

---

DIMENSIÓN  
AFECTIVA DE  
PERSONAS CON  
TRASTORNO  
MENTAL GRAVE  
A TRAVÉS DE LA  
FORMACIÓN  
ARTÍSTICA. ARTE-  
TERAPIA:  
“PROYECTO E-  
MOTION”

AFECTIVE DIMENSION ON  
PEOPLE WITH SEVERE  
MENTAL DISORDER  
THROUGH ARTISTIC  
TRAINING. ART THERAPY:  
“PROYECTO E-MOTION”



Moraleda-Ruano, A.  
Universidad Camilo José Cela  
Martínez-Cabezón, A.C.  
Centro de Rehabilitación Psicosocial Menni.  
Arturo Soria (Madrid)  
email: [amoraleda@ucjc.edu](mailto:amoraleda@ucjc.edu)

---

**RESUMEN**

*El presente artículo trata de posicionar el estado de la cuestión de las emociones en el espacio del arte, tanto en creación como en reproducción de obras artísticas, centrados de manera específica en el trabajo con personas con salud mental grave. Partiendo*

**ABSTRACT**

This article tries to position the state of the issue of emotions in the Art's gap, both in creation and in reproduction of artistic works, focused specifically on working with people with severe mental disorder. Starting from the pedagogical

*de la corriente pedagógica de la arteterapia y del concepto de la emoción como factor esencial en este colectivo, arranca el Proyecto E-motion, cuyo principal objetivo es el estudio de los efectos del arte en personas con trastorno mental grave. En concreto, los sujetos del grupo experimental que participaron en el estudio mostraron diferencias estadísticamente significativas en las áreas de funcionamiento social y ocio y tiempo libre, y tendencialmente en autoestima, frente al grupo control.*

#### **PALABRAS CLAVE**

*Trastorno Mental Grave, Emociones, Arte, Arte-terapia, Salud Mental.*

current of artherapy and the concept of emotion as an essential factor in this group, the E-motion Project starts, whose main objective is the study of the effects of art in people with severe mental disorder. Specifically, the participants of the experimental group who joined in the study showed statistically significant differences in the areas of social functioning and leisure and free time, and tendentially in self-esteem, compared to the control group.

#### **KEYWORDS**

Severe Mental Disorder, Emotions, Art, Artherapy, Mental Health.

## **INTRODUCCIÓN**

Parfraseando a Dewey (2008), sin emoción puede haber habilidad, pero no arte. Esto nos lleva a partir de una convicción, que se ha ido manteniendo a lo largo de los siglos, que el componente afectivo es eje vertebrador en todas las artes escénicas. Esa idea, tras la irrupción del constructo inteligencia emocional, empieza a cobrar fuerza de forma ramificada, con varias líneas de investigación y corrientes de pensamiento, siempre desde la línea de la importancia del plano afectivo en el arte.

Etimológicamente hablando, *emotio* y *motivus* (derivados del verbo *emovere*), significan lo que me mueve a hacer algo. La emoción es algo que saca de su lugar, que nos lleva a otro sitio o estado, y no hay duda de que el arte, entre sus objetivos, tiene una función bidireccional: que el artista exprese sus emociones mediante la obra y que consiga trastocar la neutralidad emocional de quien lo ve. Por ello, hay tres momentos diferenciados, pero con las emociones como denominador común: la creación de una pieza artística, la reproducción de esta y la recepción del estímulo artístico.

En primer lugar, en el proceso de creación, el arte se nutre de emociones. Si nos acercamos a la función imaginativa y la realidad, un enlace son las emociones (Vigotsky, 1986). Se percibe la realidad diferente en función del estado emocional en que nos encontremos, del mismo modo, que lo imaginamos y creamos. La creatividad deriva del verbo crear, definido como la capacidad de producir algo de la nada. Es precisamente eso, la capacidad de generar, lo que marca nuestra evolución como seres humanos.

El lenguaje, el sistema de producción de alimentos, la arquitectura, el sistema educativo o cultural son el resultado de la capacidad creativa del ser humano. Sin ella, por tanto, no habría evolución.

“El mundo sería un lugar muy diferente si no fuera por la creatividad [...] No habría lenguaje, ni canciones, ni ideas, ni herramientas, ni ideas tales como el amor, libertad o democracia. Sería una existencia tan mecánica y empobrecida que ninguno de nosotros querría participar en ella” (Csikszentmihalyi, 1998, p. 359).

Es palmaria la simbiosis que encontramos entre emoción e imaginación, influyendo las emociones fuertemente en la creación, tanto en cuanto impacta la imaginación en las emociones que vivimos. Las emociones han impulsado a músicos, poetas, escritores y demás artistas a realizar creaciones que han perdurado y admirado a la humanidad (Peña, Macías y Morales, 2011). Es por ello, que el arte es quizá la más sublime manifestación de nuestra capacidad de crear y sentir.

Los beneficios de las artes eran ya reconocidos desde la antigua Grecia, quienes consideraban que las artes servían para sanar, equilibrar y armonizar el alma. Del mismo modo, los propios griegos hablaron ya de la función catártica que emerge en el proceso creativo, señalando la importancia que las artes tienen en la expresión y canalización de emociones. En este sentido, Botton y Armstrong (2013) apuntan que una de las enseñanzas inesperadas que nos aporta el arte es la de ayudarnos a sufrir mejor. Las artes, por tanto, nos dan el soporte y el elemento a través del cual canalizar nuestras emociones y favorecer la manifestación de estas.

Por otro lado, en el desempeño de la acción artística, las emociones son quizá uno de los mecanismos más potentes para expresar emociones. Eso es aplicable a las artes que conllevan un componente temporal de ejecución, como la música, la danza o el teatro; pues, en la pintura, por ejemplo, entendemos esa ejecución dentro del propio proceso de creación.

Muchos investigadores, especialmente en el área de la psicología, han investigado sobre rasgos faciales identificativos de las emociones básicas (Ekman,

1992; Izard, 2007; Stein y Trabasso, 1992; Oatley y Jenkins, 1996). E incluso, inciden en la complejidad de falsar esos rasgos, al incluir estos movimientos de músculos que apenas tenemos entrenados, por ejemplo, la contracción del musculo cigomático superior e inferior y el orbicular produciendo lo que se conoce como la sonrisa de Duchenne (Ekman, Davidson y Friesen, 1990).

Si partimos de la clasificación de emociones básicas de Ekman (1992): ira, miedo, tristeza, asco, alegría y sorpresa; los artistas tienen un especial talento para exteriorizarlas a través del arte. Un actor tiene la capacidad de acudir a su memoria o expectativas para evocar emociones que las manifestarán en el momento que la obra lo demande. Requerimiento más que necesario, pues el arte sin esa expresión emocional no sería más que una historia lineal, carente de atractivo, más que lo puramente técnico. Esto hila con la teoría de Collingwood (1938) sobre la existencia de un mal arte, que es aquel que trata de expresar emociones y falla (Anderson y Hausman, 1992). Es decir, la gente no va a un concierto por la técnica del músico que toca la batería, condición necesaria, va por las emociones, recuerdos, vivencias que asocian a esas canciones.

Una característica particular del arte, es que, generalmente, es una expresión emocional con carácter no verbal, en el sentido de que no se acude a la propia argumentación verbal de las emociones. Esta característica es precisamente su mayor cualidad en cuanto a aplicabilidad terapéutica se refiere. Se puede percibir una concentración y sensibilidad especial en el periodo que va a entrar en una actuación, como si el estado mental del artista cambiara. En definitiva, el arte es compartir emociones siendo una relación no lineal, es decir, una comunicación emocional como procesos sensoriales y cognitivos donde la percepción y expresión no tienen que ser necesariamente espejo (Moraleda, 2015).

Por último, el debate podría centrarse en el placer que aporta una obra de arte por la propia recepción afectiva, entendido como las emociones que nos destapa, o por su contenido, como la propia temática o trama (Maillard, 2000). En caso de referirnos al primer caso, el receptor del arte sale de la neutralidad afectiva, polarizando la valencia en emociones negativas o positivas, ya sea por la influencia del estímulo o por lo que se recuerda (Rorty, 1995). Aquí, es momento de abordar el concepto de emociones estéticas, como respuesta emocional ante la belleza de una obra de arte (Bisquerra, 2009). La belleza, desde el paradigma hedónico, no debe tomarse desde una perspectiva platónica, sino como percepciones de emociones que, desde la distancia, se representa como placentero o fascinante. Con este fin, el primer arteterapeuta reconocido, Adrian Hill, colaboro con el Hospital de la Cruz Roja En Londres. El objetivo era dotar a los hospitales de obras de arte plásticas así

como escuchar música clásica con el fin de que el deleite de las mismas generara emociones positivas que favorecieran la recuperación de las personas ingresadas. En lo referente a la potenciación del aspecto de rememoración, existen numerosas prácticas aplicadas a personas con Alzheimer cuyo objetivo es potenciar el recuerdo utilizando el arte como vehículo. Un claro ejemplo de ello es el Moma's Alzheimer Project en NY.

Entra en conflicto la comprensión mecánica y una orgánica de la emoción, es decir, la emoción como estructura y la emoción como proceso (Hohr, 2010). Esas teorías se vinculan a lo propuesto por Clay (1908) que asume esa belleza como utilidad, partiendo de la percepción de emociones básicas para la supervivencia.

Este constructo, pendiente de ser verificado por la comunidad científica, parece asumirse como propio y veraz por la cultura general, verbalizado en frases como "esta obra desata emociones que no se explicar". No obstante, empiezan a surgir teorías sobre emociones que parecen estar próximas a las emociones estéticas, como la melancolía (Brady, 2003), o descripciones de ello, como la de Marković (2012) con tres factores esenciales de la experiencia estética: fascinación por un objeto estético (alta excitación y atención), valoración de la realidad simbólica de un objeto (alto compromiso cognitivo) y un fuerte sentimiento de unidad con el objeto de fascinación y evaluación estética.

## EMOCIÓN, SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL EN EL ARTE

Con todo ello, no debemos limitarnos a presentar el vínculo entre arte y emoción. Se ha de avanzar hacia los beneficios de la aplicación del arte como herramienta terapéutica en las psicopatologías, no sólo como un canal de expresión afectiva cuando no es posible la comunicación verbal, sino para toda situación ligada a la salud mental.

Este epígrafe, siendo un campo de estudio que está en sus albores, es un área que en las últimas décadas está avanzado considerablemente debido al interés que ha despertado entre los investigadores, la necesidad social y las evidencias que están encontrando del impacto de las emociones en el ámbito de la salud.

Desde la irrupción del constructo inteligencia emocional (Salovey y Mayer, 1990), se han realizado análisis sobre el mismo y su impacto en otros factores, y desde diversos prismas llevan a considerarlo como una variable clínica implicada en el proceso de salud mental (Lizeretti y Rodríguez, 2011). Una línea está

vinculada a la depresión y la ansiedad patológica junto a las emociones negativas (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009), con correlaciones significativas con la regulación emocional, siendo más alta en el caso de la depresión por desesperanza (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos-Díaz, 2003). La inteligencia emocional es buen protector frente a la aparición de estos trastornos psicológicos pues disminuye la vulnerabilidad al estrés (Martínez, Piqueras y Ramos, 2010).

Del mismo modo, en la corriente de la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), las emociones positivas tienen un impacto importante en la salud mental (Fredrickson, 1998, 2003) pues nos permite una construcción y fortalecimiento de los recursos personales que propiciarán un desarrollo saludable (Greco, 2010).

Desde el enfoque centrado en la infancia y adolescencia, hay factores asociados a la inteligencia emocional en el *bullying*, los trastornos alimenticios y de la imagen (Moraleta, 2015), así como con la drogadicción, pues existen estudios a nivel nacional con el consumo de tabaco, alcohol (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2006) y cannabis (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013), donde la inteligencia emocional es un factor implicado en la disminución del consumo.

Dentro de este paradigma de amortiguar el sufrimiento surgió el impulso que inició las primeras prácticas arteterapéuticas. Pese a que desde finales del siglo XIX ya se realizaban aplicaciones del arte en contextos sanitarios, en concreto, en hospitales especializados en salud mental, es a partir de mediados del siglo XX cuando la disciplina fue reconocida, extendida e instaurada de manera oficial en Reino Unido y Estados Unidos, en medio de una sociedad convulsa por el contexto histórico y propiciado también por el auge de las vanguardias y el deseo de democratizar el arte.

Será Hill el primer arteterapeuta reconocido y quien además acuñaría el término de arteterapia. Adrian Hill, fue pintor y soldado durante la I Guerra Mundial y durante uno de los ingresos que sufrió aquejado de tuberculosis utilizó el arte para expresar sus emociones y animó a otras personas enfermas a dibujar para expresar los sentimientos vividos durante el ingreso entendiendo que esto potenciaría su recuperación. Para él, como hemos visto anteriormente, no sólo la práctica del arte revierte beneficios al paciente, sino que la mera contemplación de belleza a través de piezas artísticas repercute de manera positiva en la recuperación de la persona ingresada.

Cao y Diez (2006) definen el objetivo de la arteterapia como indagar en el conocimiento interno del ser a través de las emociones estéticas y su expresión, especialmente cuando el ejercicio de la palabra no basta o no es suficiente.

Dicha definición explica de manera sencilla el beneficio que cualquier persona recibe cuando practica una disciplina artística, el acceso a un mayor conocimiento de uno mismo y la expresión de nuestras emociones comunicándolas al exterior a través del objeto. El hecho de tener al objeto artístico como intermediario hace que la vivencia y la exposición a determinados aspectos internos de la persona se realice dentro de un espacio seguro y amortiguado por el elemento mediador, en este caso el objeto artístico. Esta idea, cobra más importancia si cabe en personas que encuentran dificultades para expresar con palabras, aportando una nueva vía de comunicación alternativa a la oral.

Tanto en la disciplina arteterapéutica, como en otros tipos de aplicación de las artes, el resultado no es lo importante. El elemento movilizador y donde recae el principal beneficio se encuentra en el proceso creativo. Podemos decir que existen tres elementos que conforman dicho proceso: el fomento de la capacidad creativa, la búsqueda de conocimiento y el placer. La potenciación de dichos elementos será lo que aporte beneficio a la persona que lo practica.

Dentro de las aplicaciones del arte en el contexto social y sanitario, tal y como expone Goodil (2016), encontramos dos vías de intervención, los artistas en residencia y los arte-terapeutas. Los primeros, son profesionales del mundo de las artes que desarrollan un trabajo participativo en un contexto de salud potenciando el proceso creativo y obteniendo del mismo los beneficios intrínsecos a su práctica. Los segundos son profesionales con formación tanto clínica como en artes. Su trabajo se centra en establecer objetivos clínicos para cada persona que serán abordados a través del material artístico. También existen otro tipo de prácticas que combinan el trabajo de un artista con el trabajo de un clínico desarrollando un trabajo colaborativo.

Los profesionales que desarrollan una residencia artística en una población determinada en riesgo de exclusión formarían parte de la cultura del arte comunitario. Según Garrido (2009), el arte comunitario engloba aquellas prácticas que implican la participación, la relación de la educación con el contexto social o la atención de las instituciones a la diversidad social y cultural del entorno. Los estudios que han valorado este tipo de prácticas han encontrado los siguientes beneficios: desarrollo personal y social, potenciación de la cohesión social, mayor participación en la comunidad, afianzamiento y desarrollo de la propia identidad

en relación con el lugar de pertenencia, desarrollo de la creatividad y la innovación y mejora de la salud y bienestar.

No sólo la corriente del arte comunitario, con su objetivo de democratizar el arte, abogan por la aplicación del arte en contextos con personas que encuentran más dificultad para acceder a ello, sino que la propia Organización de las Naciones Unidas en la Convención Internacional de los Derechos de las personas con Discapacidad señala:

“Los países deben promover la participación en la vida cultural, el recreo, el tiempo libre y los deportes, asegurando el suministro de programas de televisión, películas, material teatral y cultural en formatos accesibles, haciendo accesibles teatros, los museos, los cines y las bibliotecas, y garantizando que las personas con discapacidad tengan oportunidad de desarrollar y utilizar su capacidad creativa no sólo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad” (ONU, 2006: Art. 30).

En educación hay que formar en competencias emocionales, no sólo para desarrollar la inteligencia emocional o para prevenir desajustes en la salud mental, sino también para crear entornos que ayuden a conseguir la rehabilitación de colectivos desfavorecidos (Galán Casado y Moraleda, 2017) y que sean catalizadores de aprendizaje (Palomera, Fernández-Berrocal y Brackett, 2008).

Con todo ello, desde la educación para la salud, vista la evidencia científica que aporta la psicología, en lo relativo a la inteligencia emocional, debe centrarse con urgencia en trabajar la inteligencia emocional de las personas dentro de sistemas organizacionales, como el educativo y el sanitario (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006).

Es múltiple el espectro de direcciones y destinatarios hacia los que ha apuntado la arteterapia, siendo el fin pedagógico el que los une. El ámbito académico está en pleno crecimiento, con la irrupción de estudios de posgrado, como por ejemplo el Máster Universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social, una formación interuniversitaria, en la que participan la Universidad Autónoma de Madrid, la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Valladolid.

En el plano más aplicativo, mediante la arteterapia, podemos encontrar propuestas para trabajar las emociones y habilidades comunicativas en el aula en educación infantil (Casabó Martín y García Soriano, 2012) y con alumnos de educación primaria que presentan dificultades de atención con, y sin,

hiperactividad (Delgado, Pérez y Cruz, 2016); iniciativas con menores (Serrano, 2016) en psicoterapia (Morales, 2010), con discapacidad intelectual (Molina Bejar, 2014) o dificultades de integración (Ormezzano, 2009); con mujeres con sobrepeso y obesidad (Zalazar, 2015) o que han sufrido violencia por su pareja (Ascaso, 2012); trabajos con drogodependientes (Orgillés, 2011) y con sujetos privados de libertad (Adsuar, 2016), especialmente, con su ansiedad y depresión (Domínguez Toscano y López Martínez, 2014); tratamientos con pacientes con esquizofrenia (Ceballo, de Vasconcelos y Ferreira, 2012), psicosis (Reyes, 2007), parálisis cerebral (González-Mohíno, 2007), fibromialgia (Guiote, 2011), insuficiencia renal (Barrantes, 2016), leucemia (Reyna, González y López, 2011), enfermedades oncológicas (Collete, 2011) o con enfermos con cuidados paliativos (Collete, 2015); incluso, con madres y padres como acompañamiento posparto (Freijomil, 2016).

## “PROYECTO E-MOTION”

Asumiendo la responsabilidad como entidad que trabaja en pro de los derechos de las personas con discapacidad y apoyando el derecho de toda persona a tener acceso a la cultura, surgió el proyecto E-Motion. El proyecto es avalado por la entidad Hermanas Hospitalarias que gestiona numerosos recursos dirigidos a personas con diagnóstico de enfermedad mental a nivel estatal e internacional.

Dada nuestra responsabilidad como recurso de rehabilitación de garantizar que los tratamientos y servicios prestados en los centros cuenten con la calidad y eficacia pertinente se pone en marcha E-Motion, siendo uno de los objetivos principales el estudio de los efectos del arte en personas con trastorno mental. En concreto, comprobar si existen evidencias científicas sobre la efectividad de actividades artísticas, como la danza o la pintura, en el funcionamiento psicosocial, el nivel de autoestima, la identificación y comprensión de emociones o el estado de ánimo de pacientes con trastornos mentales.

A menudo, las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave tienen dificultades para acceder a una formación artística, bien por las dificultades inherentes a la propia enfermedad o bien por el estigma asociado.

El diseño del proyecto se realizó íntegramente en espacios de la Comunidad de Madrid con el objeto de favorecer la plena inclusión y defender sus derechos como ciudadanos. El proyecto E-Motion emergió con tres objetivos fundamentales:

- Analizar los beneficios que la práctica de la danza y la pintura revierten en la persona que los practica.

- Favorecer el acceso a una formación artística de la mano de profesionales en el sector.
- Favorecer la integración comunitaria y luchar contra el estigma social asociado a la enfermedad mental.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra está compuesta por 43 sujetos entre 18 y 60 años, diagnosticados con enfermedad mental. De todos ellos, 25 participaron en el proyecto E-Motion, y los 21 restantes formaron parte del grupo control.

### *Instrumentos*

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron cuatro instrumentos con aplicación de adaptaciones al castellano:

- La escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) que en cuanto a las propiedades psicométricas posee una adecuada validez interobservador, de constructo, consistencia interna de constructo y estabilidad test-retest con Alfa de Cronbach de .73 para escala positiva, .83 para negativa y .87 psicopatología general (Peralta y Cuesta, 1994).
- La SFS Scale (Escala de funcionamiento Social), cuyos coeficientes alfa se muestran uniformemente elevados (entre .69 y .80). Las correlaciones entre cada ítem y el total muestran una consistencia interna superior al obtenido en la validación de la versión original inglesa. El análisis factorial puede llevar a una puntuación media de todas las subescalas para dar una puntuación total (Olivares Díez y Torres, 2005).
- La RSES (Rosenberg Self-esteem Scale) con una consistencia interna, coeficiente Alpha de Cronbach con una puntuación de .86. Fiabilidad test-retest  $r = .88$  y con una validez de constructo con una correlación sustancial de signo negativo con la puntuación total  $r = -.645$ . Destacan las puntuaciones observadas en las dimensiones de Depresión, Escala Adicional y Sensibilidad Interpersonal, con correlaciones que se encuentran por encima de .60 (Vázquez Morejón, Vázquez-Morejón Jiménez. y Bellido Zanin, 2013).
- La rama uno y tres (identificación y comprensión de emociones) del MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test) con una

fiabilidad total de .95, con una fiabilidad por áreas .93 para el área experiencial y .90 para el área estratégica. Además, existen correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con los sistemas de corrección español y el original consenso ( $r = .99$ ). Los análisis factoriales replican la estructura original del instrumento, compuesto por una puntuación total, dos áreas, cuatro habilidades básicas y ocho subtareas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009).

### *Procedimiento*

Para ello, se estructuraron doce sesiones de danza, desarrolladas semanalmente durante tres meses, de una hora de duración. Se realizó un diseño test-retest con dos grupos experimentales y uno control; el primero formado por 8 usuarios que asistieron a 12 sesiones de pintura en un espacio comunitario y a su vez seguía tratamiento de rehabilitación; el segundo, 17 usuarios que asistieron a 12 sesiones de danza en un espacio comunitario y a su vez seguía tratamiento de rehabilitación; y el tercer grupo, 21 sujetos que mantuvieron el tratamiento rehabilitados, pero no asistieron a ninguna de las actividades artísticas.

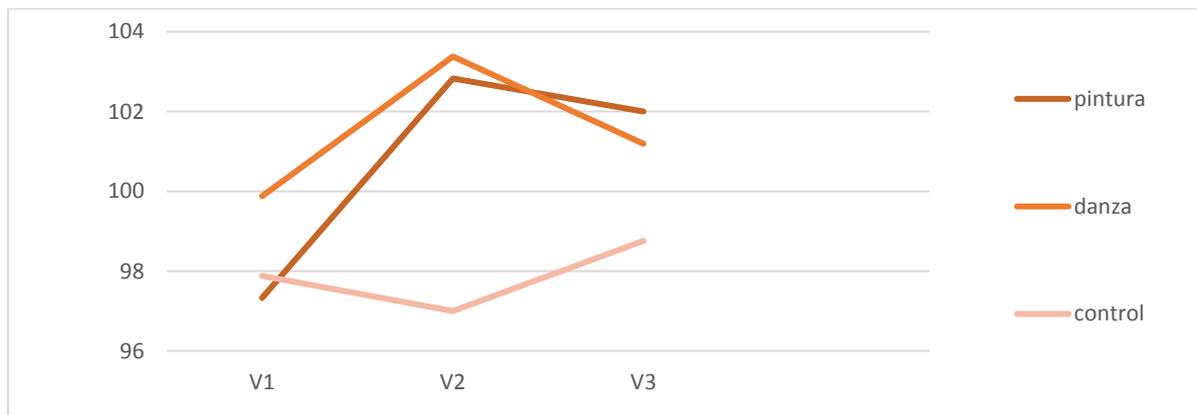
Durante la investigación se realizan tres mediciones: una evaluación previa a la implantación al programa, una segunda inmediatamente posterior y una tercera de seguimiento a los seis meses de la finalización de las clases.

**Tabla 1. Descriptivos de las principales variables y mediciones sobre el promedio (d.t.)**

		V1	V2	V3
Funcionamiento social	Pintura	97.33(7.06)	102.83(7.65)	102(4.42)
	Danza	99.88(8.19)	103.38(7.43)	101.19(9.44)
	Control	97.88(8.17)	97(8.38)	98.76(8.58)
Ocio y tiempo libre	Pintura	104.67(14.93)	110.17(15.17)	115.83(15.27)
	Danza	105.31(10.87)	112(11.32)	106.63(12.68)
	Control	101.29(15.73)	99.65(14.96)	103(17.88)
Autoestima	Pintura	25.27(8.13)	28.67(6.15)	26.67(1.86)
	Danza	30.69(4.89)	32(4.15)	31.94(5.45)
	Control	29.82(4.51)	29.82(4.14)	29.53(4.92)

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez realizados los análisis estadísticos pertinentes, los resultados obtenidos mostraron mejoras significativas ( $p=.034$ ;  $p<.05$ ) en la puntuación general de la escala SFS (este instrumento se construyó para cubrir las áreas de funcionamiento que son necesarias para el mantenimiento en la comunidad de personas con esquizofrenia), así como en la subescala de ocio y tiempo libre ( $p=.048$ ,  $p<.05$ ), donde se dio el mayor grado de beneficio.



**Figura 1. Puntuaciones en Funcionamiento social con tres mediciones**



**Figura 2. Puntuaciones en ocio y tiempo libre con tres mediciones**

En el resto de las escalas no se percibieron diferencias significativas, pero sí se distinguieron tendencias positivas a considerar de cara a futuras investigaciones, especialmente en el área de autoestima. Tras el análisis mediante ANOVA no se

dan diferencias significativas en la variable autoestima. Sin embargo, con una  $p=.058$  (muy cercana a  $p=.05$ ) podemos hablar de diferencias cuasi-significativas en la variable autoestima.



**Figura 3. Puntuaciones en autoestima con tres mediciones**

En lo relativo al objetivo de analizar los beneficios que la práctica de la danza y la pintura revierten en la persona que los practica, debemos acudir a que el beneficio del arte sobre la autoestima se relaciona con varios aspectos. En primer lugar, el propio contexto artístico. El espacio creativo es un espacio libre de juicios y en el que no existe una línea divisoria de lo que está bien o mal, así como de los que es normal o aquello que no lo es. Ello propicia un clima de confianza que favorece la imaginación y la expresión en un espacio que potencia el que cada persona pueda comunicarse con honestidad desde su propia esencia, lo cual sin duda genera un sentimiento de bienestar que revierte en una mejora de la autoestima. Por otra parte, en este caso, el proyecto se desarrolla en un centro comunitario. La asistencia a las clases de manera autónoma, especialmente en aquellas personas que partieron de ciertas dificultades genera una mayor confianza en sus posibilidades y aporta seguridad en uno mismo.

Una vez analizados los datos, como hemos visto, no hay una mejora en la sintomatología negativa tal y como se ha visto en otras investigaciones (Röhrich & Priebe, 2006) y (Xia & Grant, 2009), pero sí se reduce la interferencia de los síntomas y repercute en su funcionamiento psicosocial de manera positiva.

En este sentido, cabe señalar dos aspectos, e primer lugar, en la presente investigación las personas participantes partieron de buenas puntuaciones en sintomatología negativa por lo que se dio un efecto techo siendo el margen de mejora alcanzable mínimo. En cualquier caso, la mejora o no en el área de los síntomas cuenta con poca utilidad si no se traduce en una mejora en la calidad de

vida de la persona. El trabajo de los recursos de rehabilitación se orienta fundamentalmente a la mejora del funcionamiento psicosocial, aumento de la autonomía y, en definitiva, mejora de la calidad de vida de la persona.

Estos aspectos, no necesariamente correlacionan con una disminución de los síntomas, por lo que el que la mejora se haya dado en el funcionamiento y no en el síntoma, no necesariamente debe interpretarse desde un punto de vista negativo.

Cabe resaltar que los resultados expuestos hay que interpretarlos con cautela ya que hay que tener en cuenta el número de la muestra así como la validez de los propios instrumentos. En otros estudios además de metodología cuantitativa se ha incluido metodología cualitativa, algo que sin duda enriquece el análisis y completa la valoración de la eficacia de las artes como herramienta terapéutica. Además de la falta de metodología cualitativa, cabe destacar las dificultades encontradas a la hora de aplicar el cuestionario MSCEIT. Durante la evaluación de la variable inteligencia emocional se observaron dificultades en el entendimiento de los ítems que requirieron apoyo del evaluador y por tanto pudieron sesgar los resultados.

De cara a futuras investigaciones se recomienda utilizar otro instrumento y/o realizar una adaptación del mismo. Como sabemos, la inteligencia emocional está afectada en personas con un diagnóstico de psicosis y constituye una variable crucial en su integración comunitaria. La Universidad de Harvard junto a la Fundación Botín, está demostrando el beneficio que el trabajo con el arte tiene en el desarrollo de la inteligencia emocional en niños y adolescentes con excelentes resultados.

Sin embargo, el beneficio que puede tener sobre personas que parten con dificultades en esta área es un terreno en el que profundizar. Dada la importancia de intervenir en etapas iniciales de la enfermedad y a fin de evitar procesos de cronificación y déficit psicosocial se sugiere como línea futura de investigación hacerlo sobre el beneficio de las artes en personas que se encuentran en los primeros estadios de la enfermedad para ver la capacidad de mejora.

Sobre el objetivo, favorecer el acceso a una formación artística de la mano de profesionales en el sector, las doce sesiones que componen la intervención fueron dirigidas por profesionales de las artes escénicas, en el caso de la danza, y las plásticas, en el grupo de pintura. La asistencia a estas sesiones favoreció un acercamiento a la práctica de la disciplina artística y supuso una pequeña formación para la persona que participó. Ello da pie al conocimiento de una actividad que puede resultar agradable para la persona y, con ello, poder trabajar la vinculación a

recursos de la comunidad para mantener la práctica de la misma y así aumentar su integración en la comunidad.

Por último, en lo vinculado a favorecer la integración comunitaria y luchar contra el estigma social asociado a la enfermedad mental, como hemos expuesto, la totalidad de las sesiones se desarrolló en espacios comunitarios. Las clases de danza se ejecutaron en el Conservatorio Profesional de Mariemma y las de pintura en el Museo de América. De manera paralela a las sesiones se favoreció el conocimiento de espacios dedicados al arte, realizando visitas a museos y a la sede de la Compañía Nacional de Danza. Como ya hemos apuntado, uno de los objetivos fue la generalización, para ello es importante generar motivación de cara a que la persona haga uso de recursos comunitarios para practicar la disciplina. Con el objetivo de luchar contra el estigma, el proyecto E-Motion ha tenido además dos acciones vinculadas:

La primera de ellas fue la creación del documental *El Gran Salto*. En homenaje a la figura de Vaslav Nijinsky, bailarín y coreógrafo diagnosticado de esquizofrenia, se elaboró un documental que recorrió las 12 sesiones de danza en las que está compuesta el proyecto de investigación. A lo largo del documental aparecen no sólo las sesiones, sino testimonios de los participantes y profesionales del sector hablando de los beneficios de las artes escénicas. El documental se ha proyectado en diferentes espacios dedicados a la danza y al cine, mostrando una imagen positiva y diferente de la persona con diagnóstico de trastorno mental y permanece activo en la difusión en distintos contextos.

La segunda acción, constituyó la consolidación de una compañía inclusiva de danza denominada *E-Motion Dance Company* formada por personas con, y sin, diagnóstico de enfermedad mental. El objetivo es prolongar la formación en artes escénicas y generar un laboratorio de creación que sirva de punto de encuentro entre artistas y usuarios. Las piezas coreográficas gestadas en el laboratorio se mostrarán de manera pública con el fin de sensibilizar sobre la problemática de las personas con trastorno mental y luchar contra el estigma.

## REFERENCIAS

- Adsuar, K. (2016). ¡Aún no está acabada! Arteterapia en prisión. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 11, 45-63.
- Anderson, D. y Hausman, C. (1992). The Role of Aesthetic Emotion in R. G. Collingwood's Conception of Creative Activity. *Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 50, 299-305.

- Ascaso, P. (2012). "Quiero y no puedo". De las resistencias y los límites en un proceso de arteterapia grupal y violencia de género a través del seguimiento de un caso. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 7, 223-244.
- Barrantes, T. (2016). Arteterapia en una unidad de diálisis pediátrica. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 11, 309-324.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Botton, D. A. y Armstrong, J. (2013). *Art as Therapy*. London: Phaidon Press.
- Brady, E. (2003). Melancholy as an Aesthetic Emotion. *Contemporary Aesthetics*, 1.
- Cao, M. y Diez, N. M. (2006). *Arteterapia: conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid: Tutor.
- Casabó Martín, M. y García Soriano, A. (2012). Arteterapia y educación emocional Mini Artistas: Viaje al centro del corazón. *Fòrum de recerca*, 17, 927-938.
- Ceballo, Y., de Vasconcelos, J. y Ferreira, A. (2012). Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 7, 207-222.
- Clay, F. (1908). The origin of the aesthetic emotion. *Sammelbände der Internationalen Musikgesellschaft*, 2, 282- 290.
- Collette, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología*, 8 (1), 81-99.
- Collete, N. (2015). Arteterapia en el final de la vida. Fundamentos y metodología de la intervención en una Unidad de Cuidados Paliativos. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 65-85.
- Collingwood, R. G. (1938). *The Principles of Art*. New York: Oxford University Press.
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad. El fluir y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
- Delgado, M. C., Pérez, M. N. y Cruz, F. (2016). Intervención con Arteterapia en alumnado de Primaria con déficits de atención. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 11, 277-291.
- Dewey, J. (2008). *El arte como experiencia*. Barcelona: Paidós.
- Domínguez Toscano, P. M. y López Martínez, M. D. (2014). Efecto de la arteterapia en la ansiedad y depresión, la capacitación sociocultural y la reducción de la reincidencia penitenciaria de personas reclusas. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 9, 39-60.
- Ekman, P. (1992). Facial Expressions of Emotion: New Findings, New Questions. *Psychological Science*, 3, 34-38.

- Ekman, P., Davidson, R. J. y Friesen, W. V. (1990). The Duchenne smile: Emotional expression and brain physiology II. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 2, 342-353.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). *Test de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey y Caruso*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006) La investigación de la inteligencia emocional en España. *Revista Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 139-153.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos-Díaz, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2 (3), 300-319.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Freijomil, A. (2016). Arteterapia y musicoterapia en la etapa prenatal, paternidad, maternidad y post-parto. Recursos creativos para profesionales que les acompañan. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 11, 163-183.
- Galán Casado, D. y Moraleda, A. (2017). Consideraciones sobre el fomento de competencias emocionales tras la excarcelación de sujetos privados de libertad con vistas a su inclusión social. En J. García Gutierrez y A. Del Pozo Armentia (Eds). *Educación, Inclusión y solidaridad. Ámbitos, prácticas y perspectivas*. Madrid. UNED.
- Garrido, A. P. (2009). El arte Comunitario: origen y evolución de las prácticas artísticas colaborativas. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 197-211.
- González-Mohíno, J. C. (2007) Arteterapia, Parálisis Cerebral y Resiliencia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 169-175.
- Goodill, S.W. (2016). Danza/Movement Therapy and the Arts in Healthcare: The first 50 years. *American Journal of dance Therapy*, 38 (2), 293-296.
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16, 81-93.
- Guiote, A. (2011). Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 119-133.
- Hohr, H. (2010) 'Aesthetic emotion': an ambiguous concept in John Dewey's aesthetics. *Ethics and Education*, 5 (3), 247-261.
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science*, 2 (3), 260-280.

- Limonero, J. T., Gómez-Romero, M. J., Fernández-Castro, J. y Tomás-Sábado, J. (2013). Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cánnabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, 19 (2-3), 223-234.
- Lizeretti, N. P. y Rodríguez, A. (2011). La inteligencia emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 233-253.
- Maillard, C. (2000). Emociones estéticas. *Thémata: Revista de filosofía*, 25, 49-53.
- Marković, S. (2012). Components of aesthetic experience: Aesthetic fascination, aesthetic appraisal and aesthetic emotion. *Iperception*, 3 (1), 1-17.
- Martínez Cabezón, A. C. (2017). "Beneficios de la danza en personas con enfermedad mental grave" Tesis Doctoral presentada en la Universidad Rey Juan Carlos
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A. y Ramos, V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8 (21), 861-890.
- Molina Bejar, R. (2014). Arteterapia y fonoaudiología en la potenciación de las habilidades comunicativas en jóvenes con discapacidad intelectual. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 9, 113-122.
- Moraleda, A. (2015). *Justificación de la necesidad de una educación emocional. Diseño de un programa de intervención psicopedagógica de educación emocional* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Morales, P. (2010). Elementos de Arteterapia como Medio de Comunicación y Elaboración en Psicoterapia con Adolescentes. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 5, 137-152.
- Oatley, K. y Jenkins, J. M. (1996). *Understanding Emotions*. Malden: Blackwell Publishers.
- Olivares Díez, J. y Torres, A. (2005). Validación en castellano de la Social Functioning Scale (Escala de Funcionamiento Social). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 216-220.
- ONU (2006). Asamblea General, *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York, 3 de diciembre de 2006.
- Orgillés, P. (2011). Arteterapia en las drogodependencias. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 135-149.
- Ormezzano, G. (2009). Integración Social, Arteterapia y Procesos Educativos con Adolescentes. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 4, 149-158.

- Palomera, R., Fernández-Berrocal, P. y Brackett, M. A. (2008). Emotional intelligence as basic competency in pre-service teacher training: some evidence. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 15 (6-2), 437-454.
- Peña, J. A., Macías, N. I. y Morales, F. L. (2011). *Manual de práctica básica: Motivación y emoción*. México D. F.: El Manual Moderno.
- Peralta, V. y Cuesta, J. M. (1994). Validación de la escala de síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Psiquiatría*, 22, 171-177.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez A. E. y Oblitas L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16 (2), 85-112.
- Reyes, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la Intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 109-118.
- Reyna, M., González, R. A. y López, J. A. (2011). Un mapa para llegar a la vida: estudio de caso de un niño con leucemia mediante arteterapia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 151-167.
- Rorty, R. (1995). *Consecuencias del pragmatismo*. Madrid: Tecnos.
- Röhrich, F. & Priebe, S. (2006). *Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trail*. *Psychological medicine*, 36 (5), 669-678.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Serrano, A. (2016). Ser, narrar, imaginar. Experiencias Arteterapéuticas en la Intervención con menores y aportaciones desde la mirada interdisciplinar. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 11, 221-232.
- Stein, N. L. y Trabasso, T. (1992). The organization of emotional experience: Creating links among emotion, thinking, language, and intentional action. *Cognition and Emotion*, 6 (3-4), 225-244.
- Vázquez Morejón, A.J., Vázquez-Morejón Jiménez, R. y Bellido Zanin, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología*, 31 (1), 37-43.
- Vigotsky, L. S. (1986). *La imaginación y el arte en la infancia*. Madrid: Akal.

- Xia, J., & Grant, T.L. (2009) *Dance Therapy for schizophrenia*. Cochrane database systematic review.21 (1) Cd006868
- Zalazar, E. B. (2015). Una experiencia de Arteterapia con mujeres con sobrepeso y obesidad. Enfoque gestáltico y Arteterapia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10, 343-350.