

Talleres de creación artística para pacientes con ansiedad y depresión¹

Artistic Creation workshops for patients with anxiety and depression

Ricardo Toledo Castellanos (Tunja, Colombia, 1966)

Maestro en Bellas Artes, Magíster en filosofía. Profesor del Departamento de Artes Visuales y director de la Maestría en Creación Audiovisual de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia.

Código de identificación ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4847-4005>.

Sonia A. Barbosa Ortiz (Landázuri, Colombia, 1974)

Licenciada en Artes plásticas Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y magíster en Educación de la Universidad Externado de Colombia. Profesora del Departamento de Artes Visuales de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia. Programa Artes Visuales Universidad Nacional Abierta y a Distancia.

Código de identificación ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4117-152X>.

Nicolás Leyva Townsend (Bogotá, Colombia, 1982)

Artista Visual de la Pontificia Universidad Javeriana y magíster en Estudios Avanzados de Museos y Patrimonio Histórico Artístico de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor del Departamento de Artes Visuales de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia.

¹ Este artículo es un producto del proyecto de Investigación-creación ‘Expresión, vínculos sociales y salud mental’, de los departamentos de Artes Visuales y Psiquiatría de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia.

Código de identificación ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0572-0299>.

José Miguel Uribe Restrepo (Medellín, Colombia, 1960)

Médico psiquiatra y especialista en psiquiatría de enlace de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Salud Pública del Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins, Baltimore. Psicoanalista del Instituto Colombiano de Psicoanálisis. Coinvestigador en proyectos colaborativos internacionales de integración de atención salud mental en atención primaria e intervenciones basadas en recursos para personas con trastorno mental severo. Co Editor del Texto Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. CEJA, Bogotá. Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana. Colombia 2018. Profesor asociado del Departamento de Psiquiatría y Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia.

Código de identificación ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4284-7886>.

Francisco Muñoz (Bogotá, Colombia, 1976).

Psiquiatra Hospital Universitario San Ignacio y consulta privada. Médico Psiquiatra y Psicoanalista. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Pontificia Universidad Javeriana.

Código de identificación ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4638-931X>.

María Jimena Hernández De La Roche (Bogotá, Colombia, 1989)

Médica general de la Universidad De La Sabana. Estudiante de posgrado en psiquiatría general en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia.

Código de identificación ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1561-6307>.

Resumen

Este artículo relata la experiencia del proyecto de investigación-creación “Expresión, vínculos sociales y salud mental”. Primero ofrecemos un esbozo del contexto que motivó la iniciativa; segundo, el desarrollo e implementación de talleres de creación; y tercero, los hallazgos y reflexiones una vez realizadas las pruebas con pacientes del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá. El proyecto es una contribución para dinamizar la relación entre pacientes y profesionales de la salud bajo la figura del módulo “artista mediador-paciente-profesional de salud”, permitiendo el acceso a información no contemplada por los mecanismos tradicionales de la psiquiatría, mediante conversaciones. El trabajo con pacientes voluntarios permitió entender que la red de apoyo de una persona puede estar constituida también por seres de otro tipo, como personajes imaginarios, animales, memorias de seres queridos muertos o lugares, entre otros posibles.

Palabras clave: salud mental, arte, expresión, Colombia, vínculos sociales

Abstract

This article relates the experience of the research-creation project “Expression, social ties and mental health”. First, we offer an outline of the context that motivated the initiative; second, the development of creation and implementation workshops; and third, the findings and reflections once the tests were carried out with patients at the San Ignacio University Hospital in Bogotá. The project is a contribution to energize the relationship between patients and health professionals under the figure of the “artist mediator-patient-health professional” module, allowing access to information not contemplated by the traditional mechanisms of psychiatry, through conversations. The work with volunteer patients allowed us to understand that a person's support network can also be made up of other types of beings, such as imaginary characters, animals, memories of dead loved ones or places, among other possibilities.

Key words: mental health, art, expression, Colombia, social ties

El principal objetivo del proyecto que se relata a continuación, desarrollado en colaboración entre el Departamento de Artes Visuales y el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia, ha sido apoyar, por medio de talleres de creación artística, procesos de diálogo, comprensión y consolidación de redes afectivas con las que jóvenes y adolescentes cuentan para lidiar con estados de ansiedad y depresión. Buscamos que programas de atención asistidos e informados por estas actividades mejoren significativamente la investigación centrada en el paciente en cuanto a las redes sociales y su influencia en la salud, en especial la salud mental.

Contexto

A la luz de los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde hace una década los trastornos de salud mental son un porcentaje significativo de la carga de enfermedad global. Se estima que cerca de una cuarta parte de la discapacidad total en el mundo es resultado de trastornos mentales y uso de sustancias (Whiteford et al., 2013). Se calcula que en Colombia una de cada 10 personas entre los 18 y 44 años ha tenido alguna vez un trastorno depresivo o de ansiedad (Gómez-Restrepo et al., 2007). Dado que representa el grupo de más alto riesgo de sufrir problemas de salud mental, la juventud es un período crucial para intervenciones, sin embargo, los servicios de salud mental para ellos son escasos y poco eficientes.

A pesar de su impacto sobre el bienestar y la salud, los sistemas de salud de Colombia han sido insuficientes para responder a la necesidad de atención para las personas con problemas psicosociales (Kleinman, 2009). Los problemas de salud mental no se identifican de manera oportuna y el acceso a una ayuda es limitado (Patel et al., 2010). Por esto se necesitan estrategias innovadoras diseñadas para involucrar a los jóvenes en las intervenciones de salud mental.

Vínculos Sociales y Salud Mental

Además de los trastornos mentales, es decir el cumplimiento de un número de síntomas que permite el diagnóstico de un padecimiento, la salud pública se ha ocupado

recientemente de estudiar la salud mental en un continuo que va más allá de la ausencia de enfermedad. Esa dimensión incluye el bienestar y la presencia de problemas que no constituyen un diagnóstico de trastorno mental. Desde la declaración de Caracas de 1990 se ha impulsado en la región de Latinoamérica una reforma en la manera de prestar la atención psiquiátrica, que expanda la atención comunitaria más allá del modelo hospitalario (Ops/Oms, 1990). Este enfoque comunitario, que lleva los servicios a las personas y no las personas a los servicios, priorizada en recomendaciones internacionales, se enuncia en la ley 1616 de Colombia, que define la salud mental como:

[...] un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Congreso Nacional de Colombia, 2013, p. 1)

Esta definición contempla una dimensión amplia de salud que incluye los sujetos individuales y colectivos y la relación de las personas con la comunidad, y establece la salud mental como un derecho fundamental de interés público y parte esencial de la calidad de vida.

Siguiendo esta forma ampliada de entender la salud mental, que va más allá de los trastornos mentales, resulta claro que las intervenciones médicas tradicionales, parte importante de la atención, son insuficientes (Pathare, Brazinova and Levay, 2018). En primer lugar, no logran cubrir necesidades sentidas de la población, y, en segundo lugar, no resuelven de manera efectiva necesidades no médicas de la salud mental de las personas. Así, se requiere una transformación de los servicios para que den respuesta integral a las necesidades poblaciones mediante estrategias no convencionales.

Los modelos comunitarios salen de las instituciones médicas y buscan ofrecer ayuda a las personas empleando sus recursos y capacidades propias, más apropiadas cultural y socialmente.

Numerosas investigaciones han venido comprobando el enorme impacto de los factores sociales sobre el estado de salud de las poblaciones, las cuales han sido recogidas en el

Informe de determinantes sociales de la salud de la OMS y en documentos posteriores (Marmot et al., 2008). Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y mueren.

Epidemiológicamente, hay diferencias en estados de salud entre distintos grupos sociales que se explican por inequidades resultantes de condiciones sociales y económicas injustas. Por ejemplo, hay una diferencia importante en la expectativa de vida según el lugar y el estrato o condición social en que la persona nace y vive. Estas disparidades en la salud, no explicables por factores biológicos, se ha observado a través de una dimensión amplia de la salud, e incluye desenlaces en salud mental (Allen et al., 2014). Las cinco dimensiones claves para los determinantes sociales en salud mental son los factores demográficos, económicos, ambientales, lugar de vivienda y socioculturales.

Si bien muchos de estos determinantes sociales son estructurales (distales) sus efectos son mediados a través de redes sociales, redes familiares, experiencias personales y grupales (factores proximales), que ofrecen una oportunidad de intervención para mitigarlos o revertirlos (Kawachi and Berkman, 2001). La importancia de los vínculos sociales en la salud mental también se evidencia en la difusión de otros fenómenos como la reciprocidad, la felicidad, la soledad, lo cual indica su papel clave en la salud y en el bienestar social. Este efecto depende no solo de los contactos más cercanos, así, personas que no tienen un contacto directo sobre un individuo pueden afectar el bienestar de este a través de sus amigos o relaciones más cercanas, tal como Fowler y Christakis (2008) lo ha evidenciado cuando analizan la difusión de felicidad o infelicidad a través de redes sociales.

Por varias de estas causas, el sistema de salud de Colombia ha sido insuficiente en la atención a jóvenes con trastornos de ansiedad y depresión. Estas insuficiencias pueden sintetizarse en 4 brechas:

1. Brecha de atención: El bajo porcentaje de personas con diagnóstico que acceden a tratamiento se enmarcan en falta de voluntad política que ha caracterizado por sistema de salud como servicio ofrecido por concesiones privadas. Esto es reforzado por la corrupción y clasismo que promueve desesperanza y baja autoestima en los jóvenes, especialmente de estratos sociales bajos.

2. Brecha de cuidado: Muchos jóvenes que no se involucran con intervenciones tradicionales ofrecidas por las instituciones, lo hacen hacia prácticas comunitarias (capacitación en oficios y habilidades, deportivas, lúdicas, etc.) donde descubren talentos que otros admiran, como expresión de sus sentimientos, opiniones, gustos o su imaginación. Estas iniciativas no reciben suficiente apoyo ni visibilidad por su enfoque local, falta de registro y parametrización.

3. Brecha de apoyo: Ante la escasa disponibilidad de servicios, en la mayoría de los casos los jóvenes lidian solos con sus problemas anímicos. A veces reciben apoyo de redes de carácter familiar y social que no son contempladas como factores de intervención por las instituciones. Al respecto, reconocer y valorar las redes informales como rutas de enganche es determinante, entonces en enfoques contemporáneos de la terapia se busca al paciente a través de sus redes de relaciones interpersonales, desde cercanas hasta periféricas. Resulta claro que las intervenciones médicas tradicionales son insuficientes (Pathare, Brazinova and Levav, 2018). Primero, no logran cubrir las necesidades sentidas de la población y, segundo, no resuelven de manera efectiva necesidades no médicas de la salud mental. Esta brecha sugiere explorar con estrategias no convencionales, así, este proyecto propone una cuarta brecha, expresiva.

4. Brecha expresiva: Para los profesionales en salud representa un reto lograr que preguntas directas y cuestionarios médicos sean fuente de información suficiente, sincera y matizada sobre la composición de las redes de vínculos afectivos con influencia en la salud de los jóvenes. Hemos propuesto el desarrollo de talleres artísticos que promuevan ambientes de confianza que faciliten la conversación entre jóvenes y profesionales de ayuda en la gestión del bienestar. Además de la obtención de información, buscamos que los talleres contribuyan a la conformación y vinculación a comunidades de respaldo emocional y al acercamiento a instituciones de salud que logren acciones de diagnóstico y tratamiento de ansiedad y depresión.

Vínculos y apoyo social

Si bien las relaciones interpersonales constantemente han sido exploradas en el abordaje de problemas de salud mental, suelen quedar consignadas como generalidad en la historia clínica, y no se describen de manera detallada (Shim & Compton, 2020).

Tampoco son estudiados sistemáticamente, por lo que no se abordan en el análisis de la red de sus relaciones significativas. Hay algunas iniciativas de visualización de redes de vínculos sociales en investigaciones sobre el fenómeno de transmisión de emociones o de algunas conductas en dichas redes, pero, a nuestro entendimiento, no hay claridad de su utilización en la práctica psiquiátrica cotidiana con pacientes en niveles secundarios de atención. Lo más similar es el árbol genealógico, pero este no refleja la red social sino la estructura familiar.

Ante estos vacíos, el arte ha surgido como un método prometedor para mejorar el acercamiento a los individuos en entornos clínicos. La literatura actual enfatiza los beneficios de las intervenciones artísticas en la atención médica, demostrando mejoras en los resultados de los pacientes, como una menor percepción del dolor y mecanismos de afrontamiento fortalecidos. Esto ha llevado a un reconocimiento creciente del arte como un complemento útil de la medicina tradicional (Stuckey & Nobel 2010).

Prácticas artísticas y salud

La psicóloga y filósofa brasileña Suely Rolnik, plantea que la tendencia a la depresión tiene que ver con reacciones –conscientes o no– de resistencia a estructuras opresivas que condicionan las fuerzas vitales a vectores funcionales para instancias de poder dominante. Afirma Rolnik que la “Arte terapia” no logra abordar de manera efectiva los problemas psicológicos profundos y en cambio puede servir como un mecanismo de control social que conlleva una visión reduccionista del arte, porque ignora su potencial como espacio para la experimentación y creación formas de expresión, y sobre todo su interés inherente en cuestionar normas y valores establecidos. Por esto propone el arte como herramienta para la liberación de las estructuras coercitivas, al permitir a las personas canalizar sus emociones en lugar de pretender abordar las causas subyacentes de sus problemas, como suele ocurrir en la “Arte terapia”.

Rolnik reconoció esta capacidad para desafiar convenciones tradicionales y explorar nuevas formas de expresión a través la participación del espectador en las propuestas que la artista Lygia Clark llamó “Proposiciones”. Clark buscó avivar el potencial creativo y transformador del arte como forma de resistencia y de exploración crítica del sujeto en su relación con el mundo.

Durante cinco años (1976-1981) la artista desarrolló sesiones de trabajo grupales con apoyo de “objetos relacionales” con los que propuso una dimensión terapéutica del arte, no obstante, distinta de la “Arte terapia” por su énfasis en el uso de la materia, el tiempo y el cuerpo, y el esfuerzo por entablar una relación orgánica entre las partes.

Rolnik destaca la importancia de la dimensión subjetiva y emocional en la obra de Clark, como herramienta para la liberación de tensiones y represiones internas, potenciada por procesos de creación colectiva y la relación entre artista y participantes, enfatizando la necesidad de experiencias compartidas en la transformación personal y social.

La investigadora brasileña encuentra paradigmática en la obra “Caminhando” (planteada por primera vez en 1963) la capacidad para activar potencias clínico-políticas en nivel micropolítico del arte que fueron debilitadas y neutralizadas en el sistema del arte. La capacidad inventiva del arte, según Rolnik, fue avivada por los movimientos sociales de los años 60 y 70, que reapropiaron “la pulsión creadora en prácticas colectivas en la vida cotidiana, mucho más allá del campo restringido del arte” (2019, p. 35) que se habían abierto en el arte moderno de comienzos del siglo XX.

Suely Rolnik (2019) resalta “Caminhando” como una experiencia estética más allá de lo puramente visual, que invita a explorar nuevas formas de relación con el propio cuerpo, con otros cuerpos y el entorno, en un proceso de transformador de liberación personal y colectiva.

[...] la artista investigaba sucesivos cortes longitudinales en la superficie de una banda de Möbius de papel. A medida que la investigación avanzaba, Clark se fue percatando de que ocurría una experiencia singular en el propio instante del acto de cortar. Poco a poco, la artista va descifrando lo que esa experiencia le revela: la obra propiamente dicha se plasma en esa acción y en la experiencia que la misma promueve, y no en el objeto que resulta de ella. (p. 36)

En “Caminhando” y otras de sus “proposiciones” la artista tenía un diseño preliminar de los objetos y las posibilidades de acción, y dejaba a los participantes la tarea de interpretar las instrucciones equipándose de su propia creativa y circunstancias vitales. Esta relación no era conducida por la artista, cada persona o grupo debía llegar de manera autónoma a producir su experiencia. Los objetos relacionales eran fundamentales, con un giro importante: el objeto no era el que asumía la carga poética sino la acción-actividad misma. Los participantes hacían la proposición desde la acción con los objetos, y el producto estaba en ellos. Saber el proceso interno estaba atravesando cada persona durante actividad era incierto, así que todo estaba en las voluntades.

Asignarle una tipología única-cerrada al hacer artístico que se encuentra detrás de nuestra propuesta sería bastante atrevido, porque consideramos que está localizado en más de un lugar del catálogo de definiciones preliminares. Pero hay conceptos que nos sirven de manera operativa y que responden bastante bien cuando se trata de intentar describir un modo de hacer o manera de operar. El arte relacional, desde Nicolas Bourriaud (2008), sería un anclaje complementario, donde la forma del arte, que le brinda una estructura, aquí se considere como algo diverso e inestable que no se limita a la forma de la materia y prefiere hablar de “formaciones” como un contrario al objeto cerrado, y en esas formaciones se elaboran acercamientos. En estos encuentros, dice, la materia son las personas y su relación entre sí, el mundo y todo su contenido. Claire Bishop (2004), en respuesta, pide que no se limite su repertorio de referentes a aquellos que actúan dentro del campo del arte –galerías y museos, bienales y festivales, etc.– sino que detecte arte que opere en la realidad misma, sin tener que recibir la legitimación o denominación de arte para existir.

Talleres de expresión

La exploración sobre posibilidades de visibilización de las relaciones entre pacientes, redes de vínculos sociales y sistemas de salud, partió de la *Encuesta sobre red personal para investigación clínica* (Personal Network Survey For Clinical Research), desarrollada por el Dr. Amar Dhand en la Universidad de Harvard, una herramienta cuantitativa y cualitativa de evaluación y visualización de redes de vínculos sociales

(*Social networks*) en la plataforma web segura de código abierto RedCap. Los esquemas que produce la encuesta visualizan, a partir de una persona, la red de individuos con quienes mantiene relaciones interpersonales y los vínculos entre ellos. Estos vínculos pueden ser “fuertes” es decir, con una valencia emocional intensa, o “débiles”, es decir no estrechos, pero influyentes. No obstante, las redes interpersonales son dinámicas, fluidas y cambiantes a lo largo de la vida, esto implica una dificultad para determinarlas en una visualización final mediante esquemas.

Desde los resultados visuales de la encuesta, el proyecto indagó y exploró posibilidades expresivas y variaciones de las formas arrojadas (figura 1), siguiendo sugerencias creativas y experimentales desde la teoría de la creación abstracta de los artistas y pedagogos, ligados al expresionismo alemán, Wassily Kandinsky (1987) y Paul Klee (2007).

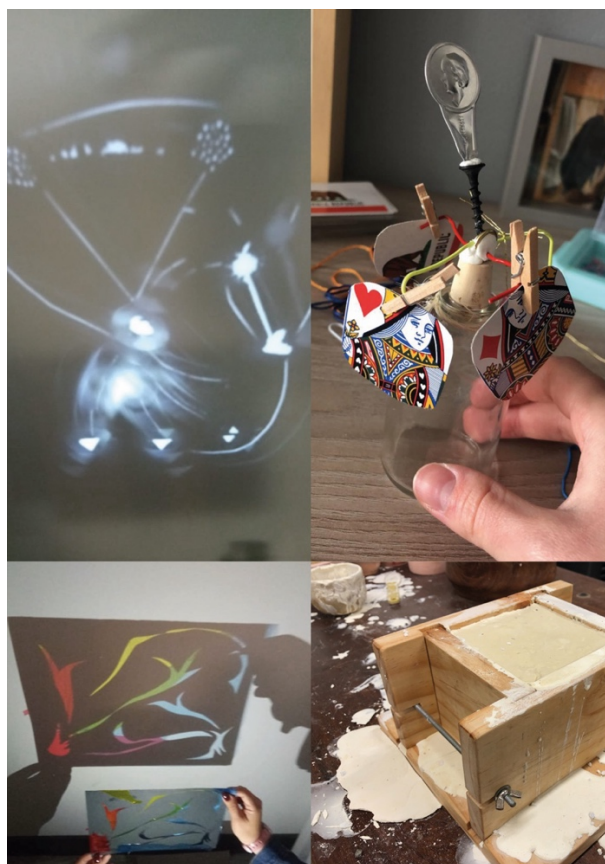


Figura 1. *Diseño de talleres.* Pruebas básicas de dinámica y material con estudiantes. Composición digital de elaboración propia con fotografías del archivo del proyecto.

Se nos hizo patente que era posible llegar desde talleres de expresión basada en figuras abstractas, a develar a los integrantes de la red de apoyo, sin acudir necesariamente a preguntas. Los talleres surgieron como posibilidad de acercarse de manera no-funcional y flexible a las inquietudes que plantea la encuesta y el cinturón de brechas señalado. Los talleres funcionan bajo el principio compartido de la confianza en que cada persona se apropie de su proceso, con la posibilidad de encontrar acompañamiento de un mediador-artista y un terapeuta (figura 2). Se aprovechó así la posibilidad de conversación para activar relaciones con seres cercanos, ambos abiertos a la decisión de establecer conversaciones con profesionales de salud.



Figura 2. *Sesiones de trabajo.* El equipo de trabajo de artes visuales y psiquiatría. Composición digital de elaboración propia con fotografías del archivo del proyecto.

Desde los primeros ensayos encontramos viable lograr acceso a información, si bien difusa, más sincera y profunda sobre los estados anímicos y afectivos y sobre los

seres que podrían influir en los participantes. Esto sugirió el reto de construir puentes de interpretación en los diálogos entre pacientes y profesionales. En cada caso esperamos que de los ejercicios resultaran logros evaluables de modos convenientes por profesionales de salud.

Luego de ensayar propuestas de talleres con nosotros, realizamos ajustes y nuevas pruebas con grupos de estudiantes de medicina, cuya retroalimentación aportó sugerencias de ajustes y correcciones. Los talleres de prueba en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá (figura 3) tenían como base de trabajo un módulo compuesto por el paciente, un psiquiatra y un artista. El paciente era una persona hospitalizada por una crisis diagnosticada en salud mental, que desarrolló el taller bajo consentimiento informado (voluntario). El psiquiatra era el profesional tratante del paciente y en algunos casos parte del proyecto de investigación. El artista siempre era parte del proyecto de investigación, profesor o estudiante.



Figura 3. *Pruebas con pacientes.* Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá. Composición digital de elaboración propia con fotografías del archivo del proyecto.

1. Contar -mostrar- una historia: inició con una charla para mostrar relaciones entre la expresión artística y la producción de imágenes, a partir de historias ligadas a la vida

propia. Se desarrollaron postulados de Klee y Kandinsky, que plantean modos de llegar de las experiencias y recuerdos a imágenes abstractas. Se propusieron pautas para que los asistentes desarrollaran imágenes a partir de narraciones propias, algunas de las cuales presentaron sus autores.

2. Luces, sombras y afectos: se trabajó a partir de incisiones, recortes, luces y papeles de colores para recrear los vínculos afectivos más importantes para cada uno de los participantes. La luz se presentó como un factor que permitía completar el ejercicio logrando que el resultado bidimensional habitara el espacio. Algunas conclusiones relevantes del taller fueron: los pacientes realizaron figuras abstractas no solo para representar a los miembros de su red, sino también para poner sus metas y algunos sentimientos. El color también fue importante para mencionar el nivel de afecto con los de su red, de igual modo, la forma de manipular los objetos dio pautas para que los siquiátras sacaran sus propias conclusiones.

3. Joyería emocional: El propósito de este taller es hacer un objeto tipo joya, en el que los materiales a usar se les otorguen valores expresivos que el paciente relaciona con seres cercanos, al igual que las conexiones que tiene con ellos, también se hace uso de la distancia como otro factor de interpretación en las relaciones. Algunas de las conclusiones que emergieron fueron: los pacientes tuvieron muy presentes tamaño, forma, color, brillo y dureza de las piedras para decidir sobre cuál de ellas representaba mejor a cada miembro de su red. También fueron relevantes las características de los materiales para juntar las piedras y a través de ellos revelar las conexiones que tienen con cada uno. Varios eligieron la piedra más rara para representarse a ellos mismos. En algunos pacientes el contacto con algunas piedras hizo que su gestualidad corporal cambiaba manifestando que estas representaban el núcleo del problema.

4. (in)Prospección: este taller pretende encontrar-reconocer-reflexionar sobre los seres que conforman sus redes de apoyo emocional. El “cubo” es una mezcla de yeso y contiene diferentes tipos de minerales que han de ser extraídos, bajo una lógica de prospección y excavación, con la orientación de preguntas que facilitan reconocer la humanidad de cada roca y así asociarlas a nuestra vida afectiva. Las conclusiones que

emergieron fueron: cavar-encontrar-asociar-organizar permite sustraerse y concentrarse. Las características físicas del mineral son los factores claves de la asociación a los seres de la red. Las piedras materializaron aspectos constitutivos de la red, como la fe y sitios (espacios y lugares).

5. Bojotes: Este taller propone ayudar a revelar la red de vínculos sociales del paciente, y también busca mitigar la ansiedad a través del contacto con la baja temperatura y las consistencias de los bojotes a través de la manipulación y amasado. Dentro de las conclusiones más relevantes están: tanto el color de los bojotes, como el de los amarres fueron de suma importancia a la hora de elegirlos y asociarlos a los miembros de la red; el amasado lo hacen de manera instintiva y en algunas ocasiones usaron la fuerza para aplastar y golpear un bojote y hacer saber que ese era su problema. También asociaron el nivel de dureza que cada uno tiene, refiriéndose a seres maleables de carácter blando o rígidos e inamovibles. La distancia entre los bojotes también fue usada como factor para hablar de las relaciones con los miembros de su red.

En las pruebas que se hicieron con pacientes se tuvieron en cuenta las siguientes categorías y subcategorías de observación transversales: la primera categoría fue el objeto y las subcategorías de este fueron: factores de la forma, materialidad, temperatura, color, disposición en el espacio / superficie y significados emergentes, tiempo- resultado. La segunda categoría fue la actitud, con las subcategorías: frente al objeto y frente a los participantes. La tercera fue las interacciones con el objeto con las subcategorías: reacciones gestuales, y manipulación. La cuarta fue reacciones ante la presencia de los otros, la quinta fue información emergente y la última fue observaciones y comentarios.

Hallazgos desde el punto de vista de la medicina

1. La práctica del taller abre canales de expresión y comunicación con los pacientes que de ordinario no se crean en una entrevista clínica tradicional. Esto permite dialogar sobre experiencias que no se indagan habitualmente y conocer aspectos de la persona que sufre más allá del diagnóstico.

2. Los pacientes desarrollan el taller de manera espontánea y fluida representando aspectos de experiencias de las que en algunos casos no son conscientes o no han reflexionado mucho.
3. La expresión a través del arte facilita que sea el cuerpo el que exprese sentidos y significados a los que después se les puede asignar una representación verbal, complementando la entrevista.
4. Los pacientes también se representan a sí mismos a través de los medios plásticos y de las palabras que usan para expresar su ejecución del taller.
5. Los talleres no solo facilitan la representación y la expresión de la calidad de los vínculos, también deseos y posturas que los pacientes quieren adoptar frente a determinadas personas.
6. Los talleres requieren de ciertos estados afectivos y de capacidades atencionales para la participación, concentrada y reflexiva sobre la ejecución y el resultado. Se realizaron en pacientes que ya habían sido atendidos en sus crisis. Es difícil saber su utilidad en un estado emocional alterado.
7. Los talleres se mostraron como una herramienta clave para la comunicación con los pacientes, la resignificación de los espacios terapéuticos y mejorar el vínculo entre tratantes y pacientes.

Hallazgos desde el punto de vista del arte

8. La primera sugerencia que vino de los talleres fue su aptitud para provocar entre paciente, artista-mediador y profesional de salud, conversaciones que trataban de formas, líneas, colores, características de materiales, y que de manera tranquila iban conduciendo a sus relaciones con seres, afectos, influencias y relaciones y a la vez construyendo confianza y deseo de continuar.

9. Encontramos posibilidades diferenciales en los talleres, desde algunos que, por los materiales o la naturaleza de las instrucciones, se prestaron para intervenciones directas y con resultados rápidos, hasta otros que, por su complejidad, fueron llevados durante tiempos prolongados a espacios cotidianos, suscitando conversaciones privadas con miembros de sus redes.

10. Las actividades no solo han puesto en evidencia los miembros de las redes de vínculos, en varios casos el paso a la expresión y a la conciencia de la influencia de alguien en espacios de la vida suscitó el comienzo de su puesta en valor. Dado el carácter plástico de las imágenes, también emergió la posibilidad de manipular y modificar, a través de expresiones, dicho valor.

11. Para quien accede a talleres, las relaciones expresivas y los ritmos con los que realice las prácticas, o la conversación sobre lo expresado, son decisiones suyas. Entendemos que alguien gane para sí conciencia sobre sus redes y relaciones, sin querer compartirlas con agentes del sistema de salud, para esos casos los instructivos, enriquecidos con pautas de autoanálisis, pueden ayudarles a manipular factores que afectan su ánimo.

12. Pudimos ver que las redes de apoyo no están conformadas únicamente por personas. Han emergido a la expresión mascotas, memorias de seres queridos fallecidos y también personajes imaginarios, la fe, entre otras. Estas alternativas, no evidentes en la encuesta inicial, brotaron por ese camino, en el que creatividad e imaginación son componentes esenciales del bienestar.

13. La expresión tuvo un papel dilucidador a lo largo de las pruebas con pacientes. En varios encuentros apareció la enfermedad como personaje, con color, forma y tamaño. En algunos, los pacientes tuvieron conciencia de duelos no resueltos o causas no evidentes de su depresión, también construyeron metáforas entre lo que hicieron en el taller y su vida cotidiana, como parte de su red de apoyo.

En general, se pudo determinar que los talleres han ayudado a reconfigurar el diálogo entre profesional de la salud y paciente, evidenciando matices no obvios y

aspectos personales del proceso emocional no anticipados por los mecanismos tradicionales. Siguiendo planteamientos de Henk Borgdorff (2011) y Harald Klinke (2014), el conocimiento que el arte produce, y que este proyecto buscaba, detona la expresión y es de carácter constitutivo del mundo y lo humano, esto sugiere que, en el mismo tránsito por la creación, complejo y atropellado, se le da sentido al mundo por medio de su simbolización-presentación: la expresión.

Referencias bibliográficas

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., y Marmot, M. (2014). Social Determinants of Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. DOI: 10.3109/09540261.2014.928270
- Bishop, C. (marzo 20 de 2004). *Antagonismo y estética relacional*. Esfera pública. <https://esferapublica.org/antagonismo-y-estetica-relacional/>
- Borgdorff, H. (2011). The Production of Knowledge in Artistic Research. Biggs y Karlson (Ed), *The Routledge Companion to Research in the Arts*. Routledge.
- Bourriaud, N. (2008). *Estética relacional*. Adriana Hidalgo.
- Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Enero 21 de 2013. D.O. No. 48680. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
- Fowler, J.H., y Christakis, N.A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ*, 338, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a2338>
- Gómez-Restrepo, C., Bohorquez, A., Okuda, M., Gil, F., Tamayo, N. y Sánchez, D. (2007). Health Professional's Accuracy in Depression Diagnosis after an Educational Intervention in primary level. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 36. 439-450. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262737071_Health_Professional's_Accuracy_in_Depression_Diagnosis_after_an_Educational_Intervention_in_primary_level_Colombian_Results_of_the_International_Depression_Project
- Kandinsky, W. (1987). *La gramática de la creación: El futuro de la pintura*. Paidós.

- Kawachi, I., y Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467. doi: 10.1093/jurban/78.3.458
- Kleinman, A. (2009). Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*, 374(9690), 603–604. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61510-5.
- Klee, P. (2007). *Teoría del arte moderno*. Cactus.
- Klinke, H. (2014). *Art Theory as Visual Epistemology*. Cambridge Scholars Publishing.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. y Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Organización Mundial de la Salud (2021). Determinantes sociales de la salud: Informe del director general (EB148/24). Disponible en:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-en.pdf
- Patel, V., Maj, M., Flisher, A.J., De Silva, M.J., Koschorke, M., y Prince, M. (2010). Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry*, 9(3): 169–176. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00305.x
- Pathare, S., Brazinova, A., y Levav, I. (2018). Care gap: A comprehensive measure to quantify unmet needs in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(5), 463–467. doi: 10.1017/S2045796018000100.
- Shim, R. S., y Compton, M. T. (2020). The social determinants of mental health: Psychiatrists' roles in addressing discrimination and food insecurity. *FOCUS*, 18(1), 25–30. doi: 10.1176/appi.focus.20190035
- Stuckey, H. L., y Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: a review of current literature. *American journal of public health*, 100(2), 254–263. doi: 10.2105/AJPH.2008.156497
- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la Insurrección: Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Tinta Limón.
- Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A., Erskine, H., Charlson, F., Pacella, R., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J., & Vos, Theo (2013). “Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010”. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.