



MONOGRÁFICO

Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social
ISSN-e 1988-8309

<http://dx.doi.org/10.5209/ARTE.60957>



EDICIONES
COMPLUTENSE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ALETHEIA

Las artes y el arteterapia como abordaje del trauma y de la memoria emocional

Metodología de intervención utilizada en el Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid

Cristina Masini Fernandez¹, Monica Cury Abril²

Resumen. En este artículo se presenta el trabajo de investigación ALETHEIA que se viene realizando en el Hospital de Día Psiquiátrico de Vallecas, Hospital Universitario Infanta Leonor. Se focaliza en la definición de la metodología de intervención utilizada desde el Arteterapia y el Psicodrama en la atención específica del Trauma Complejo, presente en los pacientes con enfermedad mental severa allí tratados. El abordaje de estas terapias artísticas se enmarca en un trabajo multi y transdisciplinar. Se presentan los fundamentos teóricos, el objetivo y el marco metodológico de la investigación, pendiente de los resultados finales en 2019.

Palabras Clave: Trauma Complejo; Terapias Artísticas: Arteterapia y Psicodrama; Salud Mental; Trabajo Transdisciplinar.

ALETHEIA RESEARCH PROJECT:

Arts and art therapy as an approach to trauma and emotional memory.

Methodology of intervention in the University Psychiatric Day Hospital Infanta Leonor in Madrid.

Abstract. This article presents the ALETHEIA research work that is being carried out at the Psychiatric Day Hospital of Vallecas, Infanta Leonor University Hospital. It focuses on the definition of the methodology used by Art Therapy and Psychodrama in the specific care of Complex Trauma, on patients with severe mental illness treated there. The approach of these artistic therapies is framed in a multi and transdisciplinary work. The theoretical foundations, the objective and the methodological framework of the investigation are here presented, pending the final results by the end of 2019.

Keywords: Complex Trauma; Art Therapies: Art Therapy and Psychodrama; Mental Health; Transdisciplinary Work.

Sumario. 1. Aletheia: fundamentos de la investigación. 2. Dispositivo en el que se enmarca la investigación. 3. Objetivos de hospitalización en HDP del Hospital Universitario Infanta Leonor. 4. Las terapias artísticas en el HDP del HUIL. 5. Objetivos de la investigación. 6. Marco metodológico de la investigación. 7. Técnicas de investigación. 8. Instrumentos psicométricos para el análisis estadístico. Variables que serán evaluadas: pre-intervención. 9. Bibliografía.

¹ Psicóloga clínica. Hospital de Día Psiquiátrico Infanta Leonor
E-mail: masinicristina@yahoo.es

² Arteterapeuta. Hospital de Día Psiquiátrico Infanta Leonor
E-mail: monicacuryabril@hotmail.com

Cómo citar: Masini Fernández, C., Cury Abril, M. (2018). Proyecto de investigación ALETHEIA. Metodología de intervención utilizada en el Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid, en *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social* 13, 2018, 33-52.

1. ALETHEIA: Fundamentos de la Investigación

El proyecto ALETHEIA se orienta a la aplicación sistemática de las artes en la atención de los pacientes con Trastorno por Estrés Postraumático (en adelante TEPT). Tiene como objetivo el desarrollo de un cuerpo teórico y el diseño de herramientas metodológicas específicas para su abordaje práctico desde las terapias artísticas. Este tipo de enfoques terapéuticos, que a nivel neurológico tiene la particularidad de trabajar con ambos hemisferios cerebrales, viene aplicándose desde hace más de sesenta años. Las intervenciones alternan entre la expresión simbólica espontánea, la conexión emocional y la posibilidad de elaboración cognitiva consciente del material intrapsíquico emergente a través del lenguaje oral y/o escrito.

Los tratamientos terapéuticos desde el Arteterapia y el Psicodrama, con el tipo de abordaje metodológico que viene desarrollándose en el Hospital de Día Psiquiátrico (HDP) de Vallecas, se orientan hacia la integración de las funciones cerebrales con el fin de alcanzar una experiencia narrativa biográfica que restituya al individuo previamente fragmentado por el trauma. Esta especificidad de intervención convierte al tratamiento ofertado en un instrumento potente para el abordaje de las patologías devenidas del trauma, pues los sucesos traumáticos tienden a disociar al psiquismo para mantener a estos fuera de la consciencia. Sin embargo, lo disociado persiste y busca expresarse, emergiendo bien a través de sintomatología corporal, afectiva y/o expresándose metafóricamente para comunicar lo incomunicable.

En el HDP de Vallecas se incluyen semanalmente las terapias artísticas: Arteterapia desde hace más de 9 años y Psicodrama desde hace más de 4 años. Ambas terapias están integradas dentro de un equipo multidisciplinar que cuenta con profesionales de la psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y enfermería. A lo largo de estos años estas metodologías artísticas han venido mostrando su capacidad evocadora de lo silenciado, su versatilidad para vehicular la expresión de los elementos traumáticos en los pacientes allí atendidos. Es por esta cualidad de intervención que desde el proyecto de investigación ALETHEIA surgió el interés por incorporar el trabajo allí realizado, en la búsqueda de una definición metodológica de intervención desde de las Terapias Artísticas para la atención de las personas con trastorno mental severo.

En la población atendida en el HDP de Vallecas venimos corroborando algo ya bien sabido, que las deficiencias en la estructuración del sí mismo se remontan a la infancia de las personas. Los Trastorno del Apego de los pacientes allí atendidos son de tipo inseguro o desorganizado y, viene siendo una constante que, pasado un tiempo desde que son ingresados en el hospital, cerca del 58% de los pacientes recibe el diagnóstico de TEPT Complejo en 1992 por Judith Herman, (2004). Es decir, en más de la mitad de los pacientes con patologías mentales graves no estaba identificada y/o diagnosticada una de las causas promotoras de la enfermedad. Hemos reflexionado sobre esta realidad y valoramos que en parte se debe a las características amnésicas de estas patologías, pero también a la escasa e irregular consideración

que se ha venido teniendo sobre los efectos del trauma complejo en la gestación de psicopatología severa. Los nuevos umbrales definidos en el Manual de Trastornos Mentales DSM V para la categorización del trauma, recogen esta realidad abriendo el camino hacia un ajuste de la prevalencia y predicción de los TEPT, facilitando una mejor definición de la población diana a la que atender, mejorando su comprensión y permitiendo el desarrollo de herramientas específicas para su atención.

Kardiner ya en 1941, en su libro “La neurosis traumática de guerra”, afirmaba que el origen de ésta era una fisioneurosis: trastorno mental basado en la persistencia de las respuestas de emergencia biológica en momentos en que ya no son adaptativas, produciendo deterioro de las áreas del cerebro responsables del aprendizaje, de la habituación y de la discriminación de estímulos. La sintomatología del TEPT afecta de manera estructural a nivel emocional, cognitivo, conductual y adaptativo. Genera múltiple sintomatología, recogida ya en el DSM-V, en el criterio B para los TEPT, del tipo ansioso-depresivo y disociativo: reexperimentación constante, evitación persistente, desregulación de los afectos, fragmentación de la memoria, indefensión aprendida y alteraciones vinculares.

En nuestra práctica clínica venimos registrando un porcentaje importante de pacientes con síntomas ansiosos-depresivos que terminan avanzando hacia la cronicación distímica. Estas personas no logran asociar su padecimiento con las causas originarias del mismo, aunque pueden reportar sensaciones exactas, recuerdos y emociones relacionadas con el trauma, hayan pasado meses o incluso años desde que los sucesos que los provocaron tuvieron a lugar. Sin embargo, estas vivencias no se encuentran integradas dentro de la narrativa que brindan cuando la disociación de lo traumático ha tenido a lugar.

Las tres características principales devenidas del trauma: invisibilidad, carácter amnésico y la dificultad de verbalización del hecho reclaman una intervención terapéutica específica. Según Bessel van der Kolk (2003) la emergencia de fragmentos sensoriales y emocionales de la experiencia traumática a través de vías no verbales es determinante para poder trabajar sobre las áreas dañadas y devenidas en patología. Partiendo del reconocimiento que el Arteterapia constituye un proceso primario (Kramer, 1958, Levick, 1975, Naumburg, 1966, Rubin, 1984, Ulman y Dachinger, 1975), que caracteriza el sistema inconsciente y donde la energía psíquica fluye libremente, contamos con su potencialidad para facilitar el emergente de los elementos traumáticos sumergidos para su posterior integración consciente, aprovechando el ámbito no verbal del proceso creador y de su resultado en imágenes cargadas simbólica y metafóricamente.

En el ámbito de la enfermedad mental, especialmente en el abordaje de trastornos afectivos, observamos a través de la clínica que las Terapias Artísticas obtienen una efectividad mayor cuando en su metodología confluyen tanto la expresión metafórica de los contenidos intrapsíquicos como la elaboración narrativa posterior de los mismos. Los contenidos de alto valor estresógeno encuentran a través de ellas, una vía de comunicación y elaboración del material traumático sin los efectos secundarios negativos a corto plazo de otras intervenciones. Por ello, dentro de la oferta terapéutica del HDP de Vallecas las Terapias Artísticas complementan a las terapias verbales, facilitando a los pacientes otros canales de expresión que permitan superar las limitaciones que el uso exclusivo de la palabra conlleva.

Como sabemos que existe una capacidad biológica innata para superar el trauma y el ejercicio clínico nos revela la efectividad de estas intervenciones, nos hemos

planteado el objetivo principal de sistematizar la metodología de intervención que venimos aplicando en la atención del trauma en pacientes con enfermedad mental severa desde las Terapias Artísticas dentro del marco de ALETHEIA.

2. Dispositivo en el que se enmarca la investigación

Hospital de Día Psiquiátrico del Ensanche de Vallecas. HUIL

El HDP de adultos se abrió al público el día 25 de junio de 2008 con un total de 15 plazas de hospitalización parcial en régimen de día que a lo largo de los años luego fueron ampliándose. La población atendida corresponde al área de Vallecas, con unos 333.369 habitantes.

3. Objetivos de hospitalización en HDP del Hospital Universitario Infanta Leonor

- Estabilizar clínicamente a los pacientes con procesos psicopatológicos agudos y subagudos.
- Reducir las necesidades de hospitalización completa.
- Disminuir de la sintomatología psiquiátrica severa.
- Posibilitar un cambio funcional y estructural psicológico en los pacientes desde un abordaje intensivo bio-psico-social.
- Promover una mejor adaptación individual en el ámbito familiar, laboral y social.
- Dotar a los pacientes y a sus familiares de estrategias de afrontamiento que les permitan integrar los procesos de enfermedad y mejorar la dinámica del sistema familiar.
- Prevenir recaídas y cronicidad.

Y para atender a esos objetivos, se ha venido trabajando en un programa de tratamiento semanal donde el peso mayoritario recae en el formato grupal, complementándose con entrevistas individuales e intervenciones familiares a cargo de los profesionales.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00-9:30	ACOGIDA; MEDICACIÓN				
9:30-10:45	GRUPO DE "BUENOS DÍAS"				
10:45-11:15	DESCANSO; DESAYUNO SALUDABLE				
11:15-12:15	TALLER DE HÁBITOS SALUDABLES	TALLER DE TERAPIA OCUPACIONAL	GRUPO DE APOYO DIETA Y EJERCICIO	PSICO EDUCACIÓN	PSICOMOTRICIDAD
12:15-12:30	DESCANSO				
12:30-14:30	TERAPIA DE GRUPO	PSICODRAMA	ARTETERAPIA (Asociación Argos)	TERAPIA DE GRUPO	GRUPO DE AFRONTAMIENTO
14:30-15:00	RELAJACIÓN; MEDICACIÓN				

La aplicación del plan de tratamiento se particulariza para atender de manera ajustada a las necesidades específicas de cada paciente. Por ello se genera un Programa de Tratamiento Individualizado (PTI) consensuado dentro del equipo profesional, que incluye los siguientes pasos:

- Proceso de evaluación, donde intervienen los diferentes profesionales según sus áreas.
- Definición del cuadro sintomatológico a tratar.
- Definición de objetivos terapéuticos adaptados a cada persona y sus circunstancias.
- Elección de actividades terapéuticas que mejor responden a esos objetivos.
- Asignación de un facultativo responsable.
- Previsión del tiempo de estancia.
- Abordaje transdisciplinar.
- Reevaluación periódica, con reajuste de objetivos, intervenciones y tiempos.

4. Las terapias artísticas en el HDP del HUIL

Destaca el lugar privilegiado que las mismas ocupan dentro del programa que se ofrece para atender a pacientes con patología grave. El Arteterapia se ha incorporado al año de abrirse el hospital y unos años después se suma Psicodrama como un nuevo espacio creativo desde el que abordar el tratamiento psicopatológico.

Las Terapias Artísticas, por sus características, tienen unos objetivos específicos entre los que podemos destacar:

- Dotar de un espacio seguro, matriz de acogimiento irrenunciable en toda psicoterapia.
- Profundizar en el autoconocimiento, la comprensión y la elaboración de eventos biográficos a través del lenguaje plástico y el proceso creador.
- Dotar de un cauce de expresión no verbal, posibilitador de espacios metafóricos.
- Seguir las pautas de la psicotraumatología, prestando especial atención al manejo de la ansiedad previo al trabajo del material traumático. La ansiedad debe encontrarse dentro de la “zona óptima de activación fisiológica” (Wilbarger y Wilbarger, 1997) No es posible realizar fuera de esa zona un trabajo de procesamiento integrativo de los inscriptos a nivel sensoriomotriz y las emociones, para pasar a elaborarlo a nivel cognitivo.
- Facilitar la emergencia del material traumático intrapsíquico.
- Elaborar los sucesos traumáticos.
- Suscitar la revisión y la resignificación narrativa que posibilite la reconstrucción identitaria.
- Promover un mayor bienestar integral en el sujeto.
- Favorecer la integración sistémica familiar, laboral y social.

4.1. Arteterapia

El Arteterapia inicia su recorrido en este dispositivo desde un convenio de colaboración entre la Asociación Argos – Arte en Acción y el HDP Infanta Leonor. Dicho

convenio posibilita el desarrollo de un proyecto específico en la atención al trauma presente dentro de las patologías mentales severas que atiende el dispositivo.

El proyecto de intervención se estructura desde la salutogénesis y desde un ámbito seguro y libre de juicios que posibilita el reconocimiento de las estrategias de supervivencia del paciente y su implicación en los procesos salud/enfermedad. La experimentación de nuevas vivencias que se contrapongan directamente a la indefensión emocional y a la parálisis física que acompañaron a las situaciones traumáticas vividas, les permite recuperar una conciencia de sí mismos de menor vulnerabilidad, en base a una recuperación de la confianza tanto del entorno como de sus propias capacidades de afrontamiento, alejándoles de las estrategias de evitación y dependencia que les deja fuera de una vida saludable.

Es fundamental para estos pacientes, que puedan colocarse a una distancia suficiente de sus improntas sensoriales y emociones, para poder observarlas y analizarlas sin sentirse emocionalmente descontrolados que les impulsen a entregarse a maniobras evitativas. La relativa disminución en la activación del hemisferio izquierdo en la reexperimentación del trauma indica que es importante ayudar a los pacientes a encontrar un lenguaje con el que puedan comprender y comunicar sus experiencias y es aquí donde el Arteterapia puede desarrollar una importante función.

Por sus propias características, el taller de Arteterapia se constituye como nexo del sujeto creador consigo mismo, con la obra, con su historia, con su mundo emocional, sus respuestas y posibilidades y con un grupo con el que podrá interactuar y confrontarse, confrontándose a sus capacidades. De esta manera resulta posible acercarse al paciente desde el vínculo o la relación que mantiene con la realidad, a través de su propia aportación: el objeto artístico producido.

Para realizar esta intervención la arteterapeuta se posiciona desde una epistemología constructivista y el paradigma bio-psico-social desde la perspectiva de la salutogénesis. El marco teórico sobre el que se define es integrador de las teorías arteterapéuticas, dinámico relacional, narrativo, sistémico y con un enfoque psico-traumatológico.

Como ejes vertebradores de la posición teórica arteterapéutica se definen:

- El psiquismo creador.
- La dimensión vincular.
- Las propiedades del lenguaje artístico.
- El carácter transicional del espacio de creación.
- La transferencia con el objeto/obra transicional.
- La elaboración que permita un discurso más compatible con la vida a través de los procesos transferenciales.

Estructura del taller:

Se realiza con una frecuencia es semanal a lo largo de todo el año, con una duración de 2 horas.

Cada una de las actividades se plantea estructurada en torno a tres momentos diferentes:

- Un primer momento para el encuentro, en el que el grupo se estructura como grupo de arteterapia. Este primer momento es fundamental para la acometi-

da del siguiente objetivo: el lugar, como espacio de acogida de la expresión, debe incluir a todos en cuanto grupo y a cada uno en cuanto individuo. Este primer momento incluye la llegada, los saludos y las presentaciones si hay miembros nuevos, así como para el abordaje de emergentes grupales significativos, si los hubiese, en el devenir de la convivencia en el dispositivo.

- El segundo momento concentra la actividad creadora.
- Por último, el tercer momento, será el que recoja y contextualice los trabajos realizados, a través de una exposición individual de cada paciente frente al grupo del resultado de su creación y la devolución individual y grupal de la arteterapeuta.
- Se realizará en forma continua el seguimiento de la evolución del paciente y cada cierto tiempo un análisis longitudinal del material producido para ampliar y profundizar en su proceso.

4.2. Psicodrama

El Psicodrama es un enfoque que incluye distintos lenguajes terapéuticos. Utiliza de manera preferente al cuerpo puesto en acto, provocando la emergencia espontánea de emociones y pensamientos. Y a través del cuerpo el individuo se expresa en gestos, movimientos, sonidos y palabras. El formato grupal del Psicodrama funciona al estilo de un coro griego que acompaña al protagonista a erigirse en héroe de su historia, actúa como amplificador de vivencias y perspectivas, enriquece el trabajo de exploración y creación. El Psicodrama es cuerpo, acción y expresión verbal, a través de la palabra busca una elaboración cognitiva integradora de la experiencia vivida.

Se trabaja en la dramatización individual y colectiva, colocando al individuo en su realidad natural: la relacional con otros y con el medio. En su discurrir, se ponen en juego diferentes estrategias de acción frente a los conflictos. La integración de la dualidad mente-cuerpo convierte a este enfoque en especialmente idóneo para la recuperación de la huella traumática, porque ésta se enraiza en el cuerpo convirtiéndolo en el continente primario de los sucesos altamente ansiógenos. En la matriz del escenario psicodramático, cada sujeto re-experimenta dentro del grupo sus alegrías, tristezas, conflictos, sueños, fantasías, recuerdos y confusiones..., posibilitando la visualización de los espacios huecos: heridas obturadas al recuerdo que, en la mayoría de los pacientes atendidos en el HDP, están relacionadas con material traumático. El trauma se imbrica en el cuerpo marcándolo con sensaciones corporales intrusivas, desconcertantes y que superan la capacidad de modulación fisiológica.

El encuadre desde el que se trabaja psicodramáticamente en el hospital es de epistemología constructivista, con una mirada del individuo desde lo bio-psico-social-espiritual (J. Rojas-Bermúdez, 1997) y desde la perspectiva de la salutogénesis. La posición teórica desde la que se interviene es integradora: Psicodrama, Terapia psicodinámica relacional, Terapia sistémica familiar y Terapia humanista. La metodología: va en busca de la espontaneidad para la facilitación de los emergentes que atraviesan a los pacientes en cada momento, promoviendo para ello diferentes dinámicas que se orientan al aquí y ahora, integrando el pasado y proyectándose hacia el futuro. La frecuencia de las sesiones de Psicodrama es semanal, con una duración de 2 h.

Cada sesión consta de las tres etapas definitorias de una sesión de Psicodrama:

- Caldeamiento: se llevan a cabo una serie de ejercicios orientados a crear el clima emocional necesario que predispone a cada individuo para la acción, fomenta la cohesión grupal y la aparición de la temática principal que se va a representar ese día.
- Dramatización: es el punto neurálgico de la sesión, acción espontánea del emergente grupal surgido en el caldeamiento. El psicodramatista-director del grupo acompaña al paciente-protagonista en la puesta en marcha de la escena. No existe un guion a-priori, se avanza del “como sí” a la vida real, permitiendo al protagonista tomar contacto con partes de sí mismo hasta entonces obturadas.
- Cierre: el grupo sentado en círculo revisa los elementos nacidos en la dramatización, las emociones que se despertaron, las reflexiones que les plantea y, guiados por el psicodramatista, se orienta hacia una narración y elaboración de la escena y la sesión en su conjunto.

5. Objetivos de la investigación

5.1. Objetivo Principal

Sistematizar la metodología de intervención para la atención del trauma en pacientes con enfermedad mental severa desde el Arteterapia que se desarrolla en el Hospital Universitario Infanta Leonor, Hospital de Día Psiquiátrico para Adultos.

5.2. Objetivos Específicos

- Observación exploratoria del método de intervención.
- Elaboración del marco teórico y empírico.
- Definición de las técnicas de intervención.
- Definición de los instrumentos de evaluación.
- Aplicación de escalas e instrumentos de medida.
- Intervención arteterapéutica según el diseño del método.
- Evaluación de resultados.

6. Marco metodológico de la investigación

6.1. Diseño

- Ensayo clínico descriptivo unicéntrico de ámbito nacional
- Grupo único.

6.2. Población

6.2.1. Criterios de inclusión

Pacientes con enfermedad mental severa:

- Trastornos psicóticos.

- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos neuróticos graves.

Con cuadros psicopatológicos en estado agudo y subagudo, ya sea en fases iniciales como en cuadros crónicos descompensados y/o para pacientes que requieran un diagnóstico diferencial. En todos los casos, las edades están comprendidas entre los 18 y 65 años.

6.2.2. Criterios de exclusión

- Riesgo autolítico.
- Deterioro cognitivo.
- Retraso mental moderado o grave.
- Trastorno antisocial de la personalidad o rasgos psicopáticos acentuados.
- Abuso o dependencia de sustancias como diagnóstico principal.
- Trastornos de la Conducta Alimentaria.

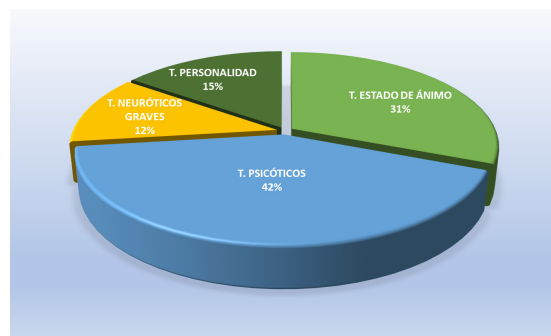
6.2.3. Análisis de la población tras 9 años de intervención

Desde la apertura del HDP han sido atendidos 312 pacientes.

6.2.3.1. Prevalencia Poblacional por género



6.2.3.2. Diagnósticos Principales



6.2.3.3. Diagnósticos Específicos

T. del Estado de Ánimo: 85

- 20 Episodio depresivo mayor
- 19 Distimia
- 36 T. bipolar
- 10 T. depresivo recurrente

T. Psicóticos: 115

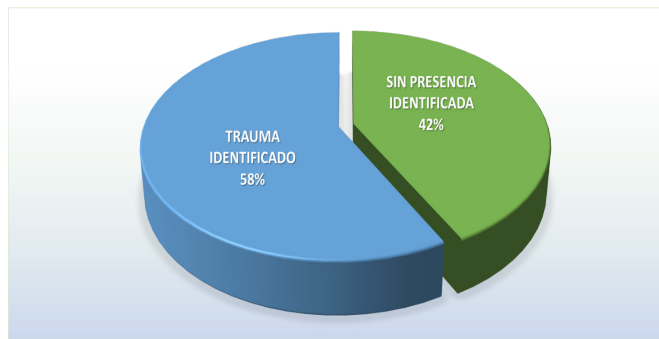
- 67 Esquizofrenia paranoide
- 23 T. psicótico sin especificar
- 13 T. esquizoafectivo
- 8 T. por ideas delirantes
- 4 Psicosis tóxica

T. Neuróticos Graves: 33

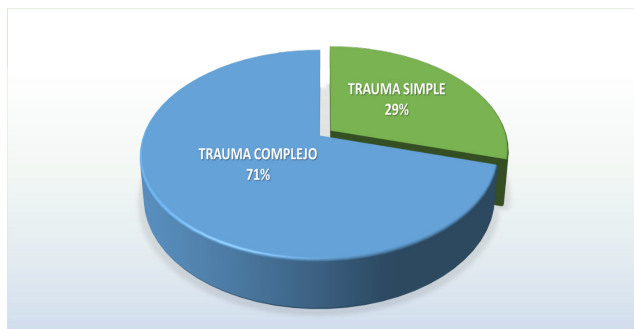
- 14 TOC
- 6 TEPT

T. de Personalidad: 40

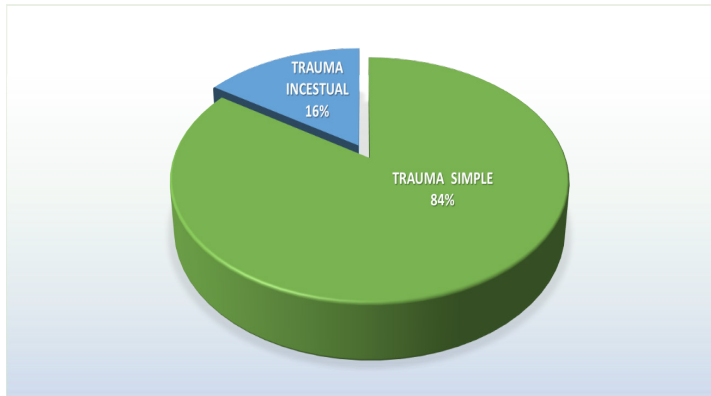
6.2.3.4. Prevalencia del Trauma en la Población Total



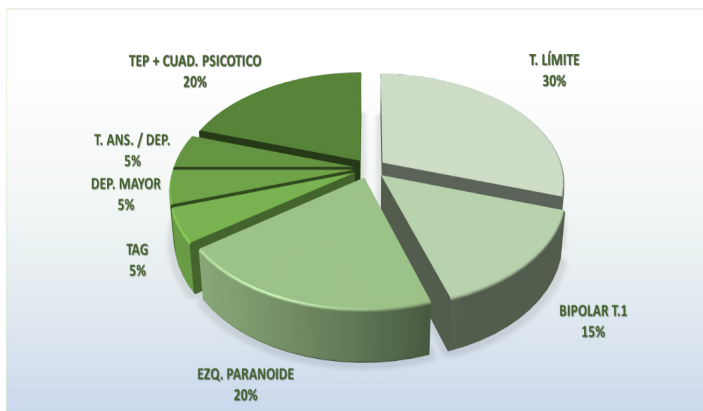
6.2.3.5. Prevalencia por Tipología Traumática



6.2.3.6. Comorbilidad en el Trauma Complejo



6.2.3.7. Diagnóstico en los casos de trauma incestual, complejo y simple simultáneamente



De este análisis, se desprende la enorme prevalencia que tiene el TEPT Complejo en esta población y su relación con la gestación de una personalidad frágil y vulnerable en los estadios tempranos de la vida. Esta prevalencia nos lleva a posicionarnos en una intervención particularmente centrada en este tipo de trauma.

El Trauma Complejo (Judith Hermann, 2004) hace referencia al trauma prolongado y repetido a lo largo del desarrollo evolutivo individual, que produce desregulación de las emociones y los afectos, afectación de la conciencia y la percepción de sí mismo, del agresor y de los otros en general, experiencia de indefensión que marca la conducta por pérdida de significado vital y de confianza en el presente y futuro. Esta concepción nos llevó a prestar atención a las características de la estructura familiar como microcosmos, reflejo de una estructura social mayor que puede funcionar como elemento predictor del Trauma Complejo.

La familia es una estructura jerárquica impregnada por las naturales diferencias generacionales, pero a menudo presenta un desigual reparto de poder dentro de los mismos

niveles generacionales por el orden patriarcal de nuestra sociedad. Esta disparidad de poder es generadora no sólo de tensiones dentro del sistema, sino que impacta en la salud de la estructura familiar, y es promotora de heridas psíquicas al minusvalorar a una parte de sus miembros por el mero hecho de pertenecer a un género. La Organización Mundial de la Salud, recoge esta violencia institucional, reconoce a los estereotipos de género y su impacto en la construcción del aparato psíquico y, por tanto, en la manera de enfermar. Cuando la distribución del poder viene establecida como un elemento natural, siendo en realidad un artificio cultural, el abuso del poder queda invisibilizado. En palabras de Pierre Bourdieu (2000) "... la violencia simbólica, violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos..." (p. 12).

De la diferenciación de roles y de poder social en función del género, deriva una diferenciación en el modo de enfermar. En la posición femenina se produce una tendencia a la vulnerabilidad e indefensión que promueve síntomas ansioso-depresivos, retroalimenta la dependencia afectiva y dificulta el correcto ejercicio de la función protectora parental. Por el contrario, en la posición masculina prevalece la asunción de la fortaleza per se, en respuesta al rol asignado, rechazándose y negándose la enfermedad por entenderse generadora de vulnerabilidad y presentando una prevalencia mayor de los cuadros narcisistas, sostenidos mayormente en la agresividad e impulsividad.

Las palabras de la premio Nobel de la paz Elie Wiesel (como se citó en el libro *Las semillas de la violencia* de Luis Rojas Marcos (2008, p. 55): "Ante las atrocidades tenemos que tomar partido. La posición neutral ayuda siempre al opresor, nunca a la víctima. El silencio estimula al verdugo, nunca al que sufre."

7. Técnicas de investigación

1. **Observación no participante:** identificar y registrar de manera sistemática los elementos que componen la intervención arteterapéutica: sus fases y técnicas de intervención.
2. **Grupo de discusión:** recoger y analizar el discurso y la opinión de los terapeutas del equipo multidisciplinar del Hospital de Día Infanta Leonor acerca de la intervención arteterapéutica, sus técnicas y su eficacia.
3. **Evaluación inicial:** situación de los pacientes con enfermedad mental severa antes de iniciar la intervención arteterapéutica.
4. **Instrumentos:** Escalas de medición de los estados de: Ansiedad, Depresión. Autoestima, Apego, Trastorno de Estrés Post-traumático y Trastorno Disociativo.
5. **Definición y estandarización del modelo** de intervención arteterapéutica.
6. **Aplicación del modelo de intervención arteterapéutica** en la práctica de 12 sesiones con el objetivo fundamental de comprobar su adecuación a la intervención en el Hospital de Día Psiquiátrico Infanta Leonor.
7. **Entrevistas grupales focalizadas:** conocer la opinión experta de los miembros del equipo multidisciplinar acerca del modelo de intervención arteterapéutica.

8. Instrumentos psicométricos para el análisis estadístico. Variables que serán evaluadas: pre-intervención

Estas escalas sólo se pasarán pre-intervención ya que su finalidad es la demostración de la prevalencia del diagnóstico de TEPT y disociativo en la población diana, lo que avalaría la necesidad de un modelo de intervención específico.

La validación del método se realizará en posteriores investigaciones y requerirá de una metodología diferente que pueda contemplar la enorme diversidad de variables que convergen tanto por el carácter subjetivo del objeto de estudio, como por la simultaneidad de intervenciones terapéuticas y farmacológicas que confluyen.

- **Trastorno de Estrés Post-traumático. *EGEP5. Evaluación global del Estrés Postraumático.*** Adaptada a los criterios del DSM-5. TEA Ediciones. Madrid. 2017. Evalúa la totalidad de la sintomatología traumática considerada en el DSM-5, relacionando la sintomatología con el acontecimiento traumático e incluyendo los criterios relativos a la duración de la sintomatología y las alteraciones en el funcionamiento adaptativo como consecuencia de dicha sintomatología. A su vez amplía la evaluación a la sintomatología global postraumática, que incluye entre otros criterios de gravedad, la historia de los acontecimientos, así como la identificación del acontecimiento traumático precipitante de la sintomatología presente al momento de la evaluación. Validado en población española expuesta a distintos eventos traumáticos. Ámbito de aplicación: a partir de los 18 años y preferentemente individual. De utilización en el ámbito sanitario y de investigación clínica. Tiempo de aplicación: 30 minutos.
- **Trastorno Disociativo. *Escala de experiencias disociativas (Dissociative Experiences Scale de Bernstein y Putman).*** Versión y validación española: Dr. F. Orengo García y E. Icarán Francisco. Cuestionario de 28 preguntas autoaplicadas, sobre experiencias de la vida diaria que en una escala de 0% a 100%, valora la probabilidad de padecer experiencias disociativas.
- **Apego. *CaMir-R.*** Cuestionario que mide las representaciones del apego, en su versión reducida que puede ser aplicada en 20 minutos. Es una versión de demostrada validez y fiabilidad. Evalúa las experiencias de apego pasadas y presentes y el funcionamiento familiar. Instrumento ampliamente utilizado tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación.
- **Ansiedad. *Escala de Hamilton para la ansiedad.*** Versión española de 14 ítems que evalúa la intensidad de la ansiedad, proporcionando una medida global y discrimina los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la misma. De administración heteroaplicada.
- **Depresión. *Escala de Hamilton para la depresión.*** Versión española de 24 ítems que evalúa la gravedad del cuadro depresivo. Proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro, más 3 índices: melancolía, ansiedad y sueño. Heteroaplicada. Escala de mayor utilización en la actualidad.
- **Autoestima. *Escala de Autoestima de Rosenberg.*** Evalúa el sentimiento de satisfacción que las personas consigo mismas, reflejando la relación entre autoestima real e ideal. Consta de 10 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos. Los ítems se dividen por igual en aspectos positivos y negativos. Heteroaplicada.

Hemos presentado hasta aquí, el diseño metodológico y el fundamento teórico que sostiene esta primera fase de la investigación que se lleva desarrollando de forma estructurada desde hace dos años y que verá su conclusión a finales de 2019, fecha en la que podremos presentar el diseño arteterapéutico de la intervención debidamente sistematizado.

Esta intervención específica sobre los aspectos del TEPT Complejo presente en la enfermedad mental, que lleva ya casi 10 años de aplicación, aspira no sólo a la sistematización del método arteterapéutico, objetivo del ALETHEIA, sino a su validación posterior. Es nuestra ambición poder dar respuestas a las preguntas que guían nuestro trabajo de cada día:

1) ¿Los pacientes con TEPT pueden recordar y expresar con mayor facilidad los contenidos traumáticos escindidos de su personalidad a través de las terapias artísticas, por ofrecer estas una metodología diferencial desde el uso de lenguajes simbólicos de comunicación y la triangulación vincular?

2) ¿El Arteterapia ofrece un marco de intervención diferencial al trauma en el ámbito de la enfermedad mental severa dentro del equipo multidisciplinar del Hospital de Día Psiquiátrico Infanta Leonor de Madrid, que complementa los demás abordajes terapéuticos?

Desde la clínica, los resultados nos conducen claramente a una respuesta positiva a ambas preguntas. Sin embargo, es necesaria su validación para dotar a este trabajo de rigor científico. Las dificultades que esta propuesta nos presenta son muchas por el carácter subjetivo predominante y por la dimensión de variables que interaccionan en la obtención de resultados. Dificultades pragmáticas, metodológicas y éticas que sólo desde un diseño metodológico riguroso de carácter mixto podrán ser solventadas. Por ello, en esta primera fase, hemos trabajado de la mano de expertos metodólogos para definir con precisión el diseño metodológico que presentamos a continuación.

Fases	Objetivos
Fase 1. Diseño general del estudio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delimitación del ámbito de estudio y población. ▪ Formulación de objetivos generales y específicos. ▪ Planteamiento preliminar del diseño metodológico. ▪ Personas involucradas: Psicóloga Clínica, Arteterapeuta, Metodólogos.
Fase 2. Observación exploratoria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observación y análisis de 6 sesiones de arteterapia ▪ Identificación y descripción detallada de los principales componentes terapéuticos de la intervención ▪ Personas Involucradas: Arteterapeuta, Psicóloga Clínica y Metodólogos.
Fase 3. Diseño del marco teórico y empírico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delimitación de los ejes temáticos. ▪ Análisis bibliográfico y documental. ▪ Elaboración del marco teórico y empírico. ▪ Personas Involucradas: Psicóloga Clínica, Arteterapeuta, Psiquiatras y Metodólogos.
Fase 4. Explicitación del modelo de intervención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnicas de intervención ▪ Componentes de la intervención ▪ Instrumentos de evaluación ▪ Personas Involucradas: Arteterapeuta, Psicóloga Clínica y Metodólogos.
Fase 5. Diseño del modelo de evaluación de resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delimitación del diseño de evaluación: “diseño de caso único” ▪ Personas Involucradas: Metodólogos, Arteterapeuta, Psicóloga Clínica.
Fase 6. Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de las escalas e instrumentos de medida ▪ Elaboración de los resultados de la evaluación inicial ▪ Personas involucradas: Psicóloga Clínica, Arteterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermera y Metodólogos.
Fase 7. Aplicación del Modelo de intervención arteterapéutico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervención Arteterapéutica
Fase 8.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluaciones de resultados: evaluación de proceso y evaluación final ▪ Revisión y ajustes metodológicos del Modelo. ▪ Personas Involucradas: Arteterapeuta, Psicóloga Clínica y Metodólogos.
Fase 9.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicación de resultados: artículos científicos, libros y presentación en jornadas y congresos. ▪ Personas involucradas: Equipo Investigador.

En el momento actual nos hallamos en la Fase 7 de aplicación del diseño metodológico para la sistematización del modelo de intervención arteterapéutico desarrollado en el HDP de Vallecas.

Agradecemos esta maravillosa oportunidad que nos brinda el proyecto de investigación ALETHEIA y a su investigadora principal la Dra. Marian López Fernández Cao.

Aunque aún no tenemos resultados concretos, el análisis realizado de la población atendida a lo largo de estos casi 10 años del Hospital de Día de Vallecas, arroja datos muy significativos para la comprensión de los procesos de la enfermedad mental. Los índices de trauma identificado de esta población alcanzan el 58%, del cual un 71% corresponde a trauma complejo y un 29% a trauma simple.

La elevada tasa de trauma complejo y trauma incestual nos enfrenta a la directa relación que presenta la patologización con el modelo de estructura familiar de nuestra sociedad. Una estructura familiar devenida de una sociedad sostenida en el sistema hetero-patriarcal-binario que es por sí, generador de una estructura identitaria fragmentada en los seres humanos sea cual sea su sexo. Una sociedad que además deja en un profundo silencio lo acontecido en la institución familiar desde un marco de entendida privacidad, salvo casos de extrema gravedad, que se hacen visibles. Pero, la violencia intrafamiliar transgeneracional produce el desarrollo de patologías severas y no puede quedar enmarcada en el ámbito de lo privado, sin hacer dejación de las responsabilidades sociopolíticas de protección a los sujetos más frágiles dentro de la estructura familiar y social: mujeres, niños, ancianos y discapacitados. Un tema complejo y emergente que requiere de acciones urgentes.

Investigaciones como éstas, aunque exceden el marco de nuestra investigación actual, deben ser sistematizadas con gran rigor metodológico para que apoyen la reforma necesaria de un sistema ampliamente cuestionado por grandes sectores de la sociedad.

9. Bibliografía

- Boon S., Steele K., Onno van der Hart. (2015) *Vivir con disociación traumática* Formato: EPUB – DRM. Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer.
- Bourdieu P. (2000) *La dominación masculina*. Barcelona. Ed. Anagrama. (p. 12)
- Levine P. (2018). *Trauma y memoria*. Barcelona. Ed. Eleftheria.
- Hermann, Judith. (2004) *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid. Ed. Espasa Calpe.
- Kardiner, Abram, (1941) *The Traumatic Neuroses of War*. Psychosomatic Medicine Monograph II, III. Washington, DC.
- Mosquera D., Gonzalez A. & Onno van der Hart. (2017). *Trastorno Límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad*. Argentina. Ed. FUNDAP | ex - IAEPD
- Ogden Pat (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz: intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao. Ed. Desclee de Brouwer.
- Ogden P., Minton K., Pain C. (2009). *El trauma y el cuerpo*. Bilbao. Ed. Desclée.
- Rojas-Bermúdez J. (1997). *Teoría y técnica psicodramáticas*. pag. 19. Barcelona. Ed. Paidós.
- Rojas Marcos, L. (2008). *Las semillas de la violencia*. p.55. Madrid. Ed. Grupo Planeta.
- Savneet Talwar, Ma, ATR-BC, LPC. (2007). *Accessing traumatic memory through art making: An art therapy trauma protocol (ATTP)*. Creative Community Arts Studio, 332 Lincoln Ave., Takoma Park, MD 20912, United States. *The Arts in Psychotherapy* 34 (2007) 22–35. Ed. Elsevier.

Van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona. Ed. Eleftheria.

Van der Kolk, B. (2003). *Psychological Trauma*. American Psychiatric Publishing.

Wilbarger, P. Y Wilbarger, J.(1997) *Sensory defensiveness and related Social/emotional and Neurological Problems*. Van Nuys, CA: Wilbarger.