habían realizado:

- Dos cursos de formación sobre cine para educadores artísticos hospitalarios.
- Un vídeo educativo sobre técnicas de producción audiovisual (chroma key).
- En torno a 40 talleres en los que han participado unas 150 personas (entre niños, adolescentes, familiares y personal hospitalario), obteniendo más de 4.000 fotografías con las que se han realizado 21 cortometrajes.



Fig. 1. Fotogramas del cortometraje *Curro en el hospital*. Marta. Unidad de Oncología del Hospital Gregorio Marañón.

## MATERIAL Y MÉTODO:

En este proyecto se ha actuado en dos líneas principales:

- Cursos de formación sobre cine para educadores artísticos hospitalarios.
- Talleres para niños y adolescentes hospitalizados, así como para sus familiares y personal hospitalario.

Dentro de los talleres, se han realizado diferentes actividades, casi todas basadas en la producción a través de técnicas de animación audiovisual, pero en las que también se han creado otro tipo de piezas audiovisuales o se han visionado y comentado cortometrajes o series de televisión.



Fig. 2. Fotogramas del cortometraje *Mi libro de dinosaurios*. Adrián. Unidad de Oncología del Hospital Gregorio Marañón.

De estas actividades se obtuvieron datos a través de las siguientes fuentes:

- Cuadernos de campo de los educadores.
- Fotografías y vídeos del proceso de realización.
- Entrevistas/coloquios con pacientes, familiares y personal hospitalario.
- Análisis de las piezas audiovisuales producidas por los participantes en los talleres.

## CONCLUSIONES:

Tras la realización de este proyecto llegamos a las siguientes conclusiones:

- El cine es un buen medio para mejorar el tiempo y el espacio de hospitalización, ya que permite introducir en ambos, elementos extraídos de la cotidianidad del paciente antes de su ingreso, y posibilita el trabajo en equipo con otros pacientes, familiares, personal sanitario,...
- El proceso de producción cinematográfica fomenta la inteligencia ejecutiva.
- La creación audiovisual es un medio idóneo para desarrollar la creatividad y fomentar la expresión plástico – artística en el contexto hospitalario, ya que supone, en muchos casos, un estímulo mayor para el paciente infantil – adolescente que el de otros medios más utilizados por ellos (dibujo, pintura, escultura,...).

## BIBLIOGRAFÍA:

- Antúnez del Cerro, N., y Castro, J. A. 2010: MuPAI animado: Propuestas educativas para adolescentes sobre técnicas de animación en la creación audiovisual. *Arte, Individuo y Sociedad*, 22 (2).
- Antúnez del Cerro, N., y López, L. 2011: Camalletes de cine. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23, Núm. Especial.
- Antúnez del Cerro, N., y Zapatero, D. 2011. Camalletes de cine: una experiencia educativa sobre técnicas de animación con niños y adolescentes hospitalizados. *Bellas Artes*, 9.

# ROMPIENDO CADENAS: PRENDAS PARA PERSONAS CON MOVILIDAD REDUCIDA

Beltrán Martínez, Ana  
Diseño de Moda

## INTRODUCCIÓN:

Rompiendo Cadenas es un proyecto dirigido a personas con movilidad reducida. Para poder realizar las adaptaciones apropiadas a las prendas, se ha realizado una investigación teórica y práctica a partir de la parálisis cerebral y los trastornos asociados que conlleva, ya que se trata de una patología con un amplio margen de afectación, de esta manera, toda persona con una discapacidad menor a la estudiada puede hacer uso de éstas prendas.

## OBJETIVO

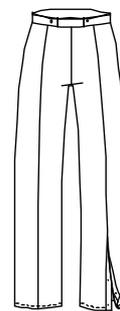
Mediante las prendas adaptadas se pretende facilitar una acción tan cotidiana como vestirse, tanto a las personas con movilidad reducida como a sus familiares.

Además, teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad promovida por la estética y la moda, se quiere dar la posibilidad de vestir de acuerdo con su personalidad, apoyando con ello, la integración social y personal del colectivo en cuestión.

## MATERIAL Y MÉTODO:

A partir de la investigación sobre la parálisis cerebral, se elaboran unas prendas base con las que trabajar y a las que aportar un toque de diseño.

Prendas con múltiples aberturas para facilitar la puesta y retirada de éstas, abrochadas mediante automáticos y velcros, elaboradas en tejidos de algodón y elastano, creando prendas cómodas, transpirables y ligeramente elásticas.



## RESULTADOS:

### VESTIDO

Abierto con velcro por los hombros para hacer más accesible la introducción de los brazos, y con abertura también a la altura del estómago para facilitar la alimentación por sonda gástrica.



## RESULTADOS:

### CHAQUETA

Chaqueta sin espalda, práctica para las personas en silla de ruedas, fácil de poner y no crea arrugas molestas en la zona de la espalda.



## DISCUSIÓN:

En vista de las grandes dificultades que se encuentran las personas con movilidad reducida y la escasa oferta de prendas adaptadas a sus necesidades en el mercado, se considera importante para su beneficio personal aportar las máximas facilidades, tanto en comodidad como diseño.

## BIBLIOGRAFÍA:

Fotografías: Vicente Beltrán Miralles  
Proyecto Final de Carrera, EASD Valencia 2012, Ana Beltrán Martínez

# ENVEJECIMIENTO ACTIVO: CALIDAD DE VIDA Y FORMACIÓN ARTÍSTICA

Cantos Aldaz, Francisco Javier \* Fernández Galindo, Vanesa\*\*

\*Gestor en Políticas Educativas y Culturales. Aynto de Burriana. Castellón \*\*Psicóloga. Universidad Jaume I Castellón

## INTRODUCCIÓN:

Cuando se hace referencia al envejecimiento activo se habla de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de ampliar la esperanza de vida saludable (libre de discapacidad) y la calidad de vida (CV) de las personas a medida que envejecen. Este constructo multidimensional abarca cuatro ámbitos: una buena salud y forma física, óptimo funcionamiento cognitivo, equilibrio emocional-motivacional y un buen nivel de participación social. En el presente estudio hemos centrado la atención en la formación artística, dónde el sujeto pasa de ser espectador a actor, sentirse útil, activo y satisfecho con aquello que hace, proporcionándole bienestar físico, cognitivo, emocional y social, y redundando, por tanto, en una mayor calidad de vida.

## OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación entre la formación artísticas y la calidad de vida en personas mayores de 65 años.



## RESULTADOS:

La edad media de la muestra es de 69,76 años. Un 57,7% son mujeres y un 42,3% hombres. Mas de la mitad se sitúan entre 65 y 69 años y conforme aumenta la edad disminuye el número de sujetos. La mayor parte están casados, 76,92%; los viudos y divorciados son en gran mayoría mujeres; y no hay ningún sujeto muestral soltero. El mismo porcentaje de sujetos asisten a actividades de danza y artes plásticas, 42,30% respectivamente, y el resto a música. Un dato importante, es que el 100% de la muestra y de la población de referencia vive en la comunidad.

Los sujetos de la muestra gozan de una salud subjetiva, objetiva y psíquica mayor que el 93,5% de las personas de su misma edad; están más integrados socialmente y gozan de un mayor nivel de autonomía que el 90%; realizan más actividades de ocio que el 85%; están más satisfechos con la vida que el 75% y tiene un nivel educativo y unos ingresos mayores que el 70% de su población de referencia.

## MATERIAL Y MÉTODO:

El estudio se ha desarrollado sobre una muestra de personas mayores de 65 años, elegidas al azar, entre alumnos de la *Escola de Gent Gran del CME Rafel Martí de Viciàna* de Burriana, centro de enseñanzas artísticas, en el ámbito de la educación no formal. Se ha realizado el pase grupal de la prueba estandarizada CRUBRECAVI, cuestionario breve de Calidad de Vida para personas mayores de 65 años (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007), al 27% de la población, en función de las actividades a las que acuden al centro: danza, artes plásticas y música. La prueba esta compuesta por 21 subescalas agrupadas en 9 dimensiones: salud, integración social, ocio, satisfacción con la vida y educación, entre otras.

## RESULTADOS:



Los componentes de CV más valorados son por este orden: "Tener buena salud", "Poder valerme por mí mismo", "Mantener buenas relaciones familiares y sociales", "Tener oportunidades de aprender cosas nuevas" y "Mantenerme activo". En cuanto a la valoración global subjetiva de CV, el 38,5% de sujetos la califica como alta y el resto, 61,5% como media, mientras que ningún sujeto muestral la ha calificado como baja.

## DISCUSIÓN:

Las personas mayores de 65 años que participan en actividades artísticas muestran un alto nivel de CV en comparación a la población general de referencia. Aunque no se puede establecer que la causa directa del mayor nivel de CV sea la participación en actividades artísticas o al contrario, participan en actividades artísticas porque gozan de una buena CV, si podemos decir que ambas están relacionadas de forma positiva.

## BIBLIOGRAFÍA:

Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M.D. (2007). CUBRECAVI. Cuestionario de Calidad de vida. Manual. Madrid: Tea Ediciones, S.A.  
IMSERO (2011) Envejecimiento activo. Libro blanco. Madrid: IMSERSO

# CONCIERTOS-TERTULIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

Escudero Villanueva, Ángel\*; González Galván, Fátima\*\*; Campos Romero, Belén\*\*\*

\*Coordinador Médico Unidad de Medicina del Arte Hospital Quirón Valencia

\*\*Profesora Asociada de Odontopediatría UCH-CEU Valencia

\*\*\* Responsable de Comunicación Hospital Quirón Valencia

## INTRODUCCIÓN:

Ya en la Grecia clásica encontramos referencias en leyendas y representaciones gráficas en donde nos muestran al tracio Orfeo amansando aves y fieras con el tañido de su lira, al centauro Quirón enseñando a su discípulo Asclepio suaves ensalmos a modo de meloterapia natural, y éste a su vez, ordenar a sus enfermos la tarea de componer odas, piezas cómicas y canciones para corregir la desproporción de las emociones de su alma.

Nosotros recogemos el testigo de esta herencia organizando conciertos-tertulia en nuestro hospital desde el año 2003 y en este estudio analizamos sus efectos sobre el estado de ánimo, el dolor y el estrés de los asistentes.

## OBJETIVO

Valorar el efecto de la música y la palabra sobre los cambios en la percepción del dolor, del estrés y del estado de ánimo durante los conciertos-tertulia.



## MATERIAL Y MÉTODO

- Espacio utilizado para los conciertos: Hall del Edificio de Consultas Externas del Hospital Quirón Valencia, (palacete de los condes de Dénia).
- Músicos: Estudiantes de últimos cursos de los Conservatorios de Música de la ciudad de Valencia.
- Recogida de datos: Encuestas anónimas repartidas aleatoriamente entre los asistentes al final de los conciertos-tertulia entre los que había pacientes ingresados en el hospital, sus familiares o acompañantes y público general.
- Análisis estadístico de los datos recogidos.

## RESULTADOS



- Personas encuestadas:184 (n=184).  
176 (95,65%) mejoraron su estado de ánimo.  
8 (4,34%) no mejoraron su estado de ánimo.
- Personas con dolor: 90 (n=90).  
38 (42,22%) experimentaron mejoría en la percepción del dolor.  
52 (57,77%) no reportaron mejoría.
- Personas con síntomas de estrés: 143 (n=143).  
116 (81,11%) percibieron alivio significativo.  
27 (18,88%) no reportaron ningún alivio.

## RESULTADOS

Tabla I: Mejoría de los síntomas.

	Ingresados	No ingresados
Mejor estado de ánimo (n=176)	69 (39,20%)	107 (60,79%)
Disminución percepción dolor (n=38)	26 (68,42%)	12 (31,58%)
Alivio síntomas estrés (n=116)	57 (49,14%)	59 (50,87%)



## DISCUSIÓN

Aunque los conciertos-tertulia los organizamos con un propósito cultural, sin intención terapéutica, al observar la reacción de algunos asistentes tanto pacientes del hospital como público externo, decidimos valorar el posible efecto beneficioso sobre la salud de estos eventos culturales llegando a la conclusión de que aunque sobre la percepción del dolor no son tan efectivos, sí lo son sobre el estrés y el estado de ánimo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Laín Entralgo P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Madrid. Ed. Revista de Occidente. 1958; 69-90.
- Fuster V, Rojas Marcos L. Corazón y mente. Madrid. Ed. Espasa 2010; 194-95.
- Chavarría M, Escudero Villanueva A. Factor emocional: Guía para manejar el estrés. Valencia. Ed. Brief. 2010; 91.



# TRABAJAR CON NIÑOS EN HOSPITALES: GENERANDO COMUNIDADES DE APRENDIZAJE PARA ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE EDUCACIÓN

Flores Guzmán, Leticia y Ávila Valdés, Noemí

\*Profesora Titular Escuela Universitaria de Magisterio ESCUNI \*\*Profesora Ayudante Doctor. UCM\*

## INTRODUCCIÓN:

Dentro del Programa de Reconocimiento de Créditos para estudiantes de Bellas Artes y de Educación, creado en el 2010, estudiantes de ambas titulaciones participaron en cursos de formación y en talleres realizados con niños hospitalizados en el H. Gregorio Marañón y en el H. 12 de Octubre de Madrid.

En la actualidad a través de un Acuerdo–Marco entre estas instituciones se promociona a los estudiantes de la Facultad de Educación de la UCM y a los estudiantes de la Escuela Universitaria de Magisterio ESCUNI (centro adscrito a la UCM) la posibilidad de participar en un programa de Educadores Voluntarios que todos los viernes y sábados amenizan la ciberaula del Hospital 12 de Octubre de Madrid, con talleres de arte y creatividad para los niños hospitalizados

## OBJETIVO

Uno de los objetivos del Proyecto CurArte I+D ([www.ucm.es/info/curarte](http://www.ucm.es/info/curarte)), es **generar especialistas en el ámbito del Arte y la Salud**. Artistas, psicólogos y por supuesto educadores implicados y dedicados a la tarea de transformar el espacio y el tiempo en contextos hospitalarios en un espacio y tiempo constructivo.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado un estudio cualitativo sobre el impacto que tiene y ha tenido la participación en estos talleres para estos estudiantes, futuros maestros de Infantil y Primaria.



## RESULTADOS:

Tras 2 años de experiencia en la participación de educadores voluntarios en talleres con niños y adolescentes hospitalizados, podemos decir que uno de los objetivos del Proyecto CurArte I+D, aquel que se refiere a la especialización de personal y profesionales, se ve cumplida.



## RESULTADOS:

Ha sido una experiencia muy enriquecedora tanto para nuestros estudiantes como para los niños y niñas hospitalizados. La visión de estos estudiantes de magisterio como educadores ha mejorado y a su vez les ha facilitado nuevas herramientas y una nueva visión humana.



## DISCUSIÓN:

Lo que nos planteamos a partir de esta experiencia es la posibilidad de **generar “comunidades” de educadores** cuya vinculación sea a través del proyecto curArte I+D. Los estudiantes de magisterio valoran tan positivamente la experiencia que se puede convertir en un vehículo de conexión social para hacer un trabajo colaborativo y de mejora social.

## BIBLIOGRAFÍA:

**Ullán, A. y Belver, M.H. (2008)** Cuando los pacientes son niños. Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica. Madrid: Eneida. **Ávila, N., Acaso, M., Antúnez, N. (2011)** La educación artística en el contexto hospitalario en España: Formación, investigación y evaluación de especialistas en el área. *Revista Magister: revista miscelánea de investigación*, Universidad de Oviedo.

# ARTE Y PARTICIPACION EN LA SALA DE ONCOLOGIA.

García Cano, Marta. Avila Valdés, Noemí

Personal docente y de investigación, Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense (Proyecto Curarte I+D)

## INTRODUCCIÓN:

Dentro del programa Arte en Vivo del Hospital de Denia, realizamos una intervención de arte y participación durante dos días, en la sala de oncología. En este caso realizamos una instalación en toda la sala que permitiera a los pacientes interactuar en el espacio cuando lo desearan. Entramos en la sala ofreciéndoles el dibujo de un pájaro o de una de una hoja, e invitándoles a que lo colocaran donde desearan dentro de la sala. La instalación realizada invitaba a quienes quisieran a modificarla, a cambiar los elementos de lugar o a llevárselos a casa. La única condición para hacerlo era dibujar a cambio una sonrisa en la pared.

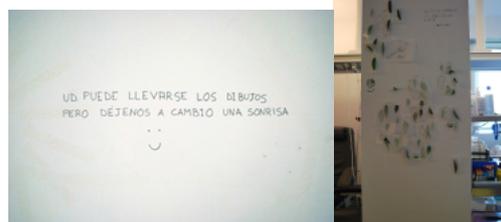
## OBJETIVO

1. Generar un espacio vivo susceptible de ser modificado.
2. Construir una experiencia compartida y positiva del proceso artístico.
3. Interactuar con los pacientes y motivar su participación.
4. Observar el nivel de satisfacción a través de la participación.



## MATERIAL Y MÉTODO:

La acción se divide en 3 fases. Las dos primeras performativas **1.** Presentarse a los pacientes y ofrecerles un dibujo. **2.** Proyectar y dibujar sobre la pared de manera que se pueda compartir todo el proceso. **3.** Llenar la sala con los dibujos y escribir carteles invitando a la interacción y el intercambio. Permanencia de la obra expuesta: 2 meses.



## RESULTADOS:



Durante el proceso de realización de la obra, uno de los aspectos más impactante en los pacientes fue contemplar el dibujo sobre la proyección. Para los acompañantes resultó la excusa para acercarse y hablar.

La mayoría de las personas a las que se entregó un dibujo para que lo colocara donde quisiera, optó por llevárselo a su casa. Después de dos meses, las paredes estaban llenas de dibujos, parte de los pájaros se los habían llevado y las hojas fueron trasladadas al dibujo grande en el que las hojas no tenían color.

El personal sanitario también se mostró satisfecho y participativo.

## CONCLUSIONES:

Consideramos positivo el hecho de que hubiera numerosas personas que se llevaran los dibujos a casa e interpretamos ese hecho como una conexión positiva entre el hospital espacio público y la casa, espacio privado.

Los temas propuestos en la intervención, la naturaleza, conllevan igualmente una carga simbólica de conexión con el exterior que probablemente favorece la respuesta de los pacientes.

La proyección de imágenes puede ser un elemento de distensión a utilizar durante el tratamiento, su luz, de nuevo abre una ventana al mundo de fuera.

Si la participación ha sido alta podemos deducir que existe el deseo de actividad ante la pasividad del tiempo de tratamiento y que si se da el dispositivo adecuado no sólo

Se da el hecho de la participación, también la satisfacción de hacerlo, de formar parte de lo que nos rodea.



## DISCUSIÓN:

Son muchos los elementos a analizar en una intervención de estas características, la más interesante para nosotras se encuentra en ofrecer a los pacientes un contexto de normalización, entendiendo por normalización, acercarse en la medida de lo posible a lo más cotidiano. La participación y lo que ella conlleva puede ser un medio para ello. Tal vez no se trata de analizar científicamente algunos aspectos de estas intervenciones, sino de realizar más experiencias que evidencien los deseos de los pacientes y sus necesidades. Tenerles en cuenta a través del hecho artístico.

## BIBLIOGRAFÍA:

Sheelagh Broderick (2011) Arts practices in unreasonable doubt? Reflections on understandings of arts practices in healthcare contexts. *Arts & Health*. Macnaughton, J. 2007. *Art In Hospital Spaces. The role of hospitals in an aestheticised Society*. *International Journal of Cultural Policy*, Vol.13, Nº 1. G. Cano, Marta. Una conversación sobre arte contemporáneo y educación en contextos de salud con Josep María-Martín. *Prototipo de espacio para la gestión de las emociones. Arte Individuo y Sociedad* Vol. esp 267-284

# ARTE RELACIONAL. LA SOCIALIZACIÓN Y EL APRENDIZAJE COMO MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE DIALISIS.

García Cano, Marta, Avila Valdés, Noemí  
Personal docente y de investigación, Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense (Proyecto Curarte I+D)

## INTRODUCCIÓN:

Dentro del programa Arte en Vivo del Hospital de Denia, realizamos una intervención de arte y participación durante dos días, trabajando con diferentes grupos en hemodiálisis. Tomamos conciencia de que quienes mirarán la pared donde nosotras intervengamos, van a ser los pacientes. Por tanto esa contemplación no sólo debe ser estética, también debe conllevar la rememoración de una experiencia y ser el motivo de posteriores reflexiones e intercambios que convierta la imagen que contemplan en un dispositivo para la conversación. La obra debe partir de la participación e inducir a ella. De este modo podemos contribuir a una percepción más positiva del espacio y del tiempo durante el tratamiento.

## OBJETIVO

1. Generar un espacio más habitable. 2. Construir una experiencia compartida y positiva del proceso artístico. 3. Interactuar con los pacientes y motivar su participación. 4. Introducir el aprendizaje y la participación como elementos de mejora en la calidad del tiempo de tratamiento.



## MATERIAL Y MÉTODO:

Proyectando imágenes de intervenciones artísticas en el paisaje, nos situamos como proveedoras de un contexto en el que **las imágenes inducen a conexiones vitales que provocan el diálogo entre los pacientes**. Durante el proceso recogemos las frases más representativas de cada paciente y aquellas de carga más positiva y con ellas construimos un paisaje.



## RESULTADOS:

### LO QUE DIJERON LOS PACIENTES DIALOGOS



Encarna: *Hoy se nos está pasando rapidito*  
Manuel: *Sí, se me ha pasado casi toda la diálisis*  
Antonio a Vicente: *escucha y aprende*  
Vicente: *oye que te has pasado una imagen que no hemos comentado*  
Vicente: *Ahí está el arte que se queda, se va la lámpara y se queda el arte*  
Vicente al enfermero: *Aquí participando. A nosotras: Qué sepáis que sois las únicas a las que hemos hecho caso*  
Ricardo: *Es curioso*  
Toñi y Carolina participaron en la realización del paisaje: *Esa más arriba, Aquella que mejor a un lado.*  
Hablaron tanto de la lámpara que finalmente decidimos dibujarla, dejando así la presencia del diálogo que generó.

## CONCLUSIONES:

### PERCEPCION DEL TIEMPO Y EL ESPACIO

Trabajamos con tres grupos de entre 4 y 5 pacientes adultos. La participación fue activa, prácticamente todos los participantes intervinieron en la propuesta.

Con respecto a la **Percepción del Espacio**, manifestaron sentirse cómodos con el resultado de la intervención. Por otro lado, en cuanto a la **Percepción del Tiempo**, a cada grupo se les preguntó pasada una hora, *¿cuánto tiempo creían que había transcurrido desde que habíamos comenzado la intervención?*

La respuesta fue unánime: *Media hora, no más.*

El esfuerzo por entender las imágenes y reflexionar sobre ellas fue satisfactorio, lo que abre la posibilidad de generar arte a través de la participación y el aprendizaje haciendo así más enriquecedor el tiempo de hospitalización



## DISCUSIÓN:

Entendemos que la experiencia fue muy positiva pero que en gran medida el factor novedad contribuye a la receptividad. Para valorar mejor este tipo de intervenciones cabría establecer un protocolo de intervenciones que actuaran en este sentido, estimular la participación y el aprendizaje, utilizar el extrañamiento como método para la motivación y realizar un seguimiento de cómo este proceso afecta a la socialización y a su manera de percibir mejor el espacio y el tiempo.

## BIBLIOGRAFÍA:

H. Kester (2004). *Conversation Pieces*. Community + Communication in Modern Art. University of California Press. Ltd. California. G. Cano, Marta (2011) *Arte contemporáneo y participación: La reflexión y el diálogo como generadores de distracción positiva*. *Arte, Individuo y Sociedad*, Vol. Esp. 23, 109-122. Macnaughton, J. 2007. *Art In Hospital Spaces. The role of hospitals in an aestheticised Society*. *International Journal of Cultural Policy*, Vol.13, Nº 1.

# TALLER DE DISEÑO Y PRODUCCIÓN (TDP). UNA EXPERIENCIA COMUNITARIA

González Quinteiro Ana, González Pérez Juan Luis, González Martínez Patricia,  
Torres Fernández Dolores, Rodríguez Fraga Ismael  
Educatora social, Psicólogo, Monitora – Educatora, Trabajadora Social, Arteterapeuta

## INTRODUCCIÓN

El TDP consiste en el diseño, creación y realización de diversos elementos según las necesidades de la CASA AZUL (Centro Sociocomunitario del Ayuntamiento de Pontevedra). Este proyecto aumenta las capacidades de inserción laboral gracias al empleo de estrategias lógicas para vencer las dificultades y el análisis de decisiones aparentemente irrelevantes para la consecución de un producto de calidad gracias a su eficiencia, su diseño innovador y el empleo de recursos "low cost". La implicación de los usuarios/as del centro aumenta la sensación de pertenencia al mismo y a la sociedad, así como la sensación de éxito personal.

## FINALIDAD

Demostrar las posibilidades del diseño y del arte como instrumento de crecimiento y mejora integral del individuo así como un medio de integración grupal y desarrollo de la persona en el campo de la inserción laboral e la integración social

## MÁXIMA

SÉ LO QUE TENGO QUE HACER,  
SÉ HACERLO Y, ADEMÁS,  
SÉ HACERLO BIEN

## PREMISAS

CALIDAD  
EFICIENCIA  
ÉXITO  
DISEÑO  
INNOVACIÓN  
ARTETERAPIA  
FUERZA CENTRÍPETA  
INCORPORACIÓN LABORAL  
INTEGRACIÓN SOCIAL  
DERECHO A LA DIFERENCIA

## METODOLOGÍA

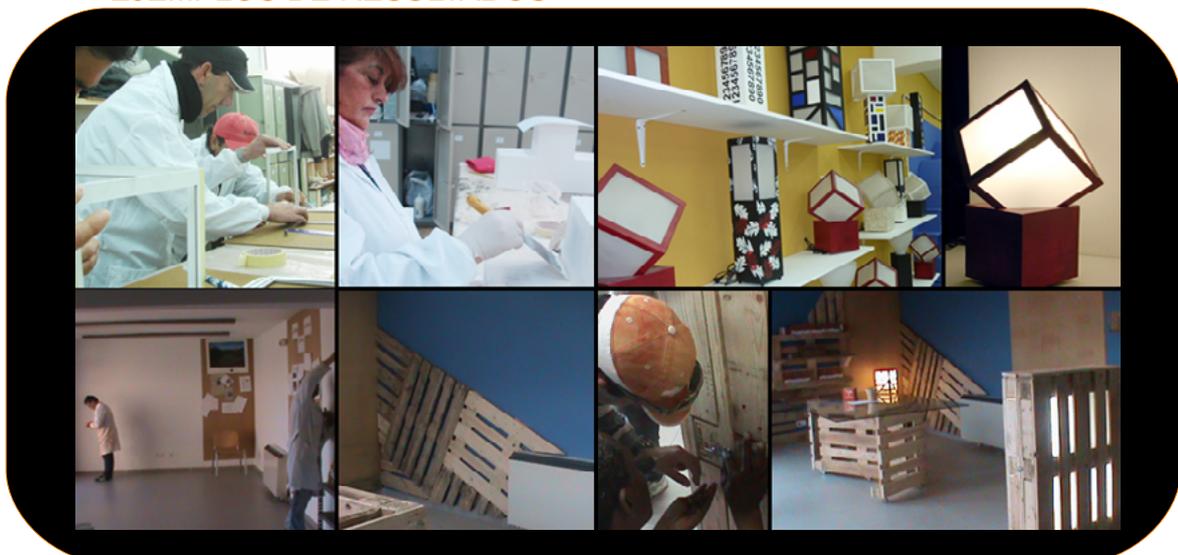
### DE LOS/AS USUARIOS/AS

- ✓ Derivación al taller tras un trabajo de capacitación de actitudes y aptitudes
- ✓ Seguimiento de asistencia y rendimiento mediante fichas de observación
- ✓ Derivación a otras acciones de integración social

### DEL TALLER DE DISEÑO Y PRODUCCIÓN

- ✓ Solicitud de elemento a diseñar mediante ficha de pedido especificando fecha del mismo y fecha de entrega estimada
- ✓ Trabajo de diseño del elemento en el taller
- ✓ Fabricación y colocación

## EJEMPLOS DE RESULTADOS



# HANNAH JONES: LA ENFERMEDAD Y SUS METÁFORAS

Lapeña Gallego, Gloria  
Licenciada en Bellas Artes, Universidad de Murcia

## INTRODUCCIÓN

A partir de 1900 aparece la preocupación del análisis de la forma en los objetos realizados por el hombre. De este trabajo constante con objetos reales, surgen una serie de obras muy heterogéneas construidas a base de diferentes procedimientos escultóricos y pertenecientes a diversas tendencias que se resumen bajo la generalización de "arte-objeto". Desde el cubismo iniciado por Picasso hasta el poema-objeto de Joan Brossa, configuran una escultura conceptual en la que se subrayan las connotaciones propias del objeto tras la descontextualización provocada por la intervención del artista, extendiendo los significantes más allá de la forma y las posibilidades de su interacción ambiental y recuperando de significados antropológicos amplios.

## OBJETIVO

El presente trabajo es una instalación sobre la eutanasia, realizada con objetos. Se concreta en Hannah Jones, una niña inglesa con leucemia, que en 2008 se negó a ser sometida a un trasplante de corazón. Se trata de establecer un diálogo artístico dentro de la temática de la enfermedad, valorada como la pérdida de la salud, y la muerte, alejada de cualquier interpretación dramática o tabú.

## RESULTADOS



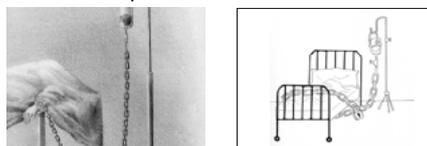
### LA INSTALACIÓN

El punto de partida de la instalación *Hannah Jones*, es la Escuela de Nueva York, y más exactamente en las esculturas ambientales de yeso de George Segal. En su conjunto representa el quirófano donde Hannah hubiese sido transplantada en caso de no haberse resuelto favorablemente su petición. Se han aprovechado las posibilidades del espacio expositivo (Facultad de BBAA de la Universidad de Murcia), utilizando la salida de emergencia como puerta de quirófano.

## MATERIAL Y MÉTODO



Se han utilizado objetos no desechados extraídos de otras realidades (mesa y material de quirófano, maniquí), introduciendo como parte de la obra elementos arquitectónicos (salida de emergencia y luz natural entrando por ventana), elementos sonoros (sonido del corazón) y un poema-objeto (gotero unido a una cadena oxidada). Su colocación ha sido estudiada concienzudamente, con la finalidad de abordar la temática de la enfermedad evitando asociaciones de ideas hacia una crítica mordaz que pueden situar al artista en el mismo nivel de intolerancia de los organismos a los que está criticando.



## RESULTADOS

### OBJETOS Y SIGNIFICADO

Mesa de operaciones de acero inoxidable: lugar frío e inalterable sobre el que trabaja el cirujano.  
Paño verde cubriendo maniquí: se evita cualquier vínculo emocional entre médico y Hannah, que se ha revelado y no ha consentido ser ese maniquí.  
Gotero con cadena oxidada hasta la mano del maniquí: única unión persona-vida, difícil de recuperar.  
Mesa auxiliar de utensilios: perfectamente ordenado y planificado para intervenir una vida humana.

## DISCUSIÓN

El tema ineludible de enfermedad, precisa de utilizar unos lenguajes sin tapujos sin llegar al dramatismo, para hacer de ella algo natural. La imposibilidad de alcanzar un estado de relativa salud por parte del paciente y ante el planteamiento, en principio cargado de crudeza, de la eutanasia, son circunstancias que requieren herramientas más sublimes y respetuosas que la mera noticia periodística o la introducción en foros de opinión pública. Numerosos artistas la abordan desde diferentes perspectivas. En *Hannah Jones* se muestra la misma actitud pacífica que tiene su protagonista, quien mediante un simple diálogo, convence a un profesional de que su decisión es la mejor.

## BIBLIOGRAFÍA

BROSSA, JOAN. 1941-1991. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. Madrid.  
HUNTER, S. George Segal. Ediciones Polígrafa, S.A. Barcelona. 1989.  
SONTANG, S. La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas. Santillana, S.A. Taurus. Madrid. 1996.

# EL CAMINO DE VUELTA

## EL MODELADO ESCULTÓRICO COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

Llorens, Alfredo  
Profesor asociado, Departamento Escultura Facultad Bellas Artes San Carlos, Valencia.

### INTRODUCCION

Hipótesis basada en **experiencias docentes** recogidas en alumnos de Bellas Artes y, años atrás, en un local social con alumnos de diversos orígenes y perfiles.

- Modelado escultórico entendido como **mímesis**, con intención de **copia fiel de un objeto real**. Constituye un eficaz **método** de ayuda al psicoterapeuta en el tratamiento de aquellos procesos psíquicos que, más que evasión o catarsis, requieran **aprender a racionalizar**.

- La música es organización de los sonidos en el tiempo, **modelar es organizar los volúmenes en el espacio**, actividades ambas netamente racionales si bien el modelado presenta la ventaja de su relativamente **rápido y fácil aprendizaje inicial**.

- Constante **análisis visual** del objeto para desvelar las relaciones matemáticas que lo definen espacialmente y plasmarlas en el barro. **Es un ejercicio intelectual de comprensión de las relaciones entre el todo y sus partes**.

- Como acto de **racionalidad aplicada**, el modelado se convierte, al implicar vista, tacto y motricidad, en lo que podríamos denominar una herramienta de **inmersión racional**.



### MATERIAL Y MÉTODOS

- El contacto con el barro siempre tiene **efectos tranquilizantes**, genera un estado propicio para el **aprendizaje** y la **reflexión**. Mediante su **formación en técnicas de modelado escultórico**, el **psicoterapeuta** adquiere fácilmente una **excelente herramienta de racionalización**.

- Si bien lo importante es el propio proceso creativo, el terapeuta puede elegir la **copia** de una **escultura** o más adelante un **modelo vivo** o incluso un **autorretrato**, atendiendo a sus posibles **connotaciones simbólicas**, como posible **refuerzo conductual**.

- La observación analítica será una constante durante todo el proceso. **Aprender a ver, a observar la realidad con un sentido analítico**, ordenando y jerarquizando las percepciones visuales siempre **de lo general a lo particular**.

- Todo **objeto** está definido como un conjunto de **medidas** precisas dispuestas en unas **direcciones** concretas que determinan **planos**. Formalmente son como la ecuación que define el objeto. En esencia **modelar es: estudiar, comprender y aplicar**.

### RESULTADOS:

El proceso de modelado **recompensa y refuerza** de un modo inmediato y tangible el **pensamiento racional** pues evidencia que sólo mediante la aplicación del análisis visual razonado se consiguen buenos resultados.

- **Potenciación** de funciones **cognitivas** y **motoras**.

- **Inmersión física y mental** en un proceso de **trabajo altamente racional** que va dando **resultados apreciables y tangibles** a medida que se desarrolla.

- **Experiencia emocional positiva**.

- Logro de objetivos. **Mejora de autopercepción**.

### DISCUSIÓN.

Este trabajo es todavía una hipótesis, una **propuesta para la experimentación** surgida de la experiencia artística y de la observación de los efectos positivos del proceso.

No podemos aquí proponer el modelado artístico como terapia para un trastorno concreto, no disponemos de conocimientos para ello, pero por experiencia podemos afirmar que el aprendizaje que proponemos podría ser útil a personas que en su patología sufren confusión, que no comprenden aquello que les rodea, que viven inmersos en el sinsentido y no encuentran su **camino de vuelta**.

### BIBLIOGRAFÍA

No hemos hallado bibliografía respecto a la utilización del modelado mimético como terapia.

# (ARTETERAPIA / CREATIVIDAD / SALUD / INTERVENCIÓN)

IRF - Ismael Rodríguez Fraga, Arteterapeuta , Artista Plástico, Diseñador

## INTRODUCCIÓN:

IRF es una empresa que viene desarrollando su actividad en el campo social a través de proyectos tanto en la Administración local (Ayuntamientos de Pontevedra, Santiago de Compostela, Redondela, Vilagarcía de Arousa, Marín, entre otros) o entidades sin ánimo de lucro, usando como premisas fundamentales el recurso arteterapéutico y la creatividad.

La esencia de este trabajo radica en desarrollar el potencial humano usando el arte como instrumento para el crecimiento personal y social de los beneficiarios/usuarios.

IRF adapta y asume las necesidades detectadas por parte de los técnicos a sus principios empresariales diseñando e implementando diversos programas en función de los objetivos formulados.

## OBJETIVO:

Demostrar la capacidad del arte como recurso y elemento de mejora y crecimiento del individuo así como un medio de integración grupal y desarrollo de la persona en el entorno laboral.

Implementar y desarrollar nuevas herramientas terapéuticas que permitan el abordaje de diversas problemáticas, colectivos y ámbitos a través de procesos innovadores y siempre defendiendo el trabajo interdisciplinar entre técnicos y empresa (IRF)

## RESULTADOS:

Los excelentes resultados alcanzados de las propuestas realizadas se manifiestan a través de la continuidad de los proyectos presentados a los diferentes Ayuntamientos y Asociaciones

## PREMISAS:

ARTETERAPIA / CALIDAD /  
INTEGRACIÓN SOCIAL  
/ I + D + I / ÉXITO

## MÉTODO:

IRF realiza una intervención realizando un abordaje global por la conjunción de diferentes terapias en un marco único, que toma como base la individualidad de cada usuario y su interacción con el grupo.

Para ello se vale de la arte terapia como instrumento que nos permite valorar dónde se encuentra, de esta manera la persona puede identificar los problemas, así como las capacidades que tiene y transformarlas en oportunidades en el ámbito personal, social y laboral.

Desarrollar estas propuestas conlleva el uso de herramientas que permitan iniciativas innovadoras "socialmente útiles" y un compromiso por un trabajo bien hecho (auto-exigencia y responsabilidad) del proceso.

Con una evaluación continua, introduciendo cambios según se desarrolla el proceso, paso a paso, al probar y comprobar con expectativas reales generando sinergias de calidad.

## BIBLIOGRAFIA:

Cruz, Elena Rosa; Rodríguez, Ismael. Arteterapia Gaia [Blog de internet].  
Madrid. 2011 [citado junio 2012]. Disponible en: <http://arteterapiagaia.blogspot.com>



# ARTETERAPIA COMO HERRAMIENTA DE CRECIMIENTO PERSONAL EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA

López, David y López, María Dolores,  
Universidad de Murcia

## INTRODUCCIÓN:

Los diálogos entre educación y arteterapia son cada día más próximos. De ahí que hayamos sido conscientes de que cada vez más, los centros de educación secundaria observándolos desde el punto de vista de la educación, precisan de prácticas arteterapéuticas aplicadas buscando como fin la relación entre arte, terapia y educación. Partiendo del contexto educativo actual como un ámbito relevante y social, hemos considerado que las practicas artísticas aplicadas como terapia preventiva en una mayor implicación de estimulación y desarrollo personal nos otorgarán el fruto de, en un primer estadio, el diálogo arte y persona y, en segundo momento, creatividad y comunicación.

## OBJETIVOS:

Entre los objetivos que nos hemos planteado, debemos de remarcar con más énfasis los siguientes:

- Desarrollar una actitud flexible entre los aspectos creativos y el desarrollo actitudinal dentro del aula.
- Saber vincular el lenguaje artístico en relación directa con la comunicación y su desarrollo dentro del aula.
- Saber ser y aprender a ser desde la relación con el otro.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha desarrollado una metodología activa basada en la observación cualitativa que ha permitido observar en el alumnado los máximos deseos de comunicación, interpretación y creación libre a través de procedimientos pictóricos con diferentes colores acrílicos.



## RESULTADOS:



La actitud y el desarrollo personal en cuanto a crecimiento, no sólo actitudinal, sino también emocional han hecho posible que las relaciones dentro del aula se hayan fortificado de ahí la importancia adquirida a través de la expresión libre, es decir, de la utilización del espacio como lugar de intervención, no como aula convencional.

Se ha obviado el contexto tradicional de mesas y sillas para crear un espacio nuevo totalmente adecuado al desarrollo que ha demandado el alumnado en la propuesta realizada.

## RESULTADOS:

Por otro lado, se ha tenido en cuenta la importancia del fomento de las competencias sociales y emocionales, el desarrollo grupal del alumnado y, la incorporación de actuaciones innovadoras dentro del aula capaces de desarrollar el aprendizaje de una forma eminentemente vivencial y directa como aprendizaje significativo. Este hecho ha provocado que las reacciones llevadas a cabo hayan sido para el grupo un detonante en cuanto al desarrollo del conocimiento creativo, pues se ha pasado de un proceso tradicional a un planteamiento totalmente distinto y acorde con las demandas de los propios alumnos.



## DISCUSIÓN:

¿Es necesaria la introducción de este tipo de acciones dentro de nuestras aulas? A través de este estudio hemos podido observar que el concepto de arteterapia no se puede contextualizar a unos espacios determinados, sino que por el contrario, necesita estar presente en muchos de los aspectos vinculados a la educación como es el caso de las aulas, lugar donde se pueden originar conflictos o situaciones en busca de diferentes soluciones.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Coll Espinosa, F.J. (2006). Recursos de arteterapia en el aula escolar. En: P. Domínguez Toscano (Ed.), *Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social*. Sevilla. Junta de Andalucía.
- Martínez Díez, N. y López Cao, M. (Ed.) (2004). *Arteterapia y educación*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación.

# ESPACIOS PARA ATENDER A LA DIVERSIDAD DENTRO DEL AULA: ARTETERAPIA COMO HERRAMIENTA

López Ruiz, David  
Universidad de Murcia

## INTRODUCCIÓN:

El proceso creativo es uno de los campos más universales en los que nos podamos desenvolver, de ahí la importancia que este tiene dentro del ámbito educativo y su repercusión en la comunidad escolar. Las prácticas artísticas, dependientemente de cómo se estructuren y utilicen, en la inmensa mayoría de los casos nos pueden conducir a apartados educativos por ello, dentro de los ámbitos educativos actuales no podemos olvidar que nuestras aulas están llenas de alumnos y alumnas que necesitan, por cualquier motivo, que se les atienda su diversidad; alumnos con necesidades educativas especiales y que no tienen por qué estar emparentadas a problemas únicamente cognitivos.

## OBJETIVOS:

Los objetivos que se han tenido presentes a la hora de desarrollar la propuesta de integración son:

- Desarrollar una concienciación amplia en cuanto a las necesidades del otro en relación con uno mismo.
- Conocer la diferencia bajo un punto de vista diferente y desarrollarla desde un marco artístico y procedimental.
- Establecer relaciones que hagan de la creación artística una finalidad expresiva.

## MATERIALES Y MÉTODO:

Son variados los materiales que se han utilizado a lo largo de la propuesta. Entre ellos destacan los materiales pictóricos y los escultóricos, usados como discurso y no como obra artística, ya que la intención de comunicación se ha intentado preservar en todo momento como herramienta en el aula.

Por otro lado, la metodología practicada se ha desarrollado cualitativamente en base a la observación directa del grupo.



## RESULTADOS:



La observación que se ha desarrollado en esta actuación nos ha llevado a comprender que otras prácticas artísticas utilizadas como herramientas para modificar conductas o situaciones del alumnado son totalmente necesarias y a la vez posibles, dentro del contexto educativo que estamos viviendo.

Por esto, el poder llevar a cabo de manera multidisciplinar la creatividad, la interacción y la necesidad de comprensión entre iguales han hecho posible que determinadas situaciones desarrolladas dentro del aula, bajo esta actuación, se pudieran realizar. Aspecto que anteriormente no se producía.

## RESULTADOS:

Hemos podido constatar que una vez se desarrollan los aspectos puramente creativos entre los alumnos, la capacidad de desarrollo personal y humano es mucho mayor. El deseo de formar parte de una misma comunidad ha sido posible a través de la interacción con nuevos materiales anteriormente no utilizados en el aula con estos fines. Por tanto, la creación que se ha desarrollado ha estado en todo momento supeditada al desarrollo personal del alumno, a la comprensión directa de sus necesidades y a la secuenciación de experiencias que haya tenido la necesidad de compartir.



## DISCUSIÓN:

Cuando creemos que todo es válido dentro de un mismo espacio no somos conscientes de la relevancia que aseveramos. ¿Desarrollamos la creatividad? ¿Sabemos adoptar soluciones diferentes para actuaciones diferentes? Debemos de estar preparados para el cambio. Debemos de saber que un espacio puede tener diferentes campos de actuación y que en ellos, cualquier situación es posible. La diversidad está presente y debemos tratarla desde la multiplicidad de sus aspectos.

## BIBLIOGRAFÍA:

Callejón, M. D. y Ganados, I. (2003). *Creatividad, expresión y arte: Terapia para una educación del siglo XXI*. Un recurso para la integración. *Escuela Abierta*, 6.

López Martínez, M.D. (2011). *Métodos aplicados en Arteterapia*. Murcia, Diego Marín.

# I CONGRESO INTERNACIONAL DE ESPACIOS DE ARTE Y SALUD: FOTOGRAFÍA DIGITAL, UNA EXPERIENCIA CREATIVA CON PACIENTES CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

MÉNDEZ, LORENA  
BecarLÓPEZ ia PIRTU Junta Castilla y León.

## INTRODUCCIÓN:

Este es un proyecto desarrollado por el Proyecto Ars, (Arte y Salud) cuyo objetivo es cambiar la idea que tenemos de un Centro para pacientes con alzheimer y otras demencias y aminorar el deterioro progresivo que padecen los participantes. Partiendo de la idea de que el Arte puede cambiar nuestra manera de ver el mundo, se introduce a los participantes en un proceso de creación artística como es la Fotografía. En el cual transforman su realidad fotografiando los espacios y zonas comunes del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras demencias de Salamanca (CRE) centro dependiente del Imserso.

## OBJETIVO

En lo que respecta a la metodología de trabajo pretendemos con el taller, que el objetivo principal, mejorar su calidad de vida, sea factible no sólo en este Centro sino que sea extensible, para que de esta manera se produzca un cambio respecto a la idea preconcebida que tenemos de un Centro de Referencia como es el Centro Cree o residencias. Que este sea un espacio para la reflexión, la comunicación y la creación artística constituido con las decisiones e ideas de los usuarios.

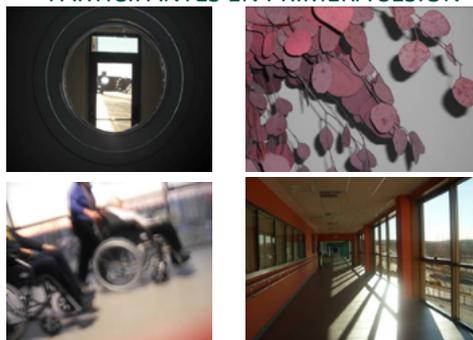
## MATERIAL Y MÉTODO:

El taller se planteó en dos fases, una primera en la que se plantea una visita guiada por el Centro para hacer ver y reflexionar a los participantes acerca del tipo de espacios en los que habitamos, captando mediante el uso de cámaras digitales aquellos espacios o detalles que configuran y decoran su día a día en el Centro. A la par que dialogamos sobre el tipo de muebles o elementos decorativos que existían antes y ahora. Y una segunda fase, en la que se imprimió las imágenes en blanco y negro, realizadas por los participantes, para que al final estas fueran intervenidas con diferentes materiales entre ellos la acuarela líquida, técnica que emplea la artista Ouka Leele en sus obras.

## RESULTADOS:

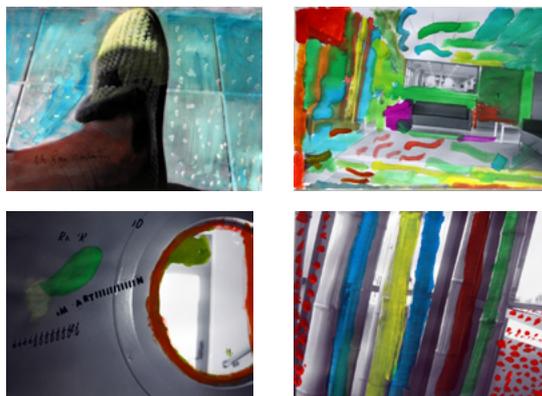


FOTOGRAFÍAS REALIZADAS POR LOS PARTICIPANTES EN PRIMERA SESION



## RESULTADOS:

FOTOGRAFÍAS REALIZADAS EN LA SEGUNDA SESION



## DISCUSIÓN:

De mencionada experiencia cabe destacar que la demencia no supuso obstáculo para la participación en el taller y por lo tanto disfrutar del arte sin simplificaciones. Los participantes mostraron interés y capacidad para implicarse en la actividad, a pesar de las dificultades técnicas ya que las cámaras digitales al ser de pequeño formato impedían ver la imagen a gran formato.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Ullán, A.M (2011): *Una experiencia de educación artística contemporánea para personas con demencia*. El Proyecto .A.R.S: Arte y Salud. Arte, Individuo y Sociedad. 23. 77-88.
- Cohen, G. D (2009): *New theories and research findings on the positive influence of music and art on health with ageing*. Arts & Health: An Internacional Journal for Research, Policy and Practise, 1(1), 48-62.

# HUMANIZACIÓN SANITARIA: OPINIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN DECORATIVA EN CONSULTAS EXTERNAS PEDIÁTRICAS

Mármol López M<sup>a</sup> Isabel; Muñoz Muñoz, M<sup>a</sup> Pilar; Gómez Leyva, Susana; Roselló Pérez, Marisa; Vega Torralba, José Eugenio; Minguez Estevan, José Ramón; Ramos Pérez Juan; Frías Llorens M<sup>a</sup> Carmen, Escrihuela Mena, Amparo, Villanova Fernández, Paz.

## INTRODUCCIÓN

La intervención artística en el entorno hospitalario con elementos decorativos ambientales constituye una opción de mejora en la percepción que el paciente tiene del hospital. Además, puede repercutir positivamente sobre su estado de ánimo y disposición durante el tiempo que permanece en el Área Infantil.

El propósito de este trabajo es presentar la experiencia de humanización llevada a cabo en un hospital a través de un proyecto de decoración, tras el reciente traslado del hospital desde una ubicación con más de 40 años de funcionamiento. El estudio se ha centrado en el área pediátrica, concretamente en las consultas externas y en la sala de espera de Rehabilitación.

## OBJETIVO

Los objetivos han sido principalmente dos:

- Aumentar el bienestar del/la niño/a en el medio hospitalario.
- Reducir el impacto emocional negativo que supone el contacto con estos espacios pediátricos.



## MATERIAL Y MÉTODO

Los recursos materiales consistieron en la colocación de paneles en las paredes de las salas de espera pediátricas, con imágenes relacionadas con cuentos infantiles y dibujos de animales. Posteriormente, para su análisis, partiendo de experiencias similares llevadas a cabo en otros hospitales, se adaptó una encuesta específica, ya validada, con la colaboración de la Unidad de Calidad del Hospital, con datos generales y preguntas sobre la percepción que les transmitían dichas imágenes. El pase de las encuestas se llevó a cabo en 4 consultas externas y en la sala de espera de Rehabilitación, a una muestra de 488 pacientes pediátricos, contando para ello con la colaboración del personal de enfermería y fisioterapia de cada una de las áreas de interés.



## RESULTADOS

### OPINIÓN CON RESPECTO A LA IDEA DE COLOCAR ELEMENTOS DECORATIVOS EN LAS SALAS DE ESPERA

Muy bien	73,9%	Mal	0,2%
Bien	20,7%	Muy mal	0,6%
indiferente		4,3%	

### INFLUENCIA DE LA DECORACIÓN SOBRE LA DISTRACCIÓN, AYUDAR A CALMAR AL NIÑO Y OLVIDARSE DE QUE ESTÁ EN UN HOSPITAL

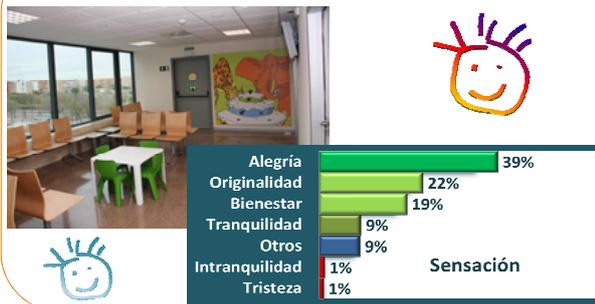
SI	80,0%	ns/nc	6,2%
No	13,6%		

### SUGERENCIAS RECIBIDAS POR TORRE



## RESULTADOS

### SENSACIÓN QUE TRANSMITEN LOS DIBUJOS UTILIZADOS PARA LA DECORACIÓN DE LAS SALAS DE ESPERA



## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, parece evidente el éxito de los elementos decorativos en los espacios infantiles: prácticamente el 90% de las respuestas, opinan positivamente sobre la "sensación" que producen. El mayor porcentaje de respuestas es realizado por la "madre" 61%. Es interesante el importante número de sugerencias, quejas y propuestas (35%), la mayoría de las cuales "aprovechan" para opinar de cuestiones que no eran objeto de esta encuesta, como por ejemplo la accesibilidad, entretenimiento, demora/espera y otros, que muestran la existencia de otros aspectos de interés no contemplados inicialmente en este estudio de opinión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amanda Karen. Alfaro Rojas. Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño hospitalizado. Revista Pediatría electrónica. ISSN 0718-0918 Vol 6, Nº 1, Abril 2009.
- Miles M. Does art heal? An evaluative approach to art in the health service. In: Kaye C, Blee T. The Arts in Health Care: A Palette of Possibilities. London: Jessica Kingsley, 1997; Chapter 26.

# CAMINOS ROTOS

Mancebo Calzada Jesús Javier

## INTRODUCCIÓN:

En el año 2009 con el apoyo de la Sociedad Pediátrica Chilena y la Alianza Francesa de Valdivia emprendí un trabajo de fotografía documental en la Planta de Oncología Infantil del Hospital Regional de Valdivia.

Durante casi dos años, fotografié a Daniela, Nicolás, Macarena, Cata, Coni, Khrisna y Manuel. El trabajo está estructurado a partir de una serie de verbos como: vivir, luchar, descansar, pasear, que nos permiten entender y adentrarnos, siquiera un poco, en la realidad de este grupo de niños.

## DESARROLLO DEL PROYECTO:

El proyecto comienza en el año 2008 y finaliza en junio del 2010. Nace con la idea de fotografiar los espacios de la planta de pediatría, pero esta primera idea cambia cuando conozco a los niños y niñas que habitan las salas de oncología pediátrica. Decido entonces documentar la vida de un grupo de niños con cáncer. Comencé fotografiando a Nicolás, Daniela, Manuel, Mackarena, Cata, Khrisna y Andrea que falleció al mes de mi llegada. Posteriormente llegó Coni, que entró a formar parte del proyecto. El primer mes apenas hice fotografías, fue un tiempo de conocimiento, de que los niños no me vieran como a un extraño, sino como uno más en su mundo "hospitalario", estaban los médicos, las enfermeras, los técnicos y yo. Con el paso del tiempo, había una gran confianza con los niños y con sus familias, era uno más en sus vidas. Quise dar un paso más y comencé a fotografiar a los niños fuera del hospital, a Nicolás tocando la guitarra en su casa, a Daniela cuando visitaba la tumba de Andrea, o adornaba las ventanas de su casa al llegar la navidad, a Manuel el día de su cumpleaños... También me convertí en el amigo de los niños, llego un momento en el que compartíamos y hacíamos actividades sin que la cámara estuviera en medio: salíamos al cine, a la costa, al circo, etc.

## DISCUSIÓN:

Lo que en un primer momento comenzó como un proyecto centrado en la fotografía documental, terminó siendo una suerte de relación personal entre el fotógrafo (yo) y los fotografiados (niños), y por ende sus familias.

Esta relación me llevo a plantearme varias cuestiones: ¿quién soy yo y qué puedo ser para estos chicos? ¿por qué elijo esta opción de ser/estar con ellos? ¿cómo formar parte de la realidad del niño hospitalizado? ¿podemos ser parte de la vida de estos niños aunque sea momentáneamente, sin implicarnos emocionalmente?

Considero que tiene que haber un proceso de interacción, de conocimiento mutuo, de establecer una serie de vínculos que posibiliten la reciprocidad, ya no sólo con los niños, sino con sus familias, sobre todo con sus madres.

Se trata de que los niños sean los protagonistas y por tanto los creadores, donde mi labor es facilitar el acceso a una realidad en muchos casos desconocida a través de la imagen fotográfica.

Es un ejercicio de construcción conjunta, entre los niños, sus familias (aunque sean muy pocas las veces que aparecen en las imágenes) y yo; donde ellos "intervinieron" en mi vida y mi realidad; y yo, intervino en sus vidas y su realidad, por lo tanto, hay que descartar la idea de niños-modelos.

## OBJETIVOS:

Se ha querido mostrar una realidad que en muchos casos se desconoce: el cáncer infantil. Las imágenes han servido, sirven y servirán para sensibilizar a la población sobre diferentes realidades, en este caso particular muestran la realidad que afecta a un grupo de niños chilenos.

El objetivo de este trabajo es elaborar una instancia reflexiva pública en torno a la temática del cáncer infantil.

## RESULTADOS:

Del trabajo como artista residente en la unidad oncológica infantil del Hospital Regional de Valdivia, (Chile), nace un retrato de la vida de Daniela, Nicolás, Manuel, Coni, Cata, Mackarena y Khrisna, un grupo de niños con cáncer; una instancia reflexiva en torno a la realidad que viven, y a través de la imagen dar a conocer parte de la vida de este grupo de niños.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Gaston, B; (2006), La Poética del Espacio, (9ª Edición), Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Sontang, S; (2006), Sobre la Fotografía, (2ª Edición), Alfaguara, Madrid.
- Naranjo, J; (2006), Fotografía, antropología y colonialismo, Gustavo Gili, Barcelona.
- Foncuberta, J; (2010), Estética fotográfica, Gustavo Gili, Barcelona.
- Freund, G; (2006), La fotografía como documento social, Gustavo Gili, Barcelona.
- Damisch, H; (2008), El desnivel. La fotografía puesta a prueba, La marca, Buenos Aires.
- Lemagny, J. C; (2008), La sombra y el tiempo. La fotografía como arte, La marca, Buenos Aires.
- Belver, Manuel H; (2011) "El arte y la Educación artística en contextos de salud". Arte, Individuo y Sociedad. Vol 23 Núm Especial, 11-17.
- Ávila. N; Acaso, M. (2011) "Una profesión reconocida en contextos de salud: la educación artística. Arte, Individuo y Sociedad. Vol. 23, Núm Especial, 19-27.



# UN ACERCAMIENTO A LA CREACIÓN PLÁSTICA DE LOS *OUTSIDERS*

Mengual Pérez, Imma. Profesora asociada del área de conocimiento de escultura. ASO P06.  
Facultad de Bellas Artes de Altea, [Universidad Miguel Hernández. Elche].

## INTRODUCCIÓN:

El panorama social, laboral y político que trae el s. XX favorece nuevas formas de expresión plástica y, lo que es más importante, la posibilidad de “saber ver” ese otro tipo de arte creado por “otro tipo de artistas” con patologías mentales al margen de cualquier intención artística [*outsiders* o marginales].

En centroeuropa, un grupo de médicos cultos propician descubrimientos plásticos dentro de las instituciones psiquiátricas que utilizan como vehículo diagnóstico. Las vanguardias artísticas se hacen valer de estas obras, que muestran al mundo como algo más que papeles manchados, artefactos arbitrarios creados sin más propósito.

## OBJETIVOS:

- Estudiar la influencia de los artistas *outsiders* [*marginales*] en artistas “normales” y viceversa.
- Paralelismos creativos entre el proceso mental del niño, estados creativos inducidos por drogas, budismo Zen y enfermedad mental.
- Influencias artísticas de los *outsiders* en el arte contemporáneo cuerdo.
- Revisión de temas y simbología.
- Reapropiación de técnicas y soportes por los *outsiders*.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Esta investigación utiliza la **Metodología Analítica y Comparativa** para acometer una aproximación razonada a la obra de *outsiders* y artistas, situando las obras de arte en el contexto que motiva su creación.



## RESULTADOS:

La expresión plástica se utiliza como un medio de expresión, comunicación y supervivencia. Algunos creadores pintan, ensamblan artefactos, dibujan, ... para verbalizar su malestar, otros para exorcizar su angustia, su dolor, su estupor, otros dialogar con su locura, ... Está claro que TODOS para comunicar.

Los **niños**, esos *locos bajitos*, crean también esos **espacios de la fantasía**. Ese espacio imaginario donde las cosas son posibles y donde las necesidades y deseos del niño se satisfacen en el plano imaginario, lo que contribuye a su evolución y maduración.

Para el **artista cuerdo** es importante todo el proceso de creación de una obra de arte y, sobre todo, el **resultado final**.

Pero en cambio, el proceso es lo importante en el caso de los **outsiders** y los **budistas Zen**, que siguen patrones. Los unos trabajan desde la **obsesión y la inconsciencia** que da la locura, y los otros desde la **concentración y la**

**introspección** del budismo, para llegar al mismo resultado.

Podríamos hablar en este punto de la fase Rem o **duermevela** al que se llega en las primeras fases de sueño, donde la creatividad y el aprendizaje fluyen.

Cuando hablamos del **tema** es la simbología quien toma el mando. Una **simbología muy básica** que apela a la **vida** y la **muerte**, al **sexo**, la **religión**, la **memoria**, la **guerra** y la **infancia**,... Hablamos de supervivencia expresada a mayor o menor volumen en forma de **dibujo, pintura, artefactos**.



## CONCLUSIONES:

Si pudiéramos mostrar gráficamente el resultado de esta investigación, trazariamos una línea sobre la cual colocaríamos a la inmensa mayoría de nuestros personajes investigados, en el momento justo de la creación por motivos neurológicos, inducidos o espirituales. No hemos querido hacer aquí un tratado sobre el arte marginal o la creatividad de los enfermos mentales y su influencia en el arte contemporáneo, sino un acercamiento a todo ello como punto de partida para llegar a matices mucho más interesantes y menos conocidos.

## BIBLIOGRAFÍA:

Cardinal, Roger. *Outsider Art*, Praeger. Nueva York, 1972. - Lombroso, Cesare. *Genio e Follia*. Milano, 1864. - Prinzhorn, Hans. *Bildnerer der Geisteskranken*, Springer Verlag. Berlin, 1922. - Vigotsky, L.S. *La imaginación y el arte en la infancia*, Akal. Madrid, 2003. - VV.AA., *Arte y Psicopatología. Los dibujos de Paloma*, Ars Medica. Madrid, 2004. - VV.AA., *En torno al Art Brut*, Círculo de Bellas Artes, Ediciones Arte y Estética. Madrid, 2007. - VV.AA. *La Colección Prinzhorn. Trazos sobre el Bloc Mágico*, MACBA y Actar. Barcelona, 2001. - VV.AA. *Louise Bourgeois. Memoria y Arquitectura*, MNCARS. Madrid, 1999-2000. - VV.AA. *Visiones Paralelas. Artistas modernos y arte marginal*, MNCARS. Madrid, 1993. - Entre otros...

# LOS REQUISITOS DE SALUBRIDAD EN LA PLANIMETRÍA DE LAS FUNDACIONES JESUITAS VALENCIANAS

Navarro Catalán, David Miguel  
Profesor Colaborador. Universidad Politécnica de Valencia

## INTRODUCCIÓN:

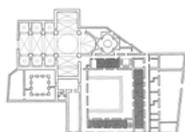
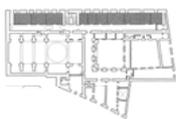
La propia regla de la Compañía de Jesús, las *Constituciones*, plantea ya condicionantes sobre una adecuada elección del emplazamiento diciéndonos que *Las casas y colegios se tengan en lugares sanos y de buen aire, y no en los que tienen la contraria propiedad*. La preocupación por las condiciones higiénicas ya existe en el monasterio medieval, con la presencia de un amplio claustro porticado y abastecimiento de agua. El traslado de las fundaciones conventuales a los centros urbanos se traduce en una mayor preocupación por los requisitos de salubridad, cuyo cumplimiento comprobaremos en las fundaciones jesuitas valencianas.

## OBJETIVO

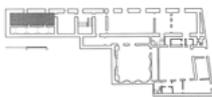
A través de la reconstrucción de la planimetría de los antiguos colegios intentamos demostrar que los tracistas de las fundaciones jesuitas tuvieron presentes los requisitos de salubridad a la hora de elaborar las trazas de los edificios. Restituir la ubicación original de las diferentes estancias nos permitirá comprobar si existe una adecuada ventilación y soleamiento de las celdas de los padres, refectorio, o enfermería, así como la existencia de condicionantes higiénicos en la ubicación de piezas como las letrinas. Así se actúa con la Casa Profesa de Valencia o con los colegios de Segorbe, Gandía, Ontinyent y San Pablo de Valencia

## RESULTADOS:

**CELDAS DE LOS PADRES:** la planta de los colegios jesuitas valencianos muestra un especial cuidado en garantizar la ventilación e iluminación de las celdas de los padres, recayentes a las huertas en el colegio de Segorbe o al claustro en la Casa Profesa de Valencia



**REFECTORIO:** su ubicación garantiza una adecuada ventilación e iluminación, dando fachada a las huertas del colegio de Segorbe o al patio de servicio de la Casa Profesa de Valencia



## MATERIAL Y MÉTODO:

Documentación:

ARCHIVO DEL REINO DE VALENCIA Y ARCHIVO DE LA COMPAÑÍA DE JESÚS DE CATALUÑA: *cartas annuas y memoriales de visitas*  
ARCHIVO DE LA CASA PROFESA DE VALENCIA: *Historia de la Casa Profesa redactada por los padres Bosquete, Berlanga y Pascual*  
PLANO DEL s. XVIII DE LA CASA PROFESA DE VALENCIA

Las *cartas annuas* y las *visitas*, informes en los que se relata todo lo acontecido en la fundación durante un año permiten restituir el proceso constructivo de los colegios. Por otra parte, se realiza una hipótesis de distribución de las diferentes edificios, con especial atención a la ubicación de las celdas de los padres, refectorio, enfermería o letrinas. El plano antiguo del s. XVIII nos permite realizar este proceso con gran exactitud en la Casa Profesa de Valencia

## RESULTADOS:

**ENFERMERÍA:** fácilmente accesible desde el distribuidor de las celdas de los padres, así como correctamente ventilada a través del patio de servicio de la Casa Profesa de Valencia



**LETRINAS:** se sitúan en una esquina del patio de servicio de la Casa Profesa de Valencia y separadas del cuerpo principal de residencia, lo que garantiza a la vez una correcta ventilación y aislamiento



## DISCUSIÓN:

Es interesante reflexionar como un modo de vida austero, estructurado por una regla (las *Constituciones*), no es incompatible con la preocupación por las condiciones de vida de los padres, pasando la mayor parte del tiempo en unas celdas adecuadamente iluminadas y ventiladas. La ubicación de la principal estancia destinada a reunión (refectorio) se resuelve con unos parámetros similares.

## BIBLIOGRAFÍA:

ASTRAIN, A. S.I., *Historia de la Compañía de Jesús en la Asistencia de España*, 7 vols., Madrid, 1902-1925; BRAUN, J. S.I., *Spaniens alte Jesuitenkirchen. Ein Beitrag zur Geschichte der nachmittelalterlichen kirchlichen Architektur in Spanien*, Freiburg im Breisgau, 1913; MOISY, P., *Les Églises des jésuites de l'Ancienne Assistance de France*, Roma, 1958; VALLERY-RADOT, J., *Le recueil des plans d'édifices de la Compagnie de Jésus conservé a la Bibliothèque Nationale de Paris*, Roma, 1970.

# PAYASOS DE HOSPITAL

Paqui Noguera Puig, Mónica Palacios González, Jaume Costa Soler, Gloria Pascual Mafé, Toni Pérez Llorca, Agustí Martínez Costa

Taranàssos – Pallassos d’Hospital de Tarannà Teatre

## INTRODUCCIÓN:

La risa y el humor mejoran notablemente el estado anímico de cualquier persona.

Está demostrado que son buenos por los sistemas respiratorio, cardiovascular, endocrino, y muy especialmente el inmunológico.

La risa ayuda a olvidar el dolor y el miedo, hace desaparecer los efectos inmunodepresores y el organismo trabaja con más energía contra la enfermedad. Libera endorfinas en el cerebro que actúan contra la fatiga, el estrés, la depresión, el dolor. Si la risa es compartida hace disminuir la angustia, la tensión y las preocupaciones.

El humor ayuda a aceptar las cosas tal y como son, es terapéutico, ayuda a revitalizar la espontaneidad y produce sensación de bienestar.

## OBJETIVOS:

- Llevar un pequeño espectáculo en una sala o habitación del hospital.
- Cambiar el estado de ánimo de los espectadores, aunque sea sólo por un instante, intentando hacer reír o al menos sonreír.
- Ayudar a desdramatizar el ámbito hospitalario y contribuir así a mejorar la aceptación de la enfermedad.



## MÉTODOLÓGIA:



• Dos **clowns** hacen su entrada en una sala o habitación del hospital y, improvisando con lo que allí se encuentran, hacen un pequeño espectáculo de humor.

• Como payasos que somos, y como manda la tradición, trabajamos en **parejas**. Somos un equipo formado por varios actores y actrices que trabajamos en distintas parejas, y así ofrecemos **intervenciones variadas** a los pacientes-espectadores: Dos vedettes que se han perdido y hacen su espectáculo allí donde se encuentran, dos médicos muy particulares que pasan visita de una forma muy extraña, entra el personal de limpieza en la sala y acaban cantando y bailando con las escobas, etc...

• Antes de cada sesión se realiza una **transmisión** con el personal sanitario, donde se nos informa de los pacientes que vamos a ver y en qué estado se encuentran, para adecuar la actuación a las necesidades del paciente.

• Las **intervenciones** van dirigidas a los **enfermos**, a sus **familiares** y al **personal sanitario**.

## RESULTADOS:

### INTERVENCIONES EN EL HOSPITAL DE DÉNIA

Una pareja de Payasos visita cada martes los servicios de:

**Hemodiálisis:** Son enfermos crónicos que se dializan varias veces a la semana. Siempre vemos los mismos grupos de pacientes, ya nos conocen. Su estado ha pasado del escepticismo a la diversión, están esperando que pasemos visita.

**Hospital de Día de Oncología:** Actuamos en la sala de espera y en la sala de tratamiento. Nuestra visita cambia el estado de ánimo de pacientes y familiares, les hace evadir sus constantes pensamientos y conversaciones sobre sus enfermedades, y todo ello ayuda a su mejoría clínica.

**Hospitalización de Psiquiatría:** Adecuamos nuestras intervenciones al estado de la enfermedad de los pacientes y les hacemos intervenir en ellas, lo que les ayuda a expresar sus emociones. Hacemos intervenciones colectivas en salas comunes o individuales en las habitaciones de los pacientes.



## EQUIPO:



Dr. Otorrino Betadino Carmesi  
Toni Pérez



Dra. Mary Camentos  
Mónica Palacios



Dr. Càpsulo Prentendós  
Jaume Costa



Dra. Pili Dora Comprimida  
Paqui Noguera



Dr. Placebo  
Agustí Martínez



Dr. Sana Mora  
Gloria Pascual

# ARTE CONTEMPORÁNEO COMO EXPRESIÓN EN LA DISCAPACIDAD.

Pastor Ivars, Mónica  
Licenciada historia del Arte.

## INTRODUCCIÓN:

El protagonista del arte es el hombre como artífice, creador, receptor, destinatario, en este trabajo concretamente, el que sufre algún tipo de discapacidad. La orientación del trabajo pretende mejorar la calidad de vida de las personas que padecen alguna discapacidad. Ello nos lleva a analizar las discapacidades y ejemplificándolas con casos reales. El acento no está en la discapacidad sino en el conocimiento del ser humano, de sus capacidades, potencialidades y necesidades para alcanzar su realización, y extraerlas a través del arte. Se pretende involucrar al arte contemporáneo en ello, promoviendo la salud, ya que permite que los sujetos entretengan emociones e ideas a través de la Estimulación del hacer, sentir, y el pensar, favoreciendo la autoestima, la identidad grupal y la retroalimentación entre ambas creando de esta manera un bienestar.

## OBJETIVO

Comprender y estudiar las patologías de algunos individuos con el fin de planificar actividades basadas en el arte contemporáneo y la restauración como medio de expresión a través de la creación artística propia y el estudio visual de grandes obras de arte contemporáneo.

Estudiar las posibilidades del arte como terapia de ayuda a personas con discapacidad.

Concretar actividades artísticas y realizar un trabajo de campo llevando a un campo práctico los estudios realizados.

Analizar conceptos como creatividad, creación y motivación, con el fin de trabajar sus capacidades.

## RESULTADOS:

Las actividades que se diseñan con un fin terapéutico deben partir de un profundo conocimiento del individuo al que van dirigidas con el fin de aprovechar al máximo sus capacidades.



“La pintura es un medio de transmisión de mi interior, de mis sentimientos. Al mismo tiempo, pintar me desahoga”

Creatividad, imaginación, motivación son cualidades mantenidas en la discapacidad. Su práctica es terapéutica. El Arte está relacionado con las pasiones, dolor, alegría, placer. Las enfermedades tienen una fase de desajuste emocional. Éstos son investigados para diseñar las actividades

## DISCUSIÓN:

El arte se puede utilizar como favorecedor en los procesos de algunas patologías sobre todo emocionales, se extrae tras trabajar con los individuos y respondiendo al objetivo que plantea el arte como terapia. La integración debe estar presente en nuestra sociedad y utilizar herramientas que se acerquen a ellas está en manos de todos y cada uno de nosotros para evitar la creación de personas diferentes. Los resultados obtenidos hasta ahora constatan la predisposición, interés y valía de las personas con discapacidad pudiendo participar en la sociedad de un modo activo en las actividades artísticas.

## BIBLIOGRAFÍA:

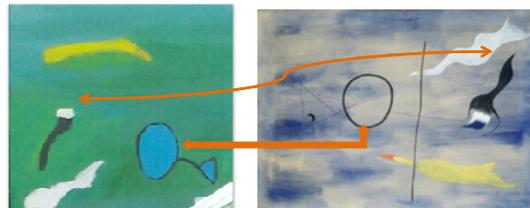
ARNHEIM, R.,(1997): Arte y percepción visual.,Eudeba, Buenos Aires. LOPEZ, M., Creación y posibilidad. aplicaciones del arte en la integración social. Ed. fundamentos 2006. VERDUGO, M., *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras.* Alonso.S.XXI de España Editores .S.A. Madrid. VASSILIADOU YIANNAKA, M., (2001):*La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos arte terapia y esquizofrenia,* Tesis doctoral, UCM Facultad BBAA.

## MATERIAL Y MÉTODO:



## RESULTADOS:

MARÍA , TRASTORNO MENTAL. Actividad, copiando a Joan Miró. Su aplicación demuestra como María no consigue trasladar las formas de igual modo, ni ubicarlas en el lugar adecuado. Así pues, éstas actividades refuerzan aspectos como el estudio de las formas, las letras, los números y por otro lado el canalizar sus emociones derivadas de sus problemas escolares ya que queda demostrado en la documentación consultada.



# ARTETERAPIA Y ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Pérez Revert M<sup>a</sup> Soledad  
Arteterapeuta y Maestra de Pedagogía Terapéutica

## INTRODUCCIÓN



La Terapia a través del arte, conocida como ARTETERAPIA, consiste en el uso de las artes plásticas con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que las representaciones visuales, objetivadas a través del material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, favoreciendo su resolución.

¿CÓMO COMBINAR EL ARTETERAPIA, LOS NIÑOS CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y EL HOSPITAL?

## OBJETIVOS

- Aumentar la sensación de autoestima.
- Reconocer sus potencialidades.
- Desplazar la tensión por la expresión.
- Desarrollar la expresión verbal de sus emociones.
- Crear vínculos (paciente-arteterapeuta-familia).
- Manejo de la imagen corporal, aceptación y acomodación a su nueva realidad.
- Y el más importante:

ACOMPAÑAMIENTO.



## MATERIALES

Uso de gran diversidad de materiales puesto que cada uno de ellos poseen cualidades y características diferentes. Unos materiales pueden aportar contención mientras que otros más libertad de movimiento e incluso desbordamiento.

MATERIALES : plastilinas, arcilla, pinceles, rodillos, material hospitalario, cajas...y materiales aportados por el propio paciente.

OTROS: caja de arena, set de juguete de médico, casa de juguete, muñecos de la familia, personajes fantásticos ( bélicos,mágicos...).



## MÉTODO

El arteterapia se practica en sesiones individuales o en pequeño grupo. Una de las maneras, es habitación por habitación bajo un SETTING abierto y flexible tanto para pacientes bajo aislamiento como sin él. Se hace uso de la MEDIACIÓN PLÁSTICA y del JUEGO para favorecer la autoexpresión.

-El juego que "en él y solo en él, el niño o el adulto están en libertad de ser creadores" (Winnicott),

-La caja de arena sobre la que se da lugar a una escena proyectada en tres dimensiones.

-La fotografía, cómo son mirados y cómo ellos ven la realidad.

-Action Painting y Body Art, aúnan movimiento, velocidad y energía utilizando en ocasiones, la piel como lienzo sobre el que crear.



## CONCLUSIONES

Es frecuente encontrar en las creaciones de los pacientes con cáncer luchas, batallas y bichos. Imágenes que simbolizan la batalla entre lo malo-dañador y lo bueno-reparador que podría sugerir la simbolización de una oposición a la invasión del cáncer. Igual ocurre en el juego simbólico, es común encontrar que un paciente adquiera el rol de un personaje sano y reparador dándole a otra persona el rol de personaje dañado o buscar en otra persona un aliado para luchar contra el mal.



## PALABRAS DE UNOS PADRES

"HA SIDO LA PRIMERA VEZ ..."

- ... que ha comido en todo el día
- ... que no ha llorado
- ...que no se ha acordado del dolor
- ...que se ha levantado de la cama tras la operación
- ...que ha accedido a hacer algo en toda la semana



"El paciente comienza a proyectar en imágenes lo que no puede expresar con palabras" (M.Naumburg)

missnaif@yahoo.es

# EL ARTE EN VIVO: ENTRE LA DANZATERAPIA Y LA PERFORMANCE

ALMA TAURE (Rodríguez Tortajada, Almudena)  
Doctoranda en Arte: Producción e Investigación

## INTRODUCCIÓN

La acción transformadora del arte permite el procesamiento de conflictos comunitarios y propios. A lo largo de la historia de la Humanidad, numerosas comunidades han utilizado la danza como medio de expresión y sanación. El arte de la performance, desde el retorno, permite crear con el propio cuerpo una serie de imágenes y percepciones, en la persona propia y ajena, para dar a entender una idea. Un deseo de exteriorización de aspectos que forman parte de la vida cotidiana, superando a la palabra, requiriendo la implicación de todo el cuerpo. La danza permite encontrar sentido a la forma de ser y actuar, proyectarse hacia el mundo.

## OBJETIVO

- Insertar la acción cotidiana en un medio de comunicación viva, mediante un conjunto de acciones mímicas, gestos expresivos y miradas.
- Recuperar el movimiento y la vivencia con nuestro cuerpo y con l@s demás.
- Transmitir la posibilidad del sentimiento como trascendencia espiritual del cuerpo.
- Ofrecer la danzaterapia como mecanismo para transgredir operativamente conceptos establecidos por la sociedad, posibilitando generar respuestas a situaciones nuevas y pasadas.
- Promover la actitud activa a través de herramientas que facilitan la sanación.

## RESULTADOS



### EXPERIENCIAS QUE COMBINAN ARTE, DANZA Y CIENCIA, PARA ESTIMULAR LA EXPRESIÓN DE LA INTERIORIDAD

A través de los ojos del arte, reenmarca prácticas o lugares; mediante la danza, estimula modos de vida alternativos y sugiere otras visiones sobre la realidad; desde la psicología, aporta caminos de reconstrucción. La expresión de la corporeidad como cuerpo sentido y vivido. Un juego con miles de lenguajes posibles, insuficientes para expresar la infinitud del deseo y las pasiones humanas.

## DISCUSIÓN

El/la artista pierde singularidad: propone a l@s otr@s ser ell@s mism@s, participar, actuar. El ser humano es objeto de sí mismo. La experiencia individual-colectiva como desencadenante de la creatividad, para expresar lo vivido. La necesidad de repensar las relaciones con el cuerpo, la subjetividad, la política y el movimiento. La performance como libertad, como intercesión entre universos (simbólico-expresivos) desconectados.

## BIBLIOGRAFÍA

*El elemento*. ROBINSON, Ken y ARONICA, Lou. Grijalbo, 2009; *Agotar la danza. Performance y política del movimiento*. LEPECKI, André. CdL, 2008; *Cartografías del cuerpo. La dimensión corporal en el arte contemporáneo*. VV.AA. CENDEAC, Murcia, 2004; *The Analysis of Performance Art*. HOWELL, Anthony. OPA, 1999.

## MATERIAL Y MÉTODO

- Interjuego: abre el pensamiento.
- Recursos: danza, música, silencio, escritura, dibujo, palabra, humor, luz, sentidos.
- Capacidades: cuerpo, afecto, mirada reflexiva, permiso a la fantasía, adaptación del ritmo interno al tiempo grupal, percepción intuitiva.
- Técnicas: estímulos creativos, escucha, apertura de nuevos espacios para la emergencia de lo nuevo, aceptación de procesos naturales como guía para la realización del ser humano, exigencia que empuja más allá de los límites, reconocimiento, flexibilidad, perspectiva, sinestesia, dinámica, dualidad.
- Zona: fusión de cuerpo, mente, emoción y espíritu, comunión psico-física.
- Proceso: producir, evaluar y perfeccionar.

## RESULTADOS

### LA EXPERIMENTACIÓN ACTIVA DESPIERTA Y CONECTA LA DIMENSIÓN CORPORAL

El trabajo desde lo profundo aporta energía.

La actitud de decisión y entrega permite la vivencia del momento, perderse en la experiencia y dar lo máximo.

La conexión con las verdaderas pasiones concede la realización emocional y espiritual, aportando un estado de felicidad.

La imaginación aplicada experimenta un enfoque práctico, y despierta los sentidos.

El cuerpo se reinventa constantemente, a través de la performance como acto puro.

# ARTETERAPIA HAUSCHKA: TALLER PARA MAYORES

Cruz Jiménez, Elena Rosa

\*Licenciada en BBAA\*\*Arteterapeuta Hauschka

## INTRODUCCIÓN:



Desde hace 1 año y medio, venimos desarrollando en Madrid un Taller de Arteterapia Hauschka, de 8 sesiones semanales de 2 h de duración. En cada grupo participan 12 personas de 60 a 90 años.

En el taller se genera un espacio saludable de diálogo y encuentro, donde se fomentan las actitudes positivas y se trabaja la autoestima a través de la exploración de los propios recursos creativos. Se establece un ritmo entre trabajo meditativo y momentos de distensión y diálogo. Se desarrollan las capacidades y procesos grupales y personales, estimulando la capacidad de observación, trabajando de forma individual y mediante dinámicas de grupo. Verbalizamos los procesos, trabajando la propia expresión y la escucha hacia el otro, sin emitir juicios.

## OBJETIVO

Queremos que los usuarios conecten y desarrollen su potencial creativo mediante el trabajo sobre los ámbitos del pensar, sentir y voluntad; para equilibrarlos, fortalecer su estado anímico y transmitir este bienestar tanto a su cuerpo como a su mente.



## MATERIAL Y MÉTODO:

Trabajamos a nivel plástico, según el método arteterapéutico de la dra. Hauschka:

- En este caso empleamos acuarela mojada, pastel (con las manos) y dibujo.
- Usamos colores primarios: en el proceso pictórico se producen los encuentros entre colores.
- La pincelada terapéutica ayuda a interiorizar un ritmo pausado a través de una respiración saludable.
- Recogemos al grupo donde está, para conducirlo hacia la mejora de aptitudes y actitudes.
- Contamos con las capacidades y recursos de que disponemos (¡y no con lo que falta!)
- Preparamos el espacio para que el usuario se sienta cuidado y entre en un ambiente de recogimiento. El trabajo meditativo permite acceder al propio proceso en profundidad.
- Nos desprendemos de la exigencia de un resultado a alcanzar: se vivencian los procesos desde lo anímico, sin intelectualizar el trabajo ni la expresión del mismo.
- Los procesos se verbalizan tras cada sesión sin emitir juicios, como parte importante de la terapia.

## RECURSOS:

### TRABAJAMOS CON LA PARTE SANA

¿Con qué contamos? ¿Cuáles son los puntos fuertes de la persona? Ahí nos dirigimos. Alimentando esas fuerzas de salud, conseguiremos que extiendan su actividad a todo el organismo. Apelamos a las fuerzas sanadoras, que la persona irá trabajando y elaborando; irá construyendo, conquistando algo nuevo, con tiempo y paciencia. Irá así desarrollando la autoconfianza y el autoconocimiento, que le conducirán a una nueva percepción de sí mismo. Nosotros acompañamos este proceso, observando dónde ha de ser respaldado y animado: en la manera de enfrentarse a las tareas, en el uso de los materiales, en las posibles dificultades que vayan surgiendo...

### PARTIMOS DE DONDE ESTÁ LA PERSONA

Para poco a poco conducirlo hacia el equilibrio: a un depresivo, por ejemplo, le recogemos en la oscuridad, y poco a poco le conducimos hacia ambientes anímicos más favorables, más cálidos y luminosos, sin forzar procesos.



## RESULTADOS:



La acogida es excelente. El ambiente es muy positivo, sin competitividad, basado en el respeto y admiración por el trabajo propio y de los compañeros. Al final del taller, los participantes expresan su satisfacción, mejora de la autoestima y del estado de ánimo. Disfrutan más de lo que hacen y se relajan con la pintura, mostrándose menos críticos y más abiertos. Manifiestan mayor interés por la naturaleza y la observación en general, y más alegría.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Hauschka, Margarethe. (2006). *Thérapie artistique*. Tomes 1, 2 et 3. Basel: Triskel Verlag. ISBN 2-940353-44-0
- Mees-Christeller, Eva. (1996). *Arte curativo y curación artística. Sugerencias para arteterapeutas*. [s.l.] [s.n.] ISBN [3-85636-117-0](#)
- Cruz, Elena Rosa; Rodríguez, Ismael. *Arteterapia Gaia* [Blog de internet]. Madrid. 2011 [citado junio 2012]. Disponible en: <http://arteterapiagaia.blogspot.com>

# ARTETERAPIA PARA LA SALUD, BIENESTAR E INTEGRACIÓN SOCIAL DE MUJERES INMIGRANTES EN LA COMARCA DE L'HORTA NORD, PATERNA

\*Navarro Vilar, Inmaculada\*, Taberner Vilar, Patricia\*\*,  
Licenciada en Bellas Artes, \*\*Licenciada en Bellas Artes

## INTRODUCCIÓN:

Esta experiencia arranca en los talleres sobre diversidad que se realizaron desde el **Consortio Pactem Nord** para el proyecto **SPARDA** del Consejo Europeo. Hemos abordado la mejora de la salud personal e integración social de un grupo de mujeres inmigrantes que conviven en Paterna (Valencia). Pudimos tratar la conexión directa que existe entre diversidad, salud y Arteterapia. La diversidad la aportan mujeres de Magreb, África Subsahariana e India. La necesidad de estas mujeres de integración social, sentimiento de pertenencia a un grupo, y autorrealización forma parte de las premisas de una mente sana, y para poder instrumentalizar este proceso hemos empleado la Arteterapia. Este taller ha contribuido a la creación de vínculos de grupo y la posibilidad del autoconocimiento de las participantes para así elevar la autoestima.

## OBJETIVO

- Desarrollar la creatividad y la expresividad.
- Trabajar con las emociones y aprender a plasmarlas de forma plástica y escrita, dando prioridad al proceso en sí y no al resultado.
- Crear un espacio de esparcimiento y recreación personal mediante el arte, el acompañamiento y la escucha.
- Elevar la autoestima.
- Desarrollar el sentimiento de pertenencia a un grupo de forma activa.**
- Llegar al yo interior mediante el proceso creativo.
- Aumentar la autonomía en la toma de decisiones.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Como recurso fundamental en esta experiencia hemos utilizado la plástica acompañada de la música y la poesía, en tres actividades que han consistido en:

- **"Esta soy yo"** (plástica): actividad simbólica y metafórica basada en la representación del yo interior y del yo que mostramos a los demás mediante la pintura y decoración con collage de máscaras en sus dos caras: la interna y la externa.
- **"Camino al interior"** (escritura y plástica): también de carácter simbólico. Realización de un mandala mediante la plástica y la escritura para plasmar sentimientos e ideas personales a partir de otros lenguajes.
- **Exposición:** exposición de las actividades en un local del barrio de Ruzafa en Valencia. Hicimos una excursión con ellas para que vieran sus "obras" expuestas y disfrutaran del resultado de su trabajo.

## RESULTADOS:



## RESULTADOS:

Este taller ha contribuido a la creación de vínculos de grupo y la posibilidad del autoconocimiento de las participantes para así elevar la autoestima. Para cerrar el círculo de esta experiencia la última actividad fue la exposición de estos trabajos en un local de Ruzafa llamado Pastapalabra.



## DISCUSIÓN:

Hemos desarrollado la creatividad y la expresividad creando un espacio de esparcimiento y recreación personal mediante el arte, el acompañamiento y la escucha. Con todo ello invitamos a las participantes a llegar al yo interior mediante el proceso creativo. Siguiendo a Limón Mendizábal (2004) toda persona, independientemente su condición, colectivo o edad tiene unas necesidades psicológicas básicas que necesita cubrir para mantener un equilibrio emocional y mental sano.

## BIBLIOGRAFÍA:

- KLEIN, J-P, BASSOLS, M, BONET, E (Coord.) Alvarez,J, Davison,M, Gómez-Franco,A, Monsegu,T, Moret,Z, Pagán,JM. Arteterapia. La creación como proceso de transformación. Ed. Octaedro, Barcelona, 2008.
- DALLEY. "El Arte como Terapia", Barcelona, Herder 1987.
- López Fernández Cao, Marián 1999, Creación artística y mujeres. Recuperar la memoria Editorial Narcea, Madrid.
- López Fernández. Cao, M., Martínez Díez N. 2006, Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística, Tutor, Madrid.
- Fiorini, Héctor J. 1993, Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.

# “INVESTIGACION DE LA ESTIMULACION TEMPRANA MEDIANTE LA ILUSTRACIÓN: fomento de la salud infantil”

Tomás Miralles, Ana

Profesora Doctora Titular de Escuela Universitaria. FBBAA, UPV, Valencia

## INTRODUCCIÓN

Resultados de investigación basados en la etapas infantiles usando la gráfica como mediadora para permitir potenciar y estimular la capacidad cognitiva y emocional del niño.

El proyecto interdisciplinar, auna elementos clave de la salud infantil y su crecimiento interno mediante la activación visual y la ilustración recreada mediante técnicas no convencionales.

Imprescindible las conexiones con profesionales en educación infantil para conseguir y dar la importancia que requiere la necesidad de crear una imagen adecuada, así como denotar la relevancia que adquiere el lenguaje audio-visual en el niño: **“creando ilusiones gráficas también se sana”**.

## OBJETIVO

Promover juegos del hecho habitual y actos cotidianos; Reconocer lo conocido; desarrollar la imaginación y la fantasía; Establecer relaciones entre las imágenes y lo que representan; Cultivar la curiosidad, la creatividad y la imaginación; Interpretar y producir imágenes como una forma de comunicación; Cubrir las necesidades de comunicación; Propiciar la participación social, iniciativa, el esfuerzo e interés por el conocimiento; Entrenar en la educación para la salud mediante rutinas, hábitos...; Aprender jugando; Ejercitar la memoria visual; Favorecer actitudes positivas en la **alimentación, la higiene y el descanso**; etc...

## MATERIAL Y MÉTODO

- Colaboración del ámbito educativo de la Escuela Infantil Príncipe Valiente y de alumnos de la Universidad (junto con un grupo en situación de prácticas en empresa).
- Actuación didáctica y elementos pedagógicos
- Articulación de los temas: rutinas, acciones diarias, higiene, alimentación, teatro, canciones, adivinanzas.
- Análisis de distintas fases del desarrollo y proceso creativo: tanto al dibujar como al leer.
- Línea de investigación técnica para obtener resultados gráficos oportunos: desarrollo de procedimientos manuales y digitales. Aplicar y adecuar objetivos integradores y definir la idea.

## RESULTADOS



Un escenario protagonizado por la ilustración trabajadas mediante texturas fruto de la innovación, experimentación e investigación en el campo de la gráfica relacionadas con las estrategias de creación para la comunicación del mensaje en el mundo infantil.

Experiencias, aprendizajes y recursos para generar nuevas sensaciones. Respuestas y pequeños movimientos adaptativos del niño en su realidad.



## CONCLUSIONES

Generación de personajes. Aportación artística en la estimulación infantil como elemento motivador. Creatividad, profesionalización gráfica y reconocimiento de conceptos-objetos.



## DISCUSIÓN

¿Como potenciar y mejorar la salud emocional, la relacional, social o artística en el niño?

El proceso formativo (como herramienta) va a actuar de manera definidora de estos aspectos, y su crecimiento pasa por la integración de las humanidades.

## BIBLIOGRAFÍA

- AAVV. **“SujetObjetos-EnterArte: aprender creando, crear aprendiendo”**. Consejería de Educación, Madrid 2004
- SABATER, FERNANDO. **“Revista CLIJ (Cuadernos de literatura infantil y juvenil) nº1”** Barcelona.
- ALLER, Carlos. **“Juegos y actividades del lenguaje oral”**. Editorial Marfil. Alcoy.
- TOMÁS MIRALLES, ANA. **“AdivinArte: Investigación de la estimulación temprana”**, Valencia 2012. ISBN: 978-84-615-7862-7
- TOMÁS MIRALLES, ANA. **“Estampas Ilustrativas para un Cancionero Infantil”**. Valencia 2011. ISBN: 978-84-608-1211-1
- TOMÁS MIRALLES, ANA. **“Arteatro: estrategias didácticas para la educación infantil”**. Valencia 2010. ISBN: 978-84-608-1055-1
- TOMÁS MIRALLES, ANA. **“El gusto por ilustrar”**, Valencia 2010. ISBN: 978-84-608-1056-8



# LA DIETA MEDITERRÁNEA Y EL LIBRO DE ARTISTA “ MENÚ MEDITERRÁNEO”

Ponente 1: Roberto V. Giménez Morell, Catedrático de la Facultad de Bellas Artes de Valencia .

Ponente 2: Lola Vidal Alamar, Titular de Universidad de la Facultad de Bellas Artes de Valencia.

Ponente 3: Ana Isabel Gómez Palonés, Médico pediatra del Centro de Salud de Alzira, Hospital de la Ribera.

## INTRODUCCIÓN:

La dieta mediterránea, nombrada Patrimonio cultural inmaterial de la humanidad por la UNESCO, se caracteriza principalmente por ser equilibrada y variada. Es equilibrada por tener una adecuada distribución del aporte calórico en grupos de alimentos y por la correcta proporción de los diferentes nutrientes, ofreciendo energía, fibra, macro y micronutrientes para adaptarse a las necesidades del individuo. Estos alimentos son productos naturales: frutas, verduras, legumbres, frutos secos, cereales, carnes, pescados y el aceite de oliva como grasa principal. Hemos reflejado estas cualidades y productos en la creación del libro de artista basado en recetas que componen el menú que presentamos.

## OBJETIVOS:

- Mostrar la belleza y la sensualidad de unos platos elaborados con ingredientes naturales que en sí pueden ser y son objeto del arte, armonizando los sentidos del gusto y de la vista.
- Hacer de vehículo propagador de esta sana dieta, con el atractivo del dibujo y del color.
- Trascender el recetario de cocina, por el valor plástico que aporta el libro, aunque simbólicamente representa un manual de recetas.

## MATERIAL Y MÉTODO:

- **Maquetación:** El libro se presenta a doble página; la de la derecha contiene los textos con las recetas y las imágenes de los productos o ingredientes principales para su elaboración. La de la izquierda muestra el plato ya elaborado. **La técnica** es mixta: Acuarela, tinta china, lápiz grafito y collage. Formato 24x24,5 cm. El soporte de los dibujos es papel de acuarela (Fabriano 50% algodón) y en el reverso papeles manuales y texturizados. Todos los dibujos son originales y los textos están recopilados de la tradición oral.
- **Tipografía:** Los títulos de las recetas se han realizado a pincel. El texto de las recetas está realizado con plumilla sobre fondos de acuarela, variando su caja de composición en cada receta. Se han realizado apuntes y bocetos de recopilación de material y se ha experimentado combinando las diferentes técnicas para adecuarse al efecto buscado para el acabado final.



## RESULTADOS:

### LIBRO DE ARTISTA: MENÚ MEDITERRANEO



Este libro de artista está formado por 8 recetas más una presentación y un epígrafe. Contiene en total 18 dibujos originales y diversos textos. Resalta la espontaneidad y frescura tanto por la caligrafía como por la factura de las imágenes gráficas y pictóricas, pues se les ha encomendado la representación y noble labor de despertar los sentidos. La belleza que reside en estos platos nos ha inspirado para elaborarlos con el toque particular de la luz y del color de la costa mediterránea y de la huerta.

Son menús de nuestra geografía, con productos familiares de nuestros mercados, que pertenecen a nuestro entorno y cultura. Platos que podemos encontrar en la cocina de casa, en el bar de barrio o en la alta cocina de chefs. Los ingredientes autóctonos se exponen en cada mesa en un riquísimo y saludable deleite.

Dibujar ha sido un placer.



## DISCUSIÓN:

En conclusión, este proyecto logra asociar los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea con la creación de un libro de artista. Cocina, imaginación, toque personal son términos propios tanto del arte como de la gastronomía, ahora elaborados sobre un mismo formato y sazonados con un toque de creatividad. En definitiva, una experiencia vital que uniendo la sensualidad de distintos sentidos - La vista, el tacto, el gusto y el olfato- se transforma en objeto de arte. En otro aspecto nuestro trabajo funciona como elemento gráfico divulgador de esta sensacional dieta.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. L.Serra Majem. *Desayuno y equilibrio alimentario*. Estudio Enkid, 2010-Elsevier.
2. A. Ballbriga. *Nutrición en la infancia y adolescencia*. 4ª edición, Madrid 2009
3. Páginas web: <http://www.afuegolento.com/noticias/139/firmas/petryk/5176/la-comida-dentro-del-arte-eat-art>  
[http://elfogondigital.blogspot.com.es/2008/08/pinturas-relacionadas-la-comida\\_4110.html](http://elfogondigital.blogspot.com.es/2008/08/pinturas-relacionadas-la-comida_4110.html)

