



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**La arteterapia como propuesta de intervención psicológica en pacientes con depresión
del centro de rehabilitación CETAD 90 DÍAS.**

**Trabajo de Titulación previa a la
obtención del Título de Psicología
Clínica**

AUTOR

Galo Vinicio Delgado Calva

DIRECTORA

Karina Gabriela Rojas Carrión

LOJA- ECUADOR

2022

Certificación



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de septiembre de 2022

Psicóloga

Karina Gabriela Rojas Carrión. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **“La Arteterapia como Propuesta de Intervención Psicológica en Pacientes con Depresión del Centro de Rehabilitación CETAD 90 DÍAS”**, de autoría del estudiante **Galo Vinicio Delgado Calva** con C:I 1900783117; previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**KARINA
GABRIELA ROJAS
CARRION**

.....
Karina Rojas Carrión, Mg.Sc.
Directora

Autoría

Autoría

Yo, Galo Vinicio Delgado Calva, declaro ser autor del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídico de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma: 

Cedula de Identidad: 1900783117

Fecha: 15-12-2022

Correo electrónico: galo.delgado@unl.edu.ec

Teléfono: 0967704837

Carta de autorización.

Carta de autorización.

Yo, Galo Vinicio Delgado Calva, declaro ser el autor del trabajo de titulación titulado La arteterapia como propuesta de intervención psicológica en pacientes con depresión del centro de rehabilitación CETAD 90 DÍAS, como requisito para optar el título de Psicólogo Clínico; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tengan convenio con la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice su tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 15 días del mes de diciembre del dos mil veinte dos.

Firma: 

Autor: Galo Vinicio Delgado Calva

Cedula de Identidad: 1900783117

Dirección: Av. Héroes del Cenepa y Américo Vespucio

Correo electrónico: galo.delgado@unl.edu.ec

Teléfono: 2114120 **Celular:** 096794837

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del trabajo de titulación: Psicóloga Clínica Karina Gabriela Rojas Carrión

▪ Tribunal de grado

- **Presidenta:** Dra. Anabel Larriva Mg. Sc.
- **Vocal:** Psi. CI Karina Flores Mg. Sc.
- **Vocal:** Psi. CI Gabriela Rojas Mg. Sc

Dedicatoria

Quiero dedicar el presente trabajo primeramente a Dios por ser ese apoyo espiritual en los momentos difíciles, por brindarme sabiduría y ser mi guía.

A mi querida madre Fabiola, y a mi padre Galo de quienes he recibido el apoyo incondicional a pesar de las diferentes dificultades, convirtiéndose en los pilares fundamentales en mi vida, ya que con su apoyo he llegado a ser la persona que soy hoy en día, su motivación y cariño son el motor que me impulsan a seguir adelante, han sembrado en mis valores y sus frutos son los logros alcanzados a lo largo de mi vida.

También quiero dedicar este trabajo a cada uno de mis hermanos, Rolando, Marlon, Guido, Henry, Fabricio, Antonio y Emerson quienes han sido ejemplo de perseverancia ante las adversidades, además de ser grandes hermanos, han estado presentes en los buenos y difíciles momentos de mi etapa universitaria.

Galo Delgado

Agradecimiento

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja por haberme permitido ser parte de tan noble institución educativa, que forma día a día profesionales que destacan en los diferentes rincones del país y del mundo

Agradezco a los docentes que forman parte del extraordinario equipo de trabajo de la carrera de Psicología Clínica, por su constancia, enseñanzas y dedicación han contribuido a mi proceso formativo como profesional

Agradezco de una manera muy especial a mi directora de tesis la Psicóloga Karina Rojas, por la paciencia, el tiempo, el arduo trabajo y el excelente trato, lo que permitió el buen desarrollo de la investigación.

Agradezco también al Dr. Amable Bermeo decano de la Facultad de la Salud Humana, a la Dra. Ana Puertas, gestora de la carrera de Psicología Clínica y al personal que colabora en la entrega de certificados y documentos. A la directiva del Centro Especializado en el Tratamiento de Alcohol y otras Drogas CETAD 90 DÍAS, al cuerpo clínico que labora en dicho centro y a los pacientes que formaron parte fundamental en la ejecución de este proyecto.

Galo Delgado

Índice de Contenido

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
1. Título	1
2. Resumen	2
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
4.1 Depresión	6
4.2 Etiología.....	6
4.3 Alteraciones neurológicas	6
4.4 Depresión en la adicción a sustancias.....	6
4.5 Depresión y personalidad.....	7
4.6 Subcategorías de la depresión	7
4.6.1 Distimia	7
4.6.2 Trastorno de depresión mayor.....	9
4.7 Protocolos de Intervención en Depresión	12
4.8 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico de la depresión en adultos.....	12
4.8.1 Test psicométricos.....	12
4.8.2 Test proyectivos	14
4.9 Arteterapia	15
4.9.1 Arte.....	15
4.9.2 Arteterapia.....	15
4.10 Origen de la arteterapia.....	16
4.11 Enfoques de la Arte terapia.....	16
4.11.1 Enfoque cognitivo y conductual.....	16
4.11.2 Enfoque psicoanalítico	17
4.12 Áreas de la arteterapia.....	18
4.13 Intervenciones en la Arteterapia	19

4.14 Arteterapia en la depresión.	19
4.15 Técnicas de la arteterapia.....	20
4.15.1 Dibujo.....	20
4.15.2 Autorretrato	20
4.15.3 Escultura, mediante el moldeo de plastilina.....	20
4.15.4 Mándalas	20
4.15.5 Poema.	21
4.15.6 Dramatización	21
5. Metodología.....	23
5.1 Área de Estudio.....	23
5.2 Enfoque del Estudio.....	23
5.3 Diseño de Estudio	23
5.4 Población y Muestra	23
5.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	24
5.5.1 Técnicas.	24
5.5.2.1 Ficha de Observación (anexo 1).....	24
5.5.2.2 Historia Clínica Psicológica (anexo 2).....	25
5.5.2.3 Inventario de depresión de Beck (anexo 4).....	25
5.5.2.4 Bitácora. (anexo 5) –	26
5.5.2.5 Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4).	26
5.5.2.6 Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A)	27
5.8 Procedimientos.....	28
5.8.1 Primera fase.....	28
5.8.2 Segunda fase.....	28
5.8.3 Tercera fase	28
5.8.4 Cuarta fase.....	29
5.9 Equipos y Materiales	29
6. Resultados	30
7. Discusión.....	30
8. Conclusiones	33
9. Recomendaciones	34
10. Bibliografía:	35
11. Anexos.....	42

Índice de Tabla

Tabla 1	30
Inventario de Depresión de Beck	30
Tabla 2	31
Impresiones de la Aplicación del Plan Basado en Arteterapia.....	31
Tabla 3	31
Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)	31
Tabla 4	32
Anexo Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI).....	32
Tabla 5	33
Inventario de Depresión de Beck	33
Tabla 6	23
Plan Basado en Arteterapia	23
Tabla 7	29
Retest Inventario de Depresión de Beck	29

Índice de Anexos.

Anexo 1: Ficha de Observación	42
Anexo 2: Historia Clínica	43
Anexo 3: Consentimiento Informado	47
Anexo 4: Inventario de Depresión de Beck.....	48
Anexo 5: Bitácora.....	50
Anexo 6: Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4).....	51
Anexo 7: Anexo Inventario de Respuesta de Afrontamiento.	52
Anexo 8: Historias de Vida.	55
Anexo 9: Certificado de Pertinencia.....	81
Anexo 10: Certificación de Traducción al Idioma Inglés.....	82
Anexo 11: Certificado del Tribunal de Grado	83

1. Título

La arteterapia como propuesta de intervención psicológica en pacientes con depresión del centro de rehabilitación CETAD 90 DÍAS.

2. Resumen

La presente investigación se realizó con el propósito de determinar la efectividad de la arteterapia como una técnica coadyuvante al tratamiento que reciben los pacientes con depresión en el Centro Especializado de Tratamiento de Alcohol y otras drogas CETAD 90 DÍAS, para ello se establecieron diferentes objetivos como son identificar los pacientes que presentan depresión, el diseño y aplicación de un plan basado en arteterapia, el trabajo se desarrolló bajo un enfoque mixto no experimental de corte transversal, diseño descriptivo mediante estudio de caso y de campo, a quienes se les aplicó el plan basado en Arteterapia desde el enfoque psicoanalítico. Los resultados evidencian una disminución significativa en los niveles de depresión en los pacientes que formaron parte de la investigación, en este sentido se destaca los beneficios de la arteterapia en la depresión. Dentro de las conclusiones que podemos llegar en la investigación está, el contar con un grupo de control mayor en futuras investigaciones y un enfoque de investigación diferente al que fue empleado.

Palabras claves: Instrumentos, depresión, intervención, tratamiento.

2.1 Abstract

This research was conducted with the purpose of determining the effectiveness of art therapy as an adjuvant technique to the treatment received by patients with depression in the Specialized Center for Treatment of Alcohol and other drugs CETAD 90 DAYS, for this different objectives were established such as identifying patients with depression, the design and implementation of a plan based on art therapy, the work was developed under a mixed non-experimental approach of cross-sectional, descriptive design through case study and field, who were applied the plan based on Art Therapy from the psychoanalytic approach. The results show a significant decrease in the levels of depression in patients who were part of the research, in this sense it highlights the benefits of art therapy in depression. Among the conclusions that we can reach in the research is to have a larger control group in future research and a different research approach to the one that was used.

Keywords: Instruments, depression, intervention, treatment.

3. Introducción.

La depresión está presente en los diferentes estratos de la sociedad, según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud OMS (2021) “La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años” (párr. 1). Lo que a nivel mundial representa cerca de 280 millones de personas.

El panorama en América Latina y el Caribe refleja que el 5% de la población adulta padecen de depresión y entre el 60% y 65% de estas personas que requieren atención terapéutica no la reciben, así mismo la depresión es la enfermedad mental de mayor prevalencia en las Américas seguido por la ansiedad (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2017).

Uno de los estudios realizados en la región también evidencia que la depresión influye en el desarrollo de otras enfermedades como la adicción a sustancias que son de curso legal como las ilegales, pues al ser generadoras de placer y actuar sobre el circuito de recompensa en nuestro cuerpo, esto constituye un escape al mal momento que la persona pueda estar pasando, volviéndolo vulnerable a la adicción (Apazo, Depresión en pacientes adictos, 2021).

Ante esta situación carreras afines al área de la salud, están en constante cambios e innovación en las formas de tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas. Es así que, mediante esta investigación se precisará sobre los beneficios de la arteterapia y como esta se involucra en el desarrollo de estas nuevas herramientas que formen parte de la intervención en un tratamiento de la depresión.

La arteterapia alrededor del mundo no constituye específicamente un tema nuevo, pues ya existen estudios que respaldan el uso de estas técnicas, una de estas es la investigación realizada por Domínguez y López (2014) donde aseguran que pacientes que presentaban depresión y formaron parte de esta investigación tuvieron una disminución significativa de los síntomas. Otra investigación realizada por Garzon (2015) afirma que el plan psicoterapéutico en combinación con técnicas de la arteterapia resultó ser efectivo en el tratamiento de la depresión dentro de su investigación.

Es por esto que la presente investigación se planteó establecer la efectividad de la arteterapia como técnica coadyuvante al tratamiento que reciben por parte del centro los

pacientes internos en el CETAD 90 días en la Ciudad de Loja, como objetivos específicos se encuentran; identificar los pacientes que presentan depresión, en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días, diseñar y aplicar un plan basado en arteterapia, valorar los niveles de depresión post aplicación del plan.

Se destaca, además, que la investigación es generadora de valiosa información ya que indaga un tema que a nivel nacional y local se le ha dado poca o nula importancia, las investigaciones que se han realizado han sido desarrolladas por profesionales ajenos al ámbito de la psicología clínica; lo que convierte a esta investigación en la puerta de entrada a futuras investigaciones acerca de los beneficios de la arteterapia en el campo de la clínica.

4. Marco teórico

4.1 Depresión

La Organización Panamericana de la Salud OPS (2017) asegura que los trastornos depresivos se presentan a través de sentimiento de tristeza, pérdida en la realización de actividades diarias o el disfrute de estas actividades, sentimientos de culpa, otros síntomas que se pueden llegar a presentar también está la alteración del ciclo del sueño y aumento o pérdida del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser a permanente o recurrente, esto provoca un deterioro importante en la capacidad de desenvolverse en diferentes áreas de la vida como la social, laboral, o académica, en los casos en que la depresión es grave esta puede conducir a intentos o actos autolíticos.

4.2 Etiología

La causa para la presencia de una depresión resulta compleja establecerlas ya que su origen puede ser por condiciones genéticas, hormonales, ambientales, algunas investigaciones consideran que un mal funcionamiento de los neurotransmisores como la serotonina y la dopamina son causantes de la depresión. Posteriores investigaciones mencionan que tanto la vulnerabilidad en estos neurotransmisores como el ambiente influyen en el desarrollo de una depresión. Existe además estudios que relacionan el estrés crónico con un mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo, esto ocasionaría un funcionamiento anormal en el sistema nervioso central (Cervantes, et al., 2017)

4.3 Alteraciones neurológicas

La depresión también afecta a diferentes zonas del cerebro como lo es el eje hipotálamo-hipofiso-adrenal, que están relacionadas con el sistema inmunológico, los diferentes síntomas psicológicos acusados por la depresión generarían altas concentraciones de corticoides adrenales como el cortisol, teniendo un efecto potencial de supresor en el sistema inmune, esto además expone fácilmente al organismo a contraer una enfermedad del medio (Benavides, 2018).

4.4 Depresión en la adicción a sustancias.

La adicción a sustancias es un fenómeno que genera controversia social, además de ser un problema de salud. Se conoce sobre los efectos negativos de estas sustancias en nuestro cuerpo, es así que estudios demuestran la relación del consumo de sustancias con enfermedades mentales como la depresión, en el que las drogas se convierten en un medio para tratar de evadir el malestar que genera la depresión. En personas adictas esta enfermedad

mental tiene un alto índice de comorbilidad, las áreas de neurotransmisión como la dopamina son las más afectadas, por lo que se vuelven resistente al tratamiento farmacológico (Contreras, et al., 2020).

4.5 Depresión y personalidad

Rey et al., (2017) mencionan que existiría rasgos o incluso trastornos de personalidad que podrían predisponer a un trastorno depresivo:

Los rasgos de personalidad se establecen progresivamente durante la adolescencia y la vida adulta temprana, y los estilos de personalidad puede influir en la presentación y manifestaciones de una enfermedad depresiva. Esto es particularmente claro en la los adultos, pero también ocurre en los jóvenes. En los adolescentes, en los rasgos de personalidad la base se amplifica en presencia de un trastorno depresivo. Por ejemplo, aquellos que tienen rasgos ansiosos, tienden a mostrar mayores niveles de ansiedad. (p.9)

Los mismos autores además comenta que las personas que presentan rasgos y el trastorno de personalidad límite diagnosticado son particularmente propensos a desarrollar algún tipo de depresión, debido a que son personas disfóricas y extremadamente sensibles al rechazo. Episodios de miedo como al abandono pueden estar acompañados de episodios, muy intensos, aunque breves de tristeza, ira o irritabilidad lo que en ocasiones termina en incidentes de intentos autolíticos o daños hacia la misma persona.

4.6 Subcategorías de la depresión

4.6.1 Distimia

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014 pp 168-169) menciona que para el diagnóstico de este trastorno se debe cumplir ciertos criterios los cuales son:

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B. Presencia, durante la de presión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
1. Poco apetito o sobrealimentación.
 2. Insomnio o hipersomnia.
 3. Poca energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

4.6.1.1 Factores de Riesgo en la distimia

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) señala que existe ciertos tipos de factores que están involucrados en el desarrollo de un trastorno depresivo persistente o conocido como distimia; Temperamentales, son aquellos factores que podrían llegar a predisponer un diagnóstico más comprometedor en periodos de tiempos largos provocando un mayor nivel de neuroticismo, esto conlleva a un funcionamiento deteriorado en las diferentes áreas de desarrollo de la persona. Ambientales, entre estos factores de riesgo están la pérdida de algún familiar cercano o el divorcio de los padres. Genéticos y fisiológicos, no existe diferencias notorias entre lo que comprende el desarrollo de la persona el historial familiar y el desarrollo de una distimia o de un trastorno de depresión mayor, pero las investigaciones apuntan a que una persona que tiene un diagnóstico en depresión mayor es probable que tenga un familiar de primer grado que también presente el mismo trastorno.

4.6.2 Trastorno de depresión mayor

Asociación Americana de Psiquiatría (2014, pp. 160-161) menciona que para el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor se debe cumplir una serie de criterios:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito

casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
6. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
8. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Además, establece, una vez que se cumplan o no, los 5 o más síntomas anteriormente mencionados se debe también tomar en cuenta los siguientes criterios:

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno

delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

4.6.2.1 Niveles de Gravedad

La Organización Mundial de la Salud (2022) menciona que según la intensidad de los síntomas estos se pueden clasificar en los siguientes niveles. Leve, la persona presenta dificultades para llevar a cabo sus actividades laborales o académicas sin embargo no las deja de realizar. Moderado, presenta grandes dificultades para poder continuar con sus actividades diarias. Grave, además de cumplir con los criterios diagnósticos la persona presenta alucinaciones, ideas delirantes que con regularidad son temas sobre pecado de pensamientos catastróficos, mientras que las alucinaciones tipo olfatorio son percepciones de mal olor o putrefactas.

4.6.2.2 Factores de riesgo en la depresión mayor

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) menciona que existen ciertas características en la persona y en el entorno que puede predisponer a una persona padecer de un trastorno depresivo mayor y los detalla cómo:

- **Temperamentales.** El neuroticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo de un trastorno depresión mayor, y parece que unos niveles altos vuelven a los sujetos más proclives a desarrollar episodios depresivos en respuesta a los acontecimientos vitales.
- **Ambientales.** Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo de contraer un trastorno depresivo mayor
- **Modificadores de curso.** Esencialmente todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se

encuentran entre los más frecuentes y la presencia de síntomas depresivos pueden oscurecer o retrasar su reconocimiento.

4.7 Protocolos de Intervención en Depresión

La Organización Mundial de la Salud (2016) ha desarrollado un protocolo denominado Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancia en nivel de la atención no especializada. Dentro de esta existe una serie de pasos que se deben llevar a cabo ante una posible depresión, se empieza por la evaluación que consiste en conocer si el paciente presenta signos y síntomas de un cuadro depresivo, donde el personal de salud se hace la pregunta ¿Tiene la persona depresión?, después del diagnóstico viene el manejo, en este se encuentra la psicoeducación sobre la enfermedad, el identificar las redes de apoyo, considerar la administración de antidepresivos, considerar también si el caso lo amerita la aplicación de terapia psicológica breve y efectuar un seguimiento periódico. En el caso de niños el protocolo sugiere evitar el tratamiento farmacológico, tenerlo solo presente ante síntomas graves y si el paciente no responde al tratamiento psicológico.

También se ha desarrollado un protocolo conocido como Enfrentando Problemas Plus (EP+) en el año 2016. Este protocolo pretende abordar diferentes temas o situaciones a las que las personas puedan estar atravesando como son el desempleo, situación de calle, conflictos familiares y en el ámbito emocional los sentimientos de tristeza pérdida de la esperanza, preocupación, estrés entre otros. El protocolo recomienda cinco sesiones a desarrollarse una por semana, estas tendrán una duración de 90 minutos, donde se enseñan diferentes estrategias las cuales también se presentan en la guía, los resultados llegan hacer más alentadores cuando las personas completan las sesiones Organización Mundial de la Salud (2016).

4.8 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico de la depresión en adultos

Dentro de la rama de la psicología se maneja una serie de instrumentos de evaluación como el uso de test psicométricos y proyectivos.

4.8.1 Test psicométricos

La aparición de los primeros test psicométricos se remonta al año de 1905 donde Binet en colaboración con su compañero de investigación Simón elaboran una prueba para medir la inteligencia en niños, dejando de lado las pruebas que se centraban en las funciones

sensoriales o motoras para pasar al uso de pruebas mentales (Borja, 2015). Es a partir de la segunda guerra donde fortalece los trabajos en la creación de test psicométricos de aplicación individual y grupal, además surge el interés por los test que midan el estado emocional.

Dentro de este test que se han desarrollado a lo largo de la historia de la psicología se encuentra el inventario de versión de Beck que es un test de baja complejidad. Su aplicación puede realizarse de forma individual o colectiva. En tiempo que se suele emplear esta entre 5 y 10 minutos, aunque cabe mencionar que los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en culminarlo (Muñiz, et al., 2010)

Otro instrumento de medición de la depresión es la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) esta escala, suele ser utilizada en paciente que tienen un diagnóstico previo en depresión, esto con el fin de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar cuales son los cambios en la persona con un diagnóstico de depresión. Este test se valora de acuerdo a la información que se recabado previamente en la historia clínica y en ciertos casos por información también proporcionada por terceros (Purriños, s.f). El mismo autor además menciona “Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos” (párr. 3).

La Escala de calificación de la depresión de Montgomery-Asberg por sus siglas en inglés (MADRS) comparte ciertas características con la escala de Hamilton anteriormente mencionada, puesto que son instrumentos heteroaplicada y tienen alta correlación y estadifican la gravedad de la depresión de manera adecuada; sin embargo, La Escala de calificación de la depresión de Montgomery-Asberg tiene, se centra en aspectos afectivos, somáticos y cognitivos, no suele dar mayor importancia al ámbito somático anteriormente mencionado, lo que permite que pacientes que pertenecen al grupo etario de adultos mayores que presentan enfermedades medicas análogas, también se pueda aplicar esta escala. De igual forma se ha evidenciado que la escala resulta útil en determinar la gravedad de los episodios depresivos pues la escala presenta una mayor sensibilidad al cambio, esto hace que tenga cierto tipo de ventaja sobre otras escalas como la de Hamilton dentro del ámbito clínico (Cano, et al., 2016).

4.8.2 Test proyectivos

El inicio de los test proyectivos empezó con el psiquiatra suizo Hermann Rorschach quien creó, en 1921, el Test Rorschach o de las Manchas de Tinta para la medición de la personalidad, en el que le pedía al sujeto que describiera e interpretara 10 manchas de tinta. El desarrollo de este tipo de pruebas tiene sus raíces en las teorías freudianas, este tipo de pruebas estarían direccionadas en conocer los rasgos de la personalidad como a impulsividad que determinarían la conducta que se vería manifestado en una persona (Borja, 2015).

Entre las numerosas técnicas y estrategias utilizadas en los test proyectivos, el *test* de la Persona Bajo la Lluvia (PBL) resulta ser una herramienta valiosa para utilizarla, este test proyectivo se lo utiliza en las diferentes ramas de la psicológica como la forense, la clínica la laboral e incluso en el área educativa. Resulta útil e interesante implementarlo en una batería psicodiagnóstico para evaluar la imagen de sí mismo que posee el individuo en condiciones desfavorables. Se presenta como una situación conflictiva ante la cual el sujeto debe reaccionar, apelando a los recursos que posee. Dentro de las desventajas que posee el test se encuentra en que no existe una categoría propia para llevar adelante el análisis, por lo que la interpretación del test de la persona bajo la lluvia se ha ido nutriendo de otras técnicas gráficas similares, en especial el Dibujo de Figura Humana (Peres, 2017).

El test de la casa, árbol, persona, es una técnica proyectiva gráfica, que suele ser empleada en el campo de la psicología y que popularmente se la conoce como H.T.P. Que corresponden a las siglas en inglés de house, tree, person. La aplicación básicamente consiste en que la persona debe realizar estos dibujos sin la intervención del terapeuta, más allá de pequeñas indicaciones que no influyen en la realización del dibujo. Una vez culminado los dibujos la interpretación de estos nos permitirá evaluar la personalidad desde varios semblantes como lo son el familiar, emocional, de relacionarse con los demás entre otros. Es así que el dibujo de la casa representa las situaciones familiares, el árbol lo más profundo del inconsciente es decir de aquello de lo que el paciente no es consciente y como la persona se percibe por lo que está relacionado con la autoimagen, aquí además se presentan lo que son los mecanismos de defensa particularmente aquellos a los que empleamos en nuestra vida cotidiana (Rocher, 2009).

4.9 Arteterapia

4.9.1 Arte

El arte se puede llegar a manifestar de diferente forma, puesto que está vinculada a la cultura, y esta comparte elementos que permiten generar aquello que se conoce como arte, estos elementos de una cultura se encuentran en las diferentes formas de vida, creencias religiosas, costumbres que se dan dentro de una comunidad. En el arte también está involucrada la creatividad como una cualidad de un individuo que surge por la interacción de la persona con su entorno (Monterroza et al., 2019).

Castro (2018) manifiesta la importancia del arte como una forma de comunicarnos con el entorno esto nos lleva a relacionarnos, a utilizar la palabra y el cuerpo como el medio que genera la conexión con el resto de personas con quienes podemos compartir semejanzas o también con aquellas con las que no compartimos estas semejanzas. De forma general podemos decir que el arte es un medio de comunicación incluso en aquellas personas que presentan alguna dificultad para relacionarse de forma regular.

El mismo autor además comparte que “el arte, por la riqueza de temas, funciones y significados que lo envuelven, debería constituir un poderoso centro de interés dentro de la escuela y de un currículo inclusivo y multicultural” (p. 270).

4.9.2 Arteterapia

La arteterapia a tomado gran relevancia en las últimas décadas, en Estados Unidos se la conside como una profesión que integra la salud mental y el arte, en donde el proceso creativo se entrelaza con la psicología formando una relación psicoterapéutica, capaz de tratar problemás emocionales, mejorar la habilidades sociales y cognitivas, además de convertirse en una alternativa distinta a la comunicación verbal y sus limitaciones lingüísticas, así lo refiere Asociación Americana de Arteterapia (AATA, 2017).

La misma Asociación además menciona los campos en donde se puede desenvolver un arteterapeuta:

- Hospitales
- Escuelas y Colegios
- Centros Geriátricos
- Instalaciones Psiquiátricas.
- Centros de Rehabilitación.

Vasconez (2017) concluye que la arteterapia a más de ser un medio para el tratamiento de enfermedades mentales, donde el paciente es el protagonista de su rehabilitación, es una herramienta que permite mejorar la calidad de vida de las personas, volviéndose objeto de estudio en el campo de la neuropsicología.

En conclusión, el uso del arte como medio para la intervención dentro de un proceso terapéutico, se convierte en un medio más flexible que le permite expresarse a la persona en sus posibilidades y sin sentirse presionado. EL arte y la terapia han logrado correlacionarse dando resultados positivos en el tratamiento psicológico de las personas (Barbosa y Garzon, 2020).

4.10 Origen de la arteterapia

En cuanto a los orígenes de la Arteterapia, se considera a dos países como los precursores como lo son Estados Unidos y Gran Bretaña. En los Estados Unidos se considera a la psicóloga y educadora Margaret Naumburg, como la persona quien en la década de los 30 empezó aplicar la arteterapia como un medio para tratar enfermedades mentales haciendo de esto una profesión. Además, fue una de las primeras personas en acuñar el termino, su trabajo ha tenido repercusión en un principio particularmente en los dos países anteriormente mencionados (Martinez y Lopez, 2004). Los mismos autores además mencionan que si bien Naumburg, empezó aplicar la arteterapia como profesión es a la austriaca Edith Kramer a quien se la considera como la primera arteterapeuta en los Estados Unidos puesto que es quien institucionalizo el uso de la arteterapia en este país.

4.11 Enfoques de la Arte terapia

4.11.1 Enfoque cognitivo y conductual

Este enfoque se construye a partir de postulados como el modelo cognitivo de Beck, quien proponer que el ser humano se organiza mediante esquemas cognitivos que van desarrollándose por experiencias que atraviesa una persona, teniendo una función adaptativa que además permite dar una respuesta a las diferentes situaciones. Es importante mencionar que existen esquemas cognitivos disfuncionales, conocidos también como distorsiones cognitivas que se desarrollan por error en el procesamiento de la información llegando acoplarse a los esquemas ya existentes, esto hace que al evaluar una situación se la realice de forma exagerada o deformada induciendo a conductas y emociones desadaptativa según se menciona en (Kerman et al., 2020).

Es así que desde la arteterapia con enfoque cognitivo- conductual se presenta como una alternativa en el tratamiento a los problemas conductuales y emocionales que pretende por un lado proporcionar espacios de expresión y comunicación no verbal y, por otro lado, la implementación del arte como una herramienta de intervención (Moreyra, 2020).

López (2010) también menciona la importancia que tiene la arteterapia con este tipo de enfoque, ya que entre los objetivos que se plante esta la toma de conciencia de los esquemas cognitivos desadaptativos mediante el arte generando nuevas vías para su modificación, además hace mención a la combinación que se podría dar con las técnicas cognitivo-conductuales.

4.11.2 Enfoque psicoanalítico

El psicoanálisis tiene una larga historia que empieza con Freud como su creador, aunque en un inicio recibió la aceptación de varios investigadores también estuvo expuesto a críticas y disertaciones entre los que se destaca Jung quien fue una pieza clave en los inicios de esta corriente psicoanalítica, tenía discrepancia con ciertos conceptos freudianos, lo que dio paso a la creación de la psicología analítica, otro personaje importante que marco distancia de las posturas freudianas fue Adler quien no compartía las ideas relacionadas al ámbito sexual y la importancia del yo, a pesar de todo esto fueron personajes influyentes en la construcción del movimiento psicoanalítico (Altamirano et al., 2015).

López (2010) menciona que las técnicas psicoanalíticas como la Asociación Libre empiezan a tomar cierta importancia en la aplicación de lo que se conoce como arteterapia, una de sus pioneras Naumburger utiliza esta técnica en combinación con una técnica artística conocida como Libre Expresión, con esto logra comprobar que su metodo empelado a través de la pintura y los dibujos espontaneos provenientes del inconciente lograban una doble función, el catártico y el comunicativo.

El psicoanalistas Winnicott tambien tuvo su aporte en la arteterapia con su obra el garabato de Winnicoot, a través de un dibujo espontaneo y libre el paciente le da un significado o forma a su trabajo no necesariamente patológico. Dentro de la obra de Winnicott que fue estudio para la arteterapia se encuentra lo que se denomina “el proceso creativo entre polaridades,” por ejemplo todos tenemos una personalidad que es estatica en el tiempo y se vuelve rigida con aspectos propios que no queremos evidenciar ante la sociedad, lo que ocasiona conflicto y enfermedad. Mediante el proceso arteterapéutico es

posible concetar esta polaridad, sin juzgarla, permitiendo que se exprese para llevar a una integración más sana (Martínez, 2017) .Es importante mencionar que la polaridad no se limita unicamente a aspectos relacionados con la personalidad.

Dentro de las funciones primarias de la arteterapia con enfoque psicoanalíticos esta direccionada a que el paciente relacione los síntomas que presenta con conflictos internos del inconsciente, esto mediante actividades artísticas relacionadas a la actividad plástica. Es así que mediante actividades como la pintura y los dibujos espontáneos el paciente se libera del contenido procedente del inconsciente (López, 2010). El mismo autor además menciona que dentro del proceso arteterapéutico se da una transferencia entre arte terapeuta y paciente, donde el terapeuta adoptaría una figura importante e influyente capaz de ofrecer un ambiente seguro, en que el paciente comprenda, integre, descubra y refuerce sus vivencias mediante el medio artístico.

Desde el psicoanálisis lacaniano es importante el saber escuchar cada palabra del paciente para poder a ver las preguntas correctas y aprovechar el fenómeno de la transferencia, donde se pueda llamar la atención al paciente desde su propia palabra, esto no implica un interrogatorio, sino invita al paciente a que reflexione sobre lo que dice, esto lleva al paciente a tomar conciencia de aquello que no sabe y no reconoce como propio (Altamirano et al., 2015).

4.12 Áreas de la arteterapia

Granados y Callejón, (2010, citado en Fernandez et al., 2021) describen algunas áreas que es de donde subyace la Arteterapia y que se sintetizan en:

- Área expresiva: Refiere a la capacidad para comunicar los pensamientos, las emociones y los sentimientos con fines de sanear o alivianar el sufrimiento, donde también la expresión puede ser verba o no verbal.
- Área creativa: Esta área hace mención a los procesos que en su mayoría se dan en el inconsciente por lo que es un área compleja dentro de la arteterapia como o es: los estímulos sensoriales, lo que captamos del medio, la filtración de los estímulos la organización de los mismos entre otros procesos
- Área terapéutica: las áreas anteriormente mencionadas influyen dentro de las emociones donde se pretende trabajar pues todo aquello que involucra el arte cumple un papel mediador entre la psicología y el mundo artístico, sobre todo

aquello que resulta liberador donde también están involucradas estos aspectos como la actividad psicomotora entre otras.

4.13 Intervenciones en la Arteterapia

Según López (2010) existen 2 formas de intervención en la arteterapia:

- **Intervención directa:** en este tipo de intervención el arteterapeuta es quien plantea las sesiones a partir de las diferentes técnicas de la arteterapia, los materiales a utilizar, su estructura, dirección y su desarrollo para conseguir un objetivo en concreto. Estas sesiones por lo general son estructuradas de acuerdo a la demanda del paciente o en resultados obtenidos en anteriores sesiones.
- **Intervención no directa:** En este tipo de intervención al contrario da mayor libertad al paciente para escoger la técnica, los materiales y la temática de su preferencia, en esta no existe una estructura previamente establecida. El arteterapeuta en este tipo de intervenciones se limita a acompañar durante el proceso y colaborar si se presentan obstáculos. El paciente es quien genera la dinámica en las intervenciones.

4.14 Arteterapia en la depresión.

Según Tobar (2018) la arteterapia es una herramienta que se ha venido utilizando durante más de un siglo para tratar diferentes enfermedades mentales entre estas la depresión. En este proceso artístico se estimula la liberación intensa de emociones que previamente fueron contenidas como un proceso de catarsis. En los programas en que se aplicado la arteterapia se ha evidenciado una significativa mejoría en los campos de la comunicación y las relaciones sociales.

De igual forma estudios realizados en el segmento de la población de adolescente que presentaban conductas suicidas la aplicación de técnicas basadas en arteterapia, han mostrado mejoras no solo en el área social, sino también en la resolución de conflictos personales, evidenciándose una adquisición de nuevos conocimientos en estrategias para afrontar situaciones estresantes. La arteterapia también parece ser un punto de flexibilidad para que la persona reflexiones sobre las consecuencias de llevar adelante un acto suicida (Carrera y Chapaca, 2021).

4.15 Técnicas de la arteterapia

4.15.1 Dibujo

El dibujo se ha empleado como una forma de expresar las emociones desde las primeras etapas de vida, así lo menciona Clares (2018) “nos podemos retrotraer en la historia, hasta aquellos dibujos que hacían en la pared para expresar lo que se sentía, se deseaba, se temía, a través de dibujos” (p. 13). Cervantes (2019) menciona la importancia del dibujo como técnica terapéutica ya que permite la expresión de emociones, direccionadas a exteriorizar todo aquello que la persona guarda dentro y causa conflicto, al igual que lo que le genera bienestar.

4.15.2 Autorretrato

Como mencionan Esgueva y Carabal (2019) en el autorretrato es el artista el que se representa, a diferencia de otras técnicas donde el artista necesita de un modelo, en el autorretrato esto se vuelve dispensable y se centra en el autorreferenciarse, como un confidente que se describe así mismo. El autor además menciona que, para la comprensión como espectadores de esta obra se debe conocer el entorno social donde se desarrolla el artista o individuo, esto la convierte en una herramienta única para describir las singularidades de un individuo.

4.15.3 Escultura, mediante el moldeo de plastilina

La escultura es una técnica artística que emplea las manos para darle forma a importantes obras Ponce (2022) indican que en el ámbito de la arteterapia esta habilidad de moldeo refleja la capacidad de representar el problema y dar una solución, ya que por las propiedades del material que se utiliza, la persona pone en escena sus emociones y durante el transcurso del moldeo se convierte en una herramienta que permiten la búsqueda de soluciones de una manera creativa y activa.

4.15.4 Mándalas

Los mándalas como una técnica terapéutica ha tomado mayor relevancia en los últimos años, aunque a lo largo del tiempo ya se lo ha venido estudiando entre los que se destaca un gran psicoanalista creado de la psicología analítica como lo es Carl Jung quien además introdujo el término mándala al observar en las obras espontáneas de sus pacientes y concluir que esto serviría como una herramienta dentro del proceso terapéutico según se menciona en (López, 2010).

En Farelo (2019) se destaca que el pintar mándalas pone en funcionamiento la parte física que comprende los movimientos musculares como la motricidad fina, los movimientos oculares y por otro lado las funciones mentales donde se da la capacidad de elección y creatividad para la combinación de colores, activando así tanto el hemisferio izquierdo como el derecho, esta activación sería la generadora de bienestar psíquico.

4.15.5 Poema.

Según menciona Santisteban (2020) en la arteterapia el uso de la poesía como técnica terapéutica permite a los pacientes expresar y representar su mundo interno a través de una forma creativa dando paso a las emociones que son reprimidas, en este contexto se puede dar la búsqueda o alternativas a las situaciones de conflicto expresadas mediante la poesía.

4.15.6 Dramatización

Esta técnica en algunas literaturas también se la conocen con el nombre de psicodrama, Arias (2016) indica que, lo que se busca a partir de la técnica es explorar al ser humano a través del drama, para comprenderlo desde varias perspectivas como la expresión corporal, los pensamientos y las emociones. El mismo autor además indica que la dramatización tiene varias formas de ser estudiada, en las que esta una forma expresiva que consiste en la que el paciente recrea historias por las que ha pasado y una forma elaborativa donde se repite las escenas para que el paciente se dé cuenta de ciertos detalles.

5. Metodología

5.1 Área de Estudio

La investigación se desarrolló en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días, la institución es privada, está ubicada en la Ciudad de Loja, en Avenida Universitaria entre Gonzanamá.

Los trabajos que se realizan dentro del CETAD 90 días, tienen como fin, desarrollar diferentes habilidades y estrategias de prevención y rehabilitación enmarcado en un tratamiento integral. Además, el trabajo que se lleva en el Centro no se limita al paciente, la familia es participe del proceso de rehabilitación puesto que tiene que asistir a terapia familiar, resulta de gran importancia la participación del binomio paciente – familia, no solo para conocer al paciente íntegramente en el contexto más íntimo de convivencia sino para identificar la red de apoyo, crucial en el proceso de rehabilitación.

5.2 Enfoque del Estudio

El enfoque de la investigación fue de tipo mixto ya que dentro de la parte cuantitativa se tomaron datos numérico y cualitativo puesto que se describe el efecto de la arteterapia en el estado anímico de los pacientes desde su experiencia, datos representados aplicando el programa atlas ti, lo que se buscó mediante este estudio fue conocer y describir el efecto de la arteterapia en el estado anímico de los pacientes con depresión, desde la experiencia de cada paciente.

5.3 Diseño de Estudio

Esta investigación fue de tipo descriptivo porque se detalló los diferentes eventos que se dieron en los participantes en el transcurso de la aplicación del plan basado en arteterapia, mediante el estudio de caso en campo.

5.4 Población y Muestra

La población está conformada por pacientes adultos de sexo masculino que se encuentran internados en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días, las edades oscilan de 18 a 65 años, la población asciende a 21 pacientes.

La muestra seleccionada para este estudio es de 3 pacientes, quienes cumple con los criterios para la inclusión dentro de la investigación que son presentar depresión y la firma de consentimiento para su participación, por lo que se considera una muestra por conveniencia.

5.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

5.5.1 Técnicas.

5.5.1.1 Observación. – Sampieri (2014) menciona que la observación es un método que permite obtener datos de una manera sistemática, válida y confiable de comportamientos y diversos eventos a través de la observación. Técnica que resulta útil en investigaciones de diversa índole ya sea esta científica o social.

5.5.1.2 Entrevista. - Es de las técnicas más utilizadas dentro de las investigaciones así lo menciona Avila et al., (2020) la cual está basada en la comunicación interpersonal entre el entrevistador y entrevistado o entrevistados, de los cuales se obtiene información que será de utilidad durante la investigación. Este tipo de técnica además tiene ciertas ventajas ya que el investigador tiene la oportunidad de explicar el propósito de la investigación, tener información más directa y aclarar diversas situaciones.

5.5.1.3 Técnicas de proyección. – Sampieri (2014) menciona que existe diferentes pruebas e inventarios para medir variables entre las que se encuentra pruebas que evalúan proyecciones de los participantes dentro de la investigación, aportando una serie de elementos que permiten medir y estudiar variables dentro de estas técnicas se encuentran test como el HTP.

5.5.1.4 Encuesta. – Es uno de las técnicas más utilizadas dentro de los diferentes tipos de investigaciones así lo menciona Sampieri (2014) la encuesta contiene un conjunto de preguntas que esta direccionada a evaluar una o más variables, por lo que el contenido de una encuesta debe ser congruente con lo que se plantea dentro de una investigación. Además, existen diferentes tipos de preguntas dentro de una encuesta como son las preguntas abiertas y preguntas cerradas

5.5.2 Instrumentos

5.5.2.1 Ficha de Observación (anexo 1). – Fue empleada al inicio del proceso, durante la selección de la muestra, destinada a observar la interacción que tiene el grupo.

Para Campos y Martínez (2012) la observación es una técnica que permite el registro de conductas y eventos que se dan en el ámbito social de una forma más precisa, que difícilmente pueden ser medidos o estudiados por otro método. Una de las ventajas de esta técnica es que permite conocer al grupo al que se pretende estudiar.

5.5.2.2 Historia Clínica Psicológica (anexo 2). – Durante la investigación se hizo uso de una historia clínica adaptada a las necesidades del Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días.

Para Pozón (2015) “La HC es el conjunto de datos biopsicosociales vinculados a la salud de un paciente. Tiene como fin la asistencia sanitaria, aunque también tiene usos de carácter judicial, epidemiológico, de salud pública, de investigación y de docencia” (p.260).

Arias et al., (2022) mencionan que la historia clínica psicológica permite conocer las afecciones mentales que pueden estar provocando afecciones somáticas, por lo que este tipo de historias clínicas tienen en cuenta los criterios de normalidad y anormalidad, en relación del sujeto consigo mismo, con el medio en donde se desenvuelve, con otras personas. Además, toma en cuenta los aportes de la familia que convive con el individuo que está siendo evaluado.

5.5.2.3 Inventario de depresión de Beck (anexo 4). - Adaptación del Inventario de Depresión de Beck, documento modificado por el Centro Especializado en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días, en base a las necesidades propias del contexto.

Según, (Muñiz y Ramon, 2010):

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (p.3).

Los autores también mencionan que el tiempo para desarrollar el inventario requiere de un aproximado de 5 a 10 minutos para ser completado, cabe además señalar que los

pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos por lo general se toman más tiempo. En cuanto a las instrucciones se solicita al evaluado que escoja la respuesta que más lo caracteriza en las últimas dos semanas incluyendo hoy, en caso de que escoja más de dos respuestas en un mismo ítem se toma la respuesta de mayor puntuación.

5.5.2.4 Bitácora. (anexo 5) – Dentro del uso que se le dará en el transcurso de la investigación a la bitácora, está el registrar del comportamiento que el paciente tenga durante la realización de las sesiones terapéuticas, así como cualquier situación que se llegará a presentar en el desarrollo de la misma.

Las bitácoras se empezaron a usar desde épocas de la navegación, según Alvarado, et al., (2018): “En la navegación marítima se conoce con el nombre de cuaderno de bitácora al libro en el que los marinos, en sus respectivas guardias, registran los datos de lo acontecido en su transcurso.” (p.13).

Los mismos autores además menciona que, en el caso de las bitácoras que se utiliza en la investigación, estas constituyen una herramienta que permite realizar anotaciones de las observaciones de campo con lo que posteriormente el investigador puede realizar una lectura del campo y vincular los diferentes elementos o instrumentos que formen parte de la investigación.

5.5.2.5 Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4). - la escala se pretende utilizar al final de la investigación con el fin de conocer si los participantes se sintieron cómodos o las técnicas basadas en arteterapia generaron un cambio. En cuanto a la estructura de la escala en un estudio realizado por la revista Consumer Reports (1995), citado en Feixas, et al., (2012) menciona:

La escala de CRES-4 consta de 4 ítems: una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de resolución del problema principal, una pregunta acerca del estado emocional antes de empezar el tratamiento y, por último, una pregunta que está relacionada con el estado de emocional. A partir justamente de las 4 preguntas que constan en el CRES-4 se puede obtener tres componentes que corresponden a la percepción del cambio del estado emocional, la satisfacción y la solución de problemas (pp. 54-55).

5.5.2.6 Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) (anexo 7). - Esta escala se utilizó al finalizar el plan basado en arteterapia para conocer el estilo de afrontamiento que presentan los diferentes participantes. Respecto a la estructura del inventario, se debe destacar que consta de dos partes y por fines de la investigación solo se realizará el uso de la segunda parte, que es la que nos permitió conocer los estilos de afrontamiento. Mikulic y Crespi (2008) mencionan que el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A) consta de 48 ítems que evalúa 8 formas de afrontamiento:

- **Análisis Lógico (AL):** intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
- **Revalorización Positiva (R):** intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación
- **Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA):** intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación
- **Resolución de Problemas (RP):** intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.
- **Evitación Cognitiva (EC):** intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.
- **Aceptación/Resignación (A):** intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.
- **Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG):** intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
- **Descarga Emocional (DE):** intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

El mismo autor además menciona que de las 8 formas de afrontamiento resultan las estrategias de afrontamiento es así que las subescalas de AL, R, RP y BA la estrategia de afrontamiento es de aproximación, mientras que EC, A, BG y DE corresponden a una

estrategia de afrontamiento de evitación. De estas estrategias se obtiene el estilo de afrontamiento en el que las subescalas AL, R, EC, A corresponden al estilo cognitivo y por otro lado las subescalas RP, BA, BG y DE corresponden al estilo conductual. Es importante conocer que para dar respuesta a los 48 ítems el paciente debe responder de una escala que puntúa de 0 a 3 puntos, donde 0 “equivale a “Nunca” y 3 a “Muchas veces”.

5.8 Procedimientos

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados en la presente investigación, se llevó el proceso en las siguientes fases:

5.8.1 Primera fase

Una vez aprobado el proyecto de titulación, se procedió a tomar contacto con el director del CETAD 90 DÍAS, para presentarle el respectivo oficio de autorización y ejecución del proyecto de investigación.

5.8.2 Segunda fase

Durante esta etapa en primer instancia se realizó una observación de campo, utilizando una ficha de observación (anexo 1) que permitió conocer a todo el grupo de pacientes internos en el CETAD y tener una referencia de quienes podrían participar en la investigación, después se realizó la revisión del expediente completo de los pacientes preseleccionados para constatar presencia de depresión según datos de las historias clínicas (anexo 2), una vez constatados estos datos se procedió a tomar contacto personal con los pacientes para que formen parte de la investigación, donde se socializo el proyecto de investigación y se solicitó su participación voluntaria a través de la firma del consentimiento informado (anexo 3)

5.8.3 Tercera fase

Teniendo ya la muestra definitiva (3 casos) se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (anexo 4), como parte del protocolo y en cumplimiento con los objetivos planteados con esto se confirma la presencia y grado de depresión con el que ingresa el paciente a la investigación. A partir de ese momento se procedió con la aplicación del Plan basado en arteterapia, mismo que tuvo una duración de 6 sesiones, 2 sesiones por semana, de 45 a 60 min cada una. Durante la aplicación del plan, se elaboró una bitácora (anexo 5), en este se procedió a registrar el comportamiento del paciente y las diferentes situaciones que se presentaron durante las sesiones.

5.8.4 Cuarta fase

Culminado el plan se aplicó el cuestionario de satisfacción en cuanto al tratamiento recibido (CRES-4) (anexo 6), este nos permitió conocer si el paciente se sintió cómodo durante el procedimiento terapéutico, una semana después se aplicó el re test de depresión en los que se evidenció una variación en los resultados con respecto a la primera vez que se lo aplicó, ante estos resultados se hizo uso del Inventario de Respuesta de Afrontamiento (CRI) (anexo 7), para conocer el estilo y la estrategia de afrontamiento de los pacientes, ya que estos pudieron estar relacionados con los resultados positivos del retest.

5.9 Equipos y Materiales

Dentro de los materiales para la realización del proyecto de investigación se incluyen hojas de papel bond, esferos, portaminas, lápiz, borrador, cuaderno académico, folders o carpetas, impresora.

6. Resultados

6.1 Objetivo General:

Determinar la efectividad de la arteterapia como técnica coadyuvante en el tratamiento de la depresión en pacientes internados en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días.

Tabla 1

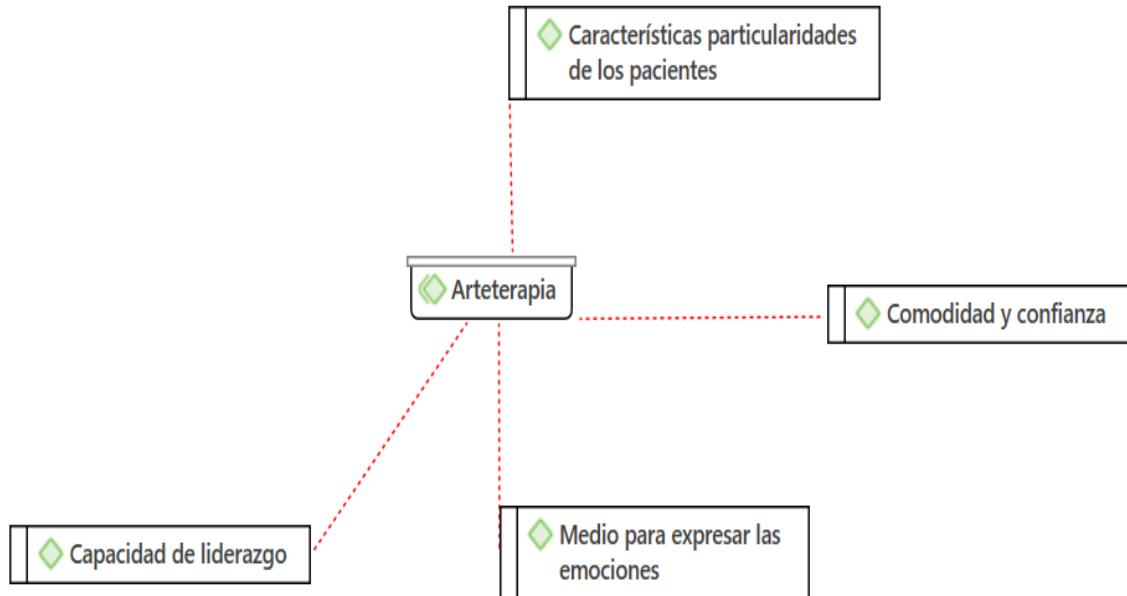
Inventario de Depresión de Beck

Número de Pacientes.	Test	Retest
Paciente 1	Moderado/27 puntos	Leve/13 puntos
Paciente 2	Moderado/27 puntos	Leve/18 puntos
Paciente 3	Moderado/24 puntos	Normal/8 puntos

Nota: El inventario califica de: depresión normal 0-8; depresión leve 10-18; depresión moderada 19-29; depresión grave 30-40, depresión extrema 41-63 (Muñiz y Ramon,2010).

Tabla 2

Impresiones de la Aplicación del Plan Basado en Arteterapia



Nota: La presente figura procesada a través de atlas ti versión 22 evidencia los beneficios de la arteterapia, resultados obtenidos a través de la bitácora, información que es descrita en las historias de vida.

Tabla 3

Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)

Número de Pacientes.	Satisfacción con el tratamiento recibido
Paciente 1	100%
Paciente 2	80%
Paciente 3	100%

Nota: La escala permite conocer la satisfacción que el paciente tiene con el tratamiento recibido (Consumer Reports 1995, citado en Feixas et al., 2012).

Tabla 4

Anexo Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI)

Nota: permite conocer el estilo y la estrategia que tienen los pacientes al momento de

Número de Pacientes	Estilo de Afrontamiento	Estrategia de Afrontamiento
Paciente 1	Conductual/Cognitivo	Aproximación: Resolución de problemas
Paciente 2	Conductual	Aproximación: Búsqueda de Orientación y apoyo
Paciente 3	Conductual	Aproximación: Resolución de problemas

afrontar las diferentes situaciones que se presentan (Mikulic y Crespi 2008).

Interpretación general: La tabla 1 contiene información sobre la aplicación del test y retest a los pacientes participantes de la investigación la que refleja la importante mejoría al finalizar la investigación. En la tabla 2, contiene información cualitativa sobre el plan basado en arteterapia y el impacto que este tuvo. La Tabla 3 nos permite conocer si el paciente se sintió satisfecho con el tratamiento, información que resulta positiva a los resultados previamente obtenidos en la investigación, ante estos resultados se opta por aplicar un 3 instrumento de evaluación para conocer la forma en la que los pacientes afrontan las diferentes situaciones que se les presentan utilizando el Anexo de Inventario de Respuestas de Afrontamiento, el cual arroja un resultado llamativo en el que se conoce que la forma de afrontamiento que predomina es de estilo conductual, lo que nos hace considerar que parte de los resultados se deban a la forma de afrontamiento que los pacientes tienen en ese momento, por lo que el beneficio no sea perdurable en el tiempo.

6.2 Objetivo específico 1:

Identificar los pacientes que presentan depresión en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días.

Tabla 5
Inventario de Depresión de Beck

Número de Pacientes.	Test.
Paciente 1	Moderado/27 puntos
Paciente 2	Moderado/27 puntos
Paciente 3	Moderado/24 puntos

Nota: El inventario califica de: depresión normal 0-8; depresión leve 10-18; depresión moderada 19-29; depresión grave 30-40, depresión extrema 41-63 (Muñiz y Ramon,2010).

6.3 Objetivo específico 2:

Diseñar y aplicar el plan de intervención basado en arteterapia en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días.

PLAN BASADO EN ARTETERAPIA

Presentación.

El presente plan basado en técnicas de la arteterapia pretende ser de apoyo al tratamiento psicológico que es llevado por las psicólogas/os del Centro Especializado en el Tratamiento de Drogas CETAD, 90 DIAS en pacientes que presenten depresión.

Por ello, es importante el planteamiento de diferentes objetivos, la estructura que llevaran las diferentes sesiones, así como la técnica que se utilizará las mismas que nos permitirán dar cumplimiento a los objetivos planteados.

Cabe destacar que el plan, será de beneficio para los pacientes que formaran parte de la investigación, así como también para el Centro Especializado en el Tratamiento de Drogas CETAD, 90 DIAS en el proceso de rehabilitación de los pacientes.

Objetivo General.

Disminuir los niveles de depresión a través de la aplicación del plan basado en arteterapia, como técnica coadyuvante en el tratamiento que reciben los pacientes con depresión en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días.

5.5.1 Objetivos Específicos.

- Conectar al paciente con vivencias positivas.
- Desarrollar en el paciente la habilidad de autopercepción personal.
- Plasmar situaciones personales que le sean generadoras de malestar psicológico.
- Generar estados de armonía, tranquilidad y concentración.
- Potenciar en el paciente habilidades que les permitan expresar emociones.

Metodología

El presente plan terapéutico que tiene como base la arteterapia contiene un enfoque psicoanalítico, la población a quien está direccionada este plan ha sido previamente seleccionada cumpliendo algunos requisitos que son criterios de inclusión como presentar depresión, información que es recogida tanto por la historia clínica como por la aplicación de test de depresión Beck modificado de acuerdo a las necesidades del centro. El número de sesiones con el que se presenta este plan son 6 que estarán distribuidas en 2 sesiones por semana, el tiempo de duración de cada sesión será de 1 hora, el lugar en el que se realizara tendrá un ambiente cálido, acogedor donde además se contara con todos los recursos necesarios para cada sesión. Cabe mencionar que los materiales que se emplearan dependerán de la técnica de arteterapia que se utilice en cada sesión, de manera general podemos mencionar algunos de estos materiales como lo son cartulina, hojas blancas, lápices de colores, plastilina, esferos.

Tabla 6**Plan Basado en Arteterapia**

SESIÓN	TEMA	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	TIEMPO	DESARROLLO METODOLÓGICO	RECURSOS
1	Lo que me pone bien	Dibujo	Conectar al paciente con vivencias positivas	1 hora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida. 2. Organización del espacio de trabajo. 3. Se explica el desarrollo de la actividad (consiste en realizar un dibujo de aquellas situaciones vividas que han sido de satisfacción y alegría en sus vidas, se recalca que lo más importante no es la calidad del dibujo sino el de recordar y el representa esa situación.) 4. Conforme los pacientes culminen su trabajo de forma individual se dialogará sobre: <ol style="list-style-type: none"> a) ¿Qué situación representa ese trabajo? b) ¿Si pudiera volver a ese momento cambiaría algo? Se hace un cierre individual al finalizar las preguntas. 5. Se cierra la actividad con los pacientes preguntándoles de manera general ¿Qué tal les pareció la actividad? y una conclusión por parte del investigador acerca de lo realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices de colores • Hoja papel boom • Lápiz • Borrador • Test proyectivo HTP

SESIÓN	TEMA	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	TIEMPO	DESARROLLO METODOLÓGICO	RECURSOS
2	¿Quién soy?	Autorretrato	Desarrollar en el paciente la habilidad de autopercepción personal	1 hora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida. 2. Organización del espacio de trabajo. 3. Se explica el desarrollo de la actividad (se conceptualiza en que consiste el autorretrato para a partir de esto los pacientes puedan realizar, recordándoles que lo más importante no es la calidad de la obra sino lo que compartan a través de su autorretrato. 4. Conforme los pacientes culminen su trabajo de forma individual se dialogará sobre: <ol style="list-style-type: none"> a) ¿Puedes explicarme sobre tú autorretrato? b) ¿Por qué te percibes así? c) ¿Crees que la sociedad también te percibe así? d) ¿Por qué crees esto? <p>Se hace un cierre individual al finalizar las preguntas.</p> 5. Se cierra la actividad con los pacientes preguntándoles de manera general ¿Qué tal les pareció la actividad? y una conclusión por parte del investigador acerca de lo realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carboncillo • Hojas papel boom • Lápiz • Lápices de colores • Test proyectivo HTP

SESIÓN	TEMA	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	TIEMPO	DESARROLLO METODOLÓGICO	RECURSOS
3	Lo prohibido	Modelado	Plasmar situaciones personales generadoras de malestar psicológico	1 hora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida. 2. Organización del espacio de trabajo. 3. Se explica el desarrollo de la actividad (se utilizará la plastilina para representar alguna situación personal de la cual resulte difícil hablar o compartir de igual forma se les recuerda a los participantes que el fin no es obtener la mejor obra sino el plasmarlas) 4. Conforme los pacientes culminen su trabajo de forma individual se dialogará sobre lo realizado preguntando lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> a) ¿Podrías compartirme que es lo que representa el trabajo? b) ¿Es una situación reciente o de hace mucho tiempo? c) ¿Cómo te sientes al compartirme esto? <p>Al finalizar las preguntas el investigador realiza un cierre.</p> <p>Se cierra la actividad con los pacientes preguntándoles de manera general ¿Qué tal les pareció la actividad? con una conclusión por parte del investigador acerca de lo realizado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plastilina • Cartulina • Mesa • Libro de colores

SESIÓN	TEMA	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	TIEMPO	DESARROLLO METODOLÓGICO	RECURSOS
4	El arte de colorear	Pintar.	Generar estados de armonía, tranquilidad y concentración.	1 hora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida. 2. Organización del espacio de trabajo. 3. Se explica el desarrollo de la actividad (consiste en que el paciente se sienta lo más cómodo pintando la mándala, sin presiones sobre la utilización de colores que la finalidad no es tener el mejor mándala) 4. Conforme los pacientes culminen su trabajo de forma individual se dialogará sobre lo realizado preguntando lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Te sentiste cómodo pintando mándalas? b. ¿Sentiste presión al momento de combinar colores? c. ¿Crees que pintar mándalas te desconectó del entorno y los problemas que en ese momento tenías? <p>Al finalizar las preguntas el investigador realiza un cierre.</p> 5. Se cierra la actividad con los pacientes preguntándoles de manera general ¿Qué tal les pareció la actividad? con una conclusión por parte del investigador acerca de lo realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices de colores • Lápiz • Mándalas • Libro de colores

SESIÓN	TEMA	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	TIEMPO	DESARROLLO METODOLÓGICO	RECURSOS
5	Lo que guardo dentro	Poema	Potenciar en el paciente habilidades que les permitan expresar emociones	1 hora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida. 2. Organización del espacio de trabajo. 3. Se explica el desarrollo de la actividad (se explicará de manera general sobre lo que es un poema, para después dar paso a la construcción de un poema por parte de los pacientes participantes donde se debe reflejar las emociones de cada uno, al final este poema puede tomar el ritmo del género musical que el grupo considere y será compartido en la sala.) 4. Una vez los participantes culminen el poema y lo compartan en sala se realizará las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> a) ¿Qué emociones están representadas en el grupo y a quien de los participantes representa? b) ¿Resultado difícil o fácil plasmar las emociones en el poema? c) ¿Una vez que han finalizado el trabajo como se sienten? 5. Se cierra la actividad con una conclusión por parte del investigador acerca de lo realizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas a cuadros • Lápices • Esferos

SESIÓN	TEMA	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	TIEMPO	DESARROLLO METODOLÓGICO	RECURSOS
6	De lo que me doy cuenta	Dramatización	Potenciar en el paciente habilidades que les permitan expresar emociones	1 hora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saludo de bienvenida. 2. Organización del espacio de trabajo. 3. Se explica el desarrollo de la actividad (los participantes representaran situaciones reales por las que han pasado y en la cuales han sido difíciles de manejar, cada participante recreará y direccionará la situación que le generó malestar o conflicto, apoyándose de los otros participantes) 4. Una vez los participantes culminen de representar cada uno su dramatización, se realizará las siguientes preguntas: <ol style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo se siente recrear un evento que anteriormente genero malestar o conflicto? b) ¿Si volviera a ese momento que cambiaría o que le diría a esa persona? c) ¿Cómo se sintieron al formar parte de la historia de sus compañeros? 5. Se cierra la actividad con una conclusión por parte del investigador acerca de lo realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala amplia • Vestuario • Materiales (Sillas, mesas)

6.4 Objetivo específico 3:

Valorar los niveles de depresión post aplicación del plan basado en arteterapia, en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días.

Tabla 7

Retest Inventario de Depresión de Beck

Número de Pacientes.	Retest
Paciente 1	Leve/13 puntos
Paciente 2	Leve/18 puntos
Paciente 3	Normal/8 puntos

Nota: El inventario califica de: depresión normal 0-8; depresión leve 10-18; depresión moderada 19-29; depresión grave 30-40, depresión extrema 41-63 (Muñiz y Ramon,2010).

7. Discusión

El plan basado en arteterapia, implementado como tratamiento coadyuvante al tratamiento psicológico que reciben pacientes con depresión en el Centro Especializado en Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas CETAD 90 días, contribuyó en la disminución de los síntomas depresivos, resultados obtenidos a partir de retest *Cuestionario de Depresión de Beck*.

Estos datos coinciden con los obtenidos en la investigación realizada por Domínguez y López (2014) en España, donde se aplicaron técnicas de arteterapia en una población penitenciaria que comparte características con la población estudiada, se menciona que los pacientes que presentaban depresión y formaron parte del programa de arteterapia, mostraron una disminución significativa de sus síntomas, el estudio también destaca la disminución de los síntomas relacionados a la ansiedad, evidenciándose que la arteterapia no se rige simplemente al tratamiento de una patología en salud mental.

En Panamá una investigación sobre arteterapia en combinación con un plan psicoterapéutico para el tratamiento de la depresión y ansiedad obtuvo resultados positivos, Garzon (2015) afirma que la aplicación de este plan tuvo mayor efecto en el tratamiento de la depresión que en el tratamiento de la ansiedad, resultados interesantes para la propuesta de investigación que se plantea, ya que evidenciaría la adaptabilidad de las técnicas de arteterapia en planes psicoterapéuticos.

Gómez (2017) concluye que la arteterapia constituye una vía diferente al tratamiento regular que es llevado en Centros y Hospitales que prestan servicios a personas con enfermedades mentales, ya que conecta con el paciente, sin etiquetas o estigmas, lo reconoce como persona, permitiendo liberarse de las limitaciones. El paciente crea un vínculo con el arteterapeuta, donde se siente seguro, si ser juzgado o presionado.

La arteterapia es una herramienta que promueve el desarrollo personal en sus diferentes esferas; cognitivo, emocional, social. La versatilidad de esta herramienta además permite que pueda ser aplicado de forma grupal o individual adaptándose a las necesidades del paciente, tomando un sentido más terapéutico que recreativo, de ahí la importancia de la arteterapia en el ámbito de la salud mental destaca (Almudena, 2020).

Otra investigación realizada en España por Foruria, et al., (2020) aseguran que las actividades basadas en arteterapia trabajan aspectos relacionados con la conducta, esto evidenciaría que la arteterapia a más de ser un medio de expresión de las emociones constituiría un medio para el cambio de conductas desadaptativas.

Si bien la arteterapia podría vincularse con lo que se conoce como terapia ocupacional, no es lo mismo, la arteterapia está definida por Asociación America de Arteterapia (AATA, 2017) como un proceso creativo que se entrelaza con la psicología formando una relación psicoterapeutica, capaz de tratar problemás emocionales, mejorar la habilidades sociales y cognitivas, además de convertirse en una alternatiava distinta a la comunicación verbal y sus limitaciones linguisticas; por otra parte la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, 2012), indica que la terapia ocupacional tiene como objetivo principal promover un adecuado desenvolvimiento del individuo en sus actividades diarias, los terapeuta ocupacionales trabajan de manera individual como tambien de forma comunitaria direccionados a mejorar la capacidad participativa en las ocupaciones en que estos se encuentren.

Algunas técnicas empleadas en el plan de arteterapia, han sido objeto de importantes investigaciones:

Respecto al autorretrato Mendoza (2020), asegura que es una técnica que permite expresar las emociones, en la misma línea Hurtado (2016), concluye que el autorretrato se convierte en un aliado incondicional para la transformación y expulsión de sentimientos encriptados por la mente. Poncela (2018), plantea que el dibujo es una forma de evocar recuerdos sobre situaciones de gran significancia para el sujeto, permitiendo también la expresión de emociones.

Lopez-Ruiz y Martinez (2017) señalan que la técnica de escultura mediante el modelado, permite una observación más directa del comportamiento del participante, permite la externalización de sentimientos y de situaciones reprimidas; el contenido del trabajo tiene un componente simbólico importante, además menciona que este tipo de técnica es un medio de comunicación y expresión diferente a la palabra.

Un estudio realizado por Pinto (2016) a profesionales de la educación, concluye que las mándalas constituye una técnica que permite gestionar las emociones, base para la salud física y mental, además de constituir un espacio para la reflexión y la meditación.

Existen estudios que han hecho uso de técnicas de arteterapia en sus propuestas terapéuticas de intervención tal es el caso de lo propuesto por Santisteban (2020), donde utiliza la estrategia terapéutica de actos narrativos, a través de la construcción de poemas, concluyendo que la incorporación de esta técnica favorece al proceso terapéutico, la comunicación de lo que no se ha mencionado o resulta difícil al paciente compartir, además permite la redefinición de situaciones por las que ha pasado, desde un abordaje terapéutico.

La dramatización también es otra técnica que se ha empleado en el campo de la clínica, Neacato (2019) en su investigación realizada en un Centro Especializado en el Tratamiento de Personas con Adicción CETAD, este estudio en un análisis final resalta que, la intervención contribuyó a una mejoría en cuanto a pensar y actuar de una manera asertiva frente a situaciones que podrían ser generadoras de conflicto, teniendo un efecto positivo en su entorno inmediato, además la investigación destaca que los pacientes consideran este tipo de actividades son divertidas y que conectan con sus vivencias.

En base a los datos hasta aquí expuestos, resulta notable la importancia que tienen las actividades artísticas en el tratamiento integral de la depresión y la salud mental en general, mencionando además que no solo los planes y programas de arteterapia han sido objeto de estudio, sino también las técnicas empleadas, trabajos que respaldan los resultados obtenidos en la presente investigación.

8. Conclusiones

Culminada la etapa de investigación y tomando como referencia los objetivos planteados en el presente estudio se concluye que:

- El plan basado en arteterapia con enfoque psicoanalítico tuvo resultados positivos como tratamiento coadyuvante en la disminución de los niveles de depresión en los pacientes con adicción resultados que fueron corroborados por los instrumentos de evaluación.
- Además, se destaca que los resultados podrían estar relacionados con el estilo y estrategia de afrontamiento que presentan los pacientes; donde se evidencio predominio del estilo conductual con estrategia de aproximación en los que se destaca la resolución de problemas y búsqueda de orientación y apoyo.
- Se resalta las sesiones 3 y 4 como las actividades que más generaron impacto en los pacientes, estas les permitieron conectar y expresar con mayor facilidad emociones contenidas por los pacientes.
- La investigación permitió despejar dudas e inquietudes acerca de la arteterapia y los beneficios de la misma, además que constituye un aporte importante dentro del campo la psicología clínica.

9. Recomendaciones

Se recomienda que futuras investigaciones que repliquen el presente trabajo investigativo, aplicar el plan en combinación con técnicas de la psicoterapia, a una muestra de control más representativa.

De igual forma para la aplicación de este plan, se pide que se lo realice en un lugar donde se pueda resguardar la privacidad y confidencialidad puesto que, dentro de las observaciones durante la investigación llamó la atención que los pacientes se mostraban nerviosos y poco participativos al ingreso de una persona externa, particularmente cuando la técnica y el objetivo constituían situaciones personales difíciles de compartir para el paciente.

10. Bibliografía:

- Almudena, R. (2020). *EL PODER DEL ARTE-TERAPIA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN*. Universidad de Jaen , Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Obtenido de <https://hdl.handle.net/10953.1/14140>
- Altamirano, P., Rigotti, H., Manoilloff, L., Ferrero, C., & Ramirez, A. (2015). *Historia de la psicología: Origenes, teoria y corrientes*. Argentina : Brujas.
- Apazo, M. (26 de agosto de 2020). Depresión en pacientes adictos. <https://repositorio.continental.edu.pe>, 1-18.
- Arias et all. (2022). La historia clínica psicológica en el proceso de atención al paciente adicto. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 163.
- Arias, J. (2016). EL PSICODRAMA Y EL POSITIVISMO:ENCUENTROS Y DESENCUENTROS. *Psicoterapia y Psicodrama*, 12-21.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (5ta Edición. ed.). Wilson Boulevard; Arlington: Médica Panamericana.
- Asociación America de Arteterapia AATA. (Junio de 2017). *Definición de Arteterapia*. Obtenido de <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- Barbosa, G. A., & Garzon, N. S. (2020). *Revisión bibliográfica en idioma español sobre el arteterapia como herramienta psicoterapéutica*. Informe Psicológico. doi: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a4>
- Benavides, P. (3 de de de 2018). LA DEPRESIÓN, EVOLUCIÓN CONCEPTOS DESDE LA MELANCOLIA HASTA LA DEPRESIÓN COMO ENFERMEDAD FÍSICA. *Revista PUCE*(105), 171-188.
- Borja, L. E. (2015). Evaluación Psicológica Historia, fundamentos teóricos-conceptuales y psicometría. En L. E. Borja, *Evaluación Psicológica Historia, fundamentos teóricos-conceptuales y psicometría* (pág. 152). Mexico, Sonora : El Manual Moderno.
- Campos, G., & Martinez, L. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Bibliografía Latinoamericana*, 7(13). Obtenido de

<https://biblat.unam.mx/es/revista/xihmai-pachuca-hgo/articulo/la-observacion-un-metodo-para-el-estudio-de-la-realidad>

- Cano, J. F., Restrepo, C. G., & Rondón, M. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 45(3). doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450>
- Carrera, L., & Chapaca, C. (2021). Análisis de la técnica de arte terapia como medio de prevención de suicidios en adolescentes. <http://www.dspace.uce.edu.ec>, 1-76. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25516>
- Castro, H. P. (1 de junio de 2018). Arteterapia y educación artística para la inclusión educativa en Ecuador. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 11(1), 267-270.
- Cervantes, M. (2019). *Efectos de la psicoterapia grupal humanista en el reconocimiento y expresión emocional constructiva de adolescentes víctimas de ciberacoso*. Juárez.
- Cervantes, V., Hijuelos, N., Perez, E., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión. *Revista Biomédica*, 28(2). doi:<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Clares, J. (2018). *LA EXPRESIÓN Y COMUNICACIÓN EMOCIONAL COMO BASE DE LA CREATIVIDAD*. Universidad de Sevilla., Sevilla.
- Contreras, Y., Miranda, O., & Torres, V. (01 de Marzo de 2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Scielo*, 49(01). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000100007
- Domínguez, P., & López, 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. doi:https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2014.v9.47481
- Esgueva, M., & Carabal, M. A. (2019). *LOS AUTORRETRATOS EN EL ARTE COMO DEFINICIÓN DEL INDIVIDUO EN LA ACTUALIDAD*. Universidad Politecnica de Valencia.

- Farelo, P. (2019). *EL DIBUJO COMO METODOLOGÍA EDUCATIVA: EL ARTE DE LOS MANDALAS*. Unuversidad de Valladolid , Valladolid.
- Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT. (2012). *Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT*. Obtenido de <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- Feixas, G., Pucurull, O., Roca, C., Paz, C., García-Grau, E., & Bados, A. (2012). Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) : La Versión en Español. *Revista de Psicoterapia*, XXIII(89), 51-58.
- Fernandez, P. Y., Moreno, G. M., & Fragueiro, B. M. (2021). *El trastorno del espectro autista y la arteterapia: una experiencia de aula que favorece la expresión de las emociones*. doi:doi:10.29257/EA24.2021.01
- Foruria, P., Cruz-Quintuana, F., & Rodrigez, C. (2020). Tendencias plásticas de usuarios drogodependientes en un programa de arteterapia en el contexto penitenciario. *Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 15, 11-24. doi:<https://doi.org/10.5209/arte.66584>
- Garzon, Y. (2015). *ARTETERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DE ANSIEDAD Y D EPRESIÓN EN UN GRUPO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL CONTRA EL CANCER CAPITULO DE VERAGUAS* . Universidad de Panama, Facultad de Psicología , Santiago de Veraguas . Obtenido de <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/113>
- Gómez, Y. (2017). Arteterapia y antipsiquiatría. El arteterapia como una herramienta de cambio. *Revista de Psicología*, 98-120. doi:<https://doi.org/10.24215/2422572Xe007>
- Heller, E. (2008). *Psicología del color* (Primera ed.). Barcelona: Gustavo Gili.
- Hermida, Muñiz, & Fernandez-. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de test. *Papeles del Psicologo*, 108-121.
- Hurtado, J. (2016). *EL AUTORRETRATO COMO MEDIO DE CATARSIS*. Universidad Tecnologica de Pereira, Facultad de Bellas Artes y Humanidades, Pereira. Obtenido de <https://hdl.handle.net/11059/7313>.

- Kerman, B., Cazabat, E., Argentino, D., Godoy, M., & Evangelino, A. (2020). *Nuevas Ciencias de la Conducta - Herramientas para el cambio*. Universidad de Flores.
- López, M. (2010). *La Intervención Arteterapeutica y su Metodología en el Contexto Profesiona España*. Universidad de Murcia, Expresión Plástica, Musical y Dinámica, Murcia. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10201/10387>
- Lopez-Ruiz, D., & Martinez, M. (2017). Cualidades terapéuticas de la arcilla en la intervención práctica con estudiantes de Master en Innovación Educativa. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 33(83), 471-491.
- Martinez, D. N., & Lopez, F. C. (2004). *Comunidad de Madrid - Consejeria de Educación*. Obtenido de Comunidad de Madrid - Consejeria de Educación.: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM001479.pdf>
- Martínez, L. (2017). *El garabato de Winnicott y su uso inspirador en arteterapia*. COMPLUTENSE. doi:<http://dx.doi.org/10.5209/ARTE.57570>
- Martínez, M. R., Gonzalez, R. A., & Huerta, J. A. (5 de agosto de 2011). *Dialnet* . Obtenido de Dialnet : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3833974>
- Mendoza, E. (2020). *ESCUCHANDO EL SILENCIO. LA INTROSPECCIÓN POR MEDIO DEL AUTORRETRATO*. Universidad Politecnica de Valencia, Facultat de Belles Arts de Sant Carles, Valencia. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10251/149863>
- Mikulic, I., & Crespi, M. (2008). ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO DE MOOS (CRI-A) PARA ADULTOS. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, XV, 305-312.
- Ministerio de Educación del ecuador MINEDU. (2012). Esacala de satisfacción con el tratamiento recibido. *Universidad de Barcelona*, 54-55.
- Monterroza, M. V., Buelvas, S. U., & Urango, A. J. (8 de agosto de 2019). Arte, creatividad y cultura en infantes. *Ciencia y Educación*, 37-46. doi:<https://doi.org/10.22206/cyed.2019.v3i2.pp37-46>

- Moreyra, M. F. (2020). *dspace.ucp.edu.ar*. Obtenido de [dspace.ucp.edu.ar: http://dspace.ucp.edu.ar/xmlui/handle/DGB_UCP/378](http://dspace.ucp.edu.ar/xmlui/handle/DGB_UCP/378)
- Muñiz, J., & Fernandez-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*(31), 108-121.
- Neacato, A. (2019). *INTERVENCIÓN PSICODRAMÁTICA PARA DESARROLLAR LA ESPONTANEDAD Y CREATIVIDAD EN PERSONAS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16010>
- OPS-OMS Invalida. (12 de Octubre de 2012). *Organización Panamericana de a Salud OMS*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud OMS: <https://www3.paho.org/hq/index.php>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2016). *http://apps.who.int*. Obtenido de <http://apps.who.int>:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj5sqeV5rT3AhUzsTEKHQmOAnUQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F259696%2FWHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf&usg=AOvVaw0IoACCuYWjaDx_hg
- Organización Mundial de la Salud OMS. (septiembre de 2021). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2022). *Trastronos Mentales y del Comportamiento (CIE 10)*. Madrid: MEDITOR.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Estimaciones Sanitarias , Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2017). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org/

- Peres, S. (2017). EL TEST DE PERSONA BAJO LA LLUVIA (PBL): AVANCES EN EL DESARROLLO DE UN PROCEDIMIENTO PARA ESTUDIAR LA DEFENSA CENTRAL FRENTE A LA ESCENA DE DESAMPARO. <https://www.redalyc.org>.
- Pinto, J. (2016). Uso de Mandalas en el Desarrollo Emocional del Profesorado. *Revista de Pedagogía Crítica*. doi:<https://doi.org/10.25074/07195532.16.304>
- Ponce, M. (2022). *Arte terapia desde la representación gráfica como estrategia de prevención académica en el maltrato escolar y social, en la fundación Cristo de la Calle, para niños de 8 a 10 años*. Ibarra.
- Poncela, A. (2018). Expresiones Infantiles y juveniles: dibujos y sentiminetos. *Mexicana de Estudio de los Movimientos Sociales*, 50-73.
- Pozón, S. R. (2015). La historia clínica en salud mental . *Scielo*, 260.
- Purriños, M. J. (s.f). ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale. *Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde*. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjM99CEkrX3AhXaQjABHQM9DUQQFnoECAMQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.ehu.eus%2Fdocuments%2F2293351%2F2391784%2Fnormas_apa_tfg.pdf&usg=AOvVaw0DE9Q6O-p-G703EmtCTT6U
- Rey, J., Bella-Awusah, T., & Jing, L. (2017). Depresión en Niños y Adolescentes. En J. Rey, T. Bella-Awusah, L. Jing, M. Irrarrazaval, & I. Hernandez (Edits.), *Manal de Salud Mental Infantil y Adolescentes de la IACAPAP* (F. Prieto, Trad., págs. 1-41).
- Rocher, K. (2009). *CASA, ARBOL, PERSONA, Manual de Interpretación del Test*. Buenos Aires, Argentina: Lasra.
- Santisteban, S. (2020). *La poesía como dispositivo narrativo en psicoterapia para abordar la “depresión”*. Universidad Santo Tomas, Facultad de Psicología, Bogotá. doi:<http://dx.doi.org/10.15332/tg.mae.2020.00796>
- Tobar, G. V. (2018). *repositorio.usfq.edu.ec*. Obtenido de *repositorio.usfq.edu.ec*: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/7646>

- Valarezo-Bravo, O. F., Erazo-Castro, R. F., & Muñoz-Vinces, Z. M. (10 de Marzo de 2021). SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A LOS NIVELES DE RIESGO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE LOJA, ECUADOR. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 279-293. doi:<https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.584>
- Vasconez, D. (2017). *“Aplicación de la técnica de la Arteterapia como medio de intervención Terapéutica para disminuir el Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes adultos mayores de edades comprendidas entre los 65 a 75 años.* Quito. doi:<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12891>

11. Anexos

Anexo 1: Ficha de Observación.



FICHA DE OBSERVACIÓN GRUPAL	
Actividad:	
Facilitador(a):	Fecha:

Anexo 2: Historia Clínica

CENTRO ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO DE CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS (CETAD) "90 DÍAS"



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	
Cédula:	
Lugar y fecha de nacimiento:	
Edad:	
Residencia:	
Estado civil:	
Nº de hijos:	
Instrucción:	
Profesión :	
Ocupación:	
Religión:	
Dirección domiciliaria:	
Teléfono:	
Contacto de emergencia:	
Fecha de ingreso:	
Internamiento en CETAD N°:	
Sustancias y frecuencia que consume actualmente:	

2.- MOTIVO DE CONSULTA

.....

.....

3.- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Descripción cronológica de los síntomas, comienzo, causas.

.....

.....

.....

.....

.....

Factores predisponentes:.....

Factores desencadenantes:.....

Factores mantenedores:.....

Tratamiento: Modelo Minnesota tratamiento de adicciones Hospitalización: () meses



4.- ANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

Prenatal, natal, postnatal, infancia, adolescencia, adultez, adaptabilidad, éxitos, fracasos, rechazos, preferencias, aptitudes, enfermedades.

.....
.....
.....
.....
.....

5.- GENOGRAMA

6.- ANAMNESIS FAMILIAR, NORMAL Y PATOLÓGICA

Tipo de familia, relaciones familiares, ocupación de sus padres, aspecto económico, vivienda, alimentación, influencias emocionales, estado de salud de los familiares.

.....
.....
.....
.....
.....

7.- ANAMNESIS SOCIAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

Desarrollo social en el medio: escolar, colegial, etc., amistades, relaciones interpersonales, actividades, aficiones, etc.



.....

8.- ANAMNESIS ACADÉMICA Y LABORAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

Escuela, colegio, estudios, calificaciones, aprendizaje, satisfacciones, responsabilidad
 progresos, fracasos, cambios de ocupación, metas, descripción de las actividades, remuneración,
 utilización de tiempo libre.

.....

9.- ANAMNESIS PSICOSEXUAL

Orientación e identidad sexual, experiencias sexuales, abuso sexual, enamoramiento.
 Desarrollo de sentimientos, matrimonio, conflictos, desengaños.

.....

10.- EXAMEN DE FUNCIONES

Aspecto físico en general:

Funciones	Descripción
Conciencia:	
Orientación:	
Atención:	
Sensopercepciones:	
Memoria:	
Afectividad:	
Inteligencia:	
Juicio y razonamiento:	
Voluntad:	
Pensamiento: Curso Contenido Forma	

Anexo 3: Consentimiento Informado



Carrera de
Psicología
Clínica

Consentimiento Informado

Yo.....declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación titulada ***“LA ARTETERAPIA COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETAD 90 DÍAS”***, a cargo de ***Galo Vinicio Delgado Calva*** en calidad de tesista y ***Psic. Karina Rojas Carrión***, en calidad de director de tesis, de la carrera de ***Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja***, durante el periodo Abril – Septiembre 2022.

Mi participación en el estudio no acredita retribución de ningún tipo y consiste en dar respuesta a: ***Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)*** y ***Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4)***. Estoy en pleno conocimiento que toda la información registrada será confidencial, no se revelarán datos personales, y que los resultados se usarán para fines estrictamente académicos y de divulgación científica.

En base a lo expuesto, declaro que ***acepto*** participar voluntariamente en este estudio, pudiendo retirarme del mismo en cualquier fase, sin perjuicio personal o legal; y que he recibido una copia del presente documento.


Firma participante:

Fecha:

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con:
Galo Vicio Delgado Calva, Cel: 0967704837

Anexo 4: Inventario de Depresión de Beck.

**CENTRO ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO DE CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS (CETAD) "90 DÍAS"**



CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre: _____ Fecha: _____

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.
11.
 - a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12.
 - a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.

CENTRO ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO DE CONSUMO
PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y DROGAS (CETAD) "90 DÍAS"



- 13.
- Tomo decisiones casi siempre.
 - Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - Ya no puedo tomar decisiones.

- 14.
- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - Creo que me veo feo.

- 15.
- Puedo trabajar tan bien como antes.
 - Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - No puedo trabajar en absoluto.

- 16.
- Puedo dormir tan bien como antes.
 - No puedo dormir tan bien como solía.
 - Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

- 17.
- No me canso más que de costumbre.
 - Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - Me canso sin hacer nada.
 - Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

- 18.
- Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - Mi apetito está mucho peor ahora.
 - Ya no tengo apetito.

- 19.
- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - He rebajado más de dos kilos y medio.
 - He rebajado más de cinco kilos.
 - He rebajado más de siete kilos y medio.

- 20.
- No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

- 21.
- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - He perdido por completo el interés en el sexo.

Calificación:

- Normal de 0 a 9
- Depresión Leve de 10 a 18
- Depresión Moderada de 19 a 29
- Depresión Grave de 30 a 40
- Depresión Extrema de 41 a 63

Anexo 5: Bitácora.



Bitácora		
Registro:	Fecha:	Hora de inicio:
		Hora de finalización:
Observaciones finales:		

Anexo 6: Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4).

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

¿En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
2. Regular, tenía mis altibajos
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
2. Regular, tengo mis altibajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

Anexo 7: Anexo Inventario de Respuesta de Afrontamiento.

ANEXO INVENTARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO (CRI)

Autor: Rudolf H. Moos, Ph. D.

Traducción y Adaptación: Dra. Isabel María Mikulic - 2009

INSTRUCCIONES

Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Por favor, piense en los problemas más importantes o las situaciones más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o un amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.). Elija uno de ellos y describalo brevemente en los espacios correspondientes. Si no ha tenido ningún problema relevante, escriba una lista con los problemas menos importantes que ha enfrentado en este último tiempo y luego elija uno de ellos para relatarlo.

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido.....
Edad..... Sexo.....
Estado Civil..... Nivel de Instrucción.....
Nacionalidad..... Ocupación.....
Lugar y Fecha.....

Describa el problema o situación:

.....
.....
.....
.....

Conteste, por favor, cada una de las preguntas que se refieren al problema o situación que describió anteriormente, haciendo una cruz en el casillero seleccionado.

Hacer una cruz en "N" si su respuesta es NO
Hacer una cruz en "GN" si su respuesta es GENERALMENTE NO
Hacer una cruz en "GS" si su respuesta es GENERALMENTE SI
Hacer una cruz en "S" si su respuesta es SI

	0 NO	1 A VECES	2 MUCHAS VECES	3 SIEMPRE
1. Cuando tengo un problema pienso en diferentes formas de solucionarlo				
2. Cuando tengo un problema me digo cosas a mí mismo para sentirme mejor				
3. Cuando tengo un problema hablo con familiares o amigos sobre el tema				
4. Cuando tengo un problema hago un plan de acción para enfrentar esos problemas				
5. Cuando tengo un problema trato de olvidar todo				
6. Cuando tengo un problema prefiero esperar, creo que el tiempo soluciona los problemas				
7. Ayudo a otros a enfrentar a otros problemas similares a los míos				
8. Cuando se siente enojado deprimido, bajoneado o triste se desquita con otros?				
9. Cuando tengo un problema prefiero pensar que no es mi problema sino el de alguien más, eso me permite analizarlo mejor				
10. Cuando tengo un problema pienso que las cosas podrían haber sido peor, entonces intento pensar que no es tan malo como parece				
11. Cuando tengo un problema busco comentarlo con alguien				
12. Cuando tengo un problema me esfuerzo para resolverlo				
13. Cuando tengo un problema trato de evitar pensar en el problema				
14. Siento que no tengo control sobre los problemas				
15. Cuando tengo un problema intento ocuparme en otras cosas, para distraerme del problema				
16. Cuando tengo un problema tomo decisiones arriesgadas para solucionarlo				
17. Cuando tengo un problema, me imagino una y otra vez, que decir o que hacer para solucionarlo				
18. Cuando tengo un problema, trato de ver el lado positivo de la situación				
19. Ante problemas "graves" suelo buscar hablar con algún profesional: psicólogo, orientador, sacerdote, médico, etc.				
20. Cuando tengo un problema, decido rápidamente como solucionarlo				
21. Cuando tengo un problema, imagino un lugar en donde no hay problemas y puedo vivir tranquilo				
22. Cuando tengo un problema, lo dejo al destino, se solucionará solo				
23. Cuando tengo un problema con cierto amigo, lo dejo de lado y trato de hacer nuevos amigos				
24. Me gusta mantenerme alejado de la gente en general				
25. Ante diversas situaciones, trato de prever o de anticiparme a como resultaría todo				

	0 NO	1 A VECES	2 MUCHAS VECES	3 SIEMPRE
26. Suelo comparar mis problemas con los de otras personas en las mismas condiciones				
27. Busco la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas				
28. Trato de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes. Tengo un plan A y plan B				
29. Evito pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él				
30. Acepto los problemas, porque pienso que nada se puede hacer				
31. Leo, veo Tv, hago deporte, o me reúno con mis amigos como forma de distracción para no pensar en los problemas				
32. Grito como forma de desahogarme ante los problemas				
33. Trato de encontrarle alguna explicación o significado a los problemas				
34. Cuando tengo un problema trato de auto convencerme que las cosas mejorarán				
35. Cuando tengo un problema trato de averiguar más sobre esa situación				
36. Trato de aprender a como hacer más cosas por si mismo				
37. Deseo que los problemas hubieran desaparecido de mi vida				
38. Cuando tengo un problema siempre espero lo peor				
39. Cuando tengo un problema, le dedico más tiempo a actividades recreativas				
40. Cuando tengo un problema lloro y descargo mis sentimientos				
41. Cuando tengo un problema trato de prever o de anticiparme a las dificultades en torno a ese problema				
42. Cuando tengo un problema pienso cómo podrían estos sucesos cambiar mi vida en un sentido positivo				
43. Cuando tengo un problema rezo pidiendo ayuda o fuerza				
44. Cuando tengo problemas intento resolverlos uno a uno				
45. Ante un problema trato de negar lo serio que puede ser, minimizo su importancia				
46. Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes				
47. Cuando tengo un problema trabajo o hago otras actividades que me ayuden a enfrentar las cosas				
48. Cuando tengo un problema hago cosas que me hacen sentir mejor				

Anexo 8: Historias de Vida.

Historia de vida N° 1

Antecedentes. - Paciente 1, varón de 23 años, 6 internamientos en Centros de Rehabilitación de Alcohol y Drogas CETAD, soltero sin hijos, residente de Loja, nivel de escolaridad básica, de religión católico, consumidor de marihuana, base de cocaína y zopiclona; inicia el consumo a los 13 años.

Paciente proviene de familia nuclear con rasgos de disfuncionalidad, conformada por 4 hijos (tres varones y una mujer), paciente ocupa el segundo lugar entre los hermanos; refiere que su padre tiene problemas con el control de impulsos y agresividad, madre reporta problemas con el consumo de alcohol, actualmente en abstinencia; el nivel socio económico familiar es estable, ambos padres aportan económicamente al hogar.

No se reporta complicaciones prenatales, natales o postnatales, los primeros años de vida son referidos como una etapa feliz y tranquila, hace hincapié en el bienestar que le generaba jugar con sus pares y vivir sin tantas preocupaciones.

En la adolescencia, presencié situaciones de violencia intrafamiliar, en donde la madre fue agredida por el progenitor, califica este evento como traumático. Recuerda haber sentido deseos de causar daño al padre por el maltrato que ejerció hacia su madre. Posteriormente en la misma etapa, hermano mayor de 21 años, se suicidó, él, junto a su madre, presencié el acontecimiento; refiere que fue precisamente este hermano quien lo indujo al consumo. En esta etapa, y según relato del paciente, inicia el contacto con pandillas, peleas callejeras y otros conflictos que generaran adrenalina, considerando hasta el día de hoy, que esta es una buena manera de resolver los problemas, en este contexto encontraba a personas con las que compartía su gusto por la música y la composición de (RAP).

Evolución.- El inicio de consumo se da a los 13 años, edad que coincide con la etapa evolutiva de la adolescencia y acontecimientos estresantes/traumáticos por los que atravesó el paciente, este inicio de consumo se da con marihuana proporcionada por hermano mayor (suicidio), en primer instancia el consumo se da por curiosidad, después avanza al consumo de medicamentos como la zopiclona y base de cocaína, combinado con ingesta esporádica de alcohol, el consumo se da a la par con el micro tráfico, particularmente de marihuana. A la edad de 15 años tiene su primer internamiento en CETAD, los patrones de consumo

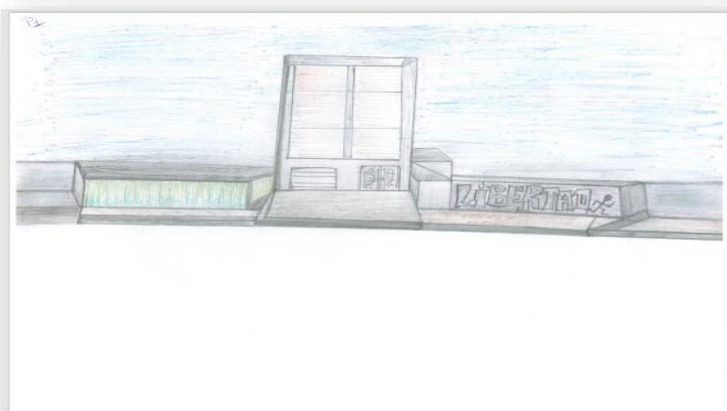
continuaron después del alta. A los 23 años el paciente tiene un altercado con la justicia por robo a mano armada e intento de asesinato, por lo que es sentenciado 7 años de privación de libertad, ante esta situación la familia realiza trámites para solicitar medidas sustitutivas, mismas que son aceptadas y se dispone el ingreso a un CETAD, donde permanece actualmente.

Estado actual. - Paciente ingresa al Centro Especializado en el Tratamiento de Adicciones CETAD 90 Días el 16 de mayo del 2022, siguiendo los protocolos del centro, se realiza en este caso A) Revisión y actualización de su Historia Clínica puesto que el paciente reporta internamientos previos y aplicación de reactivos para evaluar las áreas de: estado de ánimo, ansiedad, personalidad y estado cognitivo.

La evaluación del estado de ánimo, estuvo a cargo del investigador, quien aplicó el Cuestionario de Depresión de Beck que maneja el Centro, donde se obtiene el siguiente resultado: *depresión moderada con 27 puntos*. En base a estos resultados y en cumplimiento con uno de los criterios de inclusión se invita al paciente a formar parte del presente proyecto de investigación. Mismo que pretende, acompañar al tratamiento médico y psicológico que lleva el centro y a partir de la ejecución de la propuesta, atenuar la sintomatología depresiva.

Aplicación de propuesta. - Durante 6 sesiones consecutivas, el paciente fue intervenido en base a la planificación terapéutica, destacándose los siguientes datos, reportados por la bitácora:

En el desarrollo de la *primera sesión*, que lleva como tema *Lo que me pone bien*, donde se utiliza como técnica *el dibujo* y tiene como objetivo la liberación de emociones



positivas vividas, el paciente se muestra predispuesto para desarrollar el trabajo, realizando preguntas sobre la actividad, durante el desarrollo se mostraba cómodo, en ciertos momentos mantenía conversaciones

esporádicas con otro participante, al finalizar la actividad y de manera privada se indagó sobre la significancia del dibujo realizado.

Refleja uno de los momentos de mayor felicidad en su vida, el cual fue escaparse de una clínica, refiriendo “lo que más deseo es mi libertad”

Interpretación: la gráfica fue hecha de forma horizontal, tomando el cuadrante superior completo, grande, va hacia los extremos de las hojas lo cual evidenciaría sentimientos de frustración y hostilidad, está centrado lo que representaría conductas rígidas para compensar su inseguridad, otro elemento a considerar es la puerta, que por su gran tamaño representaría una necesidad de contacto emocional que espera recibir del exterior así como también la posición central de la puerta en el dibujo reflejaría rigidez en el paciente. Respeto a la significancia que el sujeto le da al dibujo, expresa el anhelo de libertad, no necesariamente física, sino emocional.

En la *segunda sesión* que lleva como tema *¿Quién soy?* donde se utiliza la técnica del *autorretrato* y tiene como objetivo representar al paciente como se percibe y como cree



que la sociedad lo percibe emocional y físicamente, el paciente muestra buena predisposición, pero durante el desarrollo de la actividad se dan conversaciones continuas con otro paciente, se muestra disperso en otras actividades, en el transcurso de la actividad ingresa a la

sala uno de los directivos del centro a saludar a los pacientes, el paciente se muestra nervioso y cubre su trabajo, pone pausa a la actividad hasta que el directivo se retira.

Una vez culminado el trabajo de forma privada se pregunta sobre el autorretrato realizado, considera que la sociedad lo ve como un extraterrestre y él también se siente así, no estar interesado en encajar en la sociedad mencionando que “él es una persona autentica no le gusta seguir ciertas normas y reglas de la sociedad.”

Interpretación: la ubicación de las manos en el dibujo puede interpretarse como una forma de evasión controlada, lo que tendría sentido por lo compartido por el paciente, sobre el poco interés que tiene de relacionarse con la sociedad; la posición de sus hombros representaría una actitud defensiva, sus brazos pegados al cuerpo la dificultad para adaptarse en el medio, los ojos marcados evidenciarían rasgos paranoicos, en cuanto a la vestimenta detallada particularmente la chompa que podría implicar que el paciente sea una persona egocéntrica. No percibe sentido de pertenencia social y trasgrede normas.

En la *tercera sesión* titulada *lo prohibido* se utiliza la técnica de *moldeamiento con plastilina* y tiene como objetivo plasmar situaciones personales que le sean generadoras de malestar psicológico, el paciente asiste puntual a la sala, pero se muestra molesto por una



situación interna, se procede hablar con él dice sentirse mejor y se da inicio y desarrollo a la actividad sin inconvenientes, excepto conversaciones esporádicas entre los pacientes. Al finalizar se

motiva al paciente a compartir su trabajo, en primera instancia se niega, pero posteriormente lo hace, haciendo hincapié en que “es la primera vez que hablo sobre esto”. Mencionando que, el trabajo realizado representa la pérdida de una persona cercana, que las autoridades reportaron como un suicidio, pero a criterio del paciente fue un asesinato que está siendo encubierto, mostrándose molesto haciendo referencia que las autoridades son incompetentes.

Interpretación: Imagen evidencia en términos generales violencia y agresividad, manifiesta a través de las figuras que se grafican, pero también el uso y combinación de colores, desde la psicología del color el rojo representa pasión, al combinarse con negro su significado se asocia a sentimientos de odio, el azul por otro lado se relaciona con el anhelo de fidelidad.

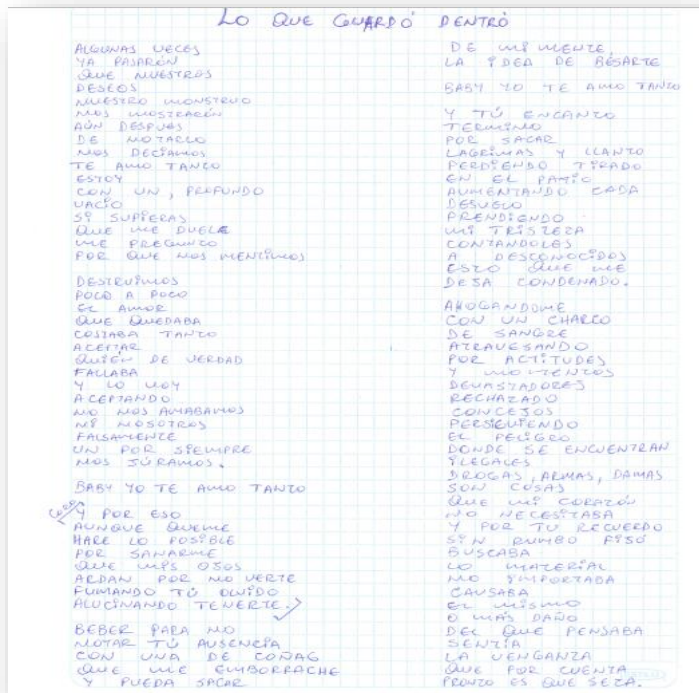
En la *cuarta sesión* que lleva como tema el *arte de colorear* y que se utiliza como técnica el *pintar mándalas* y tiene como objetivo generar mediante la combinación de los diferentes colores un estado de armonía y concentración, el paciente se muestra participativo



al momento de explicar la actividad, realizando preguntas, durante el transcurso de la actividad llegan 2 directivos del centro y a diferencia de otras ocasiones donde el paciente se ha mostrado nervioso, ahora se lo observó más relajado. Al finalizar la actividad se le pregunta al paciente como se siente ante lo realizado y menciona que es algo que lo ha hecho sentir tranquilo con buenas vibras.

Interpretación: los colores empleados en el desarrollo de la mándala son de tonalidad tenue, entre los que se destaca el color naranja como un color relacionado la espiritualidad y la transformación, el morado implicaría sentimientos de ambivalencia de aceptación y rechazo, el azul ubicado particularmente sobre los bordes del mándalas representaría fidelidad.

En la *quinta sesión* que se la denominó *lo que guardo dentro*, tiene como técnica la realización de un *poema* y tiene como objetivo escribir y compartir emociones en grupo expresadas en un poema, a diferencia de las actividades anteriores que eran individuales, en



esta deben participaron los 3 pacientes, el paciente asume el liderazgo del grupo y organiza la participación y aporte de sus compañeros. Al finalizar presenta el poema dándole ritmo musical (rap), mencionando que es una actividad que le ha gustado mucho realizar, “es algo inspirador”. Esta técnica cumple con el objetivo de generar expresión de emociones,

en el poema se evidencia eventos que son compartidos por el grupo como pérdidas de vínculos amorosos, económicos, ansias de consumo, el estar involucrados en ambientes peligrosos, así también como sentimientos de arrepentimiento.

En la *sexta* y última sesión que tiene como tema *de lo que me doy cuenta*, donde se utiliza la técnica de la *dramatización* y tiene como objetivo reproducir y recrear situaciones reales de conflicto por las que atravesó el paciente, al igual que la anterior sesión esta se realizó de forma grupal. En esta representación del paciente 1 apoyado por el paciente 2, representó una discusión que tuvo con otro joven de quien dice sentir “mucho bronca”, frente a la reflexión planteada por el investigador, aduce que no cambiaría nada de lo sucedido en ese evento asegura que su reacción fue justa y necesaria. Se expresa que el paciente, no ha desarrollado la capacidad de discernir situaciones, no reconoce errores ni establece pautas de rectificación de conducta.

Post Intervención. - Una vez finalizada la última sesión del Plan Basado en Arteterapia, se aplica al paciente la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido

(CRES-4), obteniendo los siguientes resultados: satisfacción con el tratamiento 100/100; contribución en la solución del problema 80/100; percepción del cambio 62,5/100; nivel general de satisfacción 242.5/300

Una semana después, se procede con el re test Cuestionario de Depresión de Beck, obteniendo los siguientes resultados: *depresión leve con 13 puntos*.

El resultado significativo en la “mejoría” del estado anímico del paciente generó diferentes inquietudes para el investigador, sobre todo por la injerencia de otros factores que pudieron contribuir en esta mejoría, como: el tratamiento integral que lleva en el centro, la empatía generada con el investigador o la resiliencia momentánea que pudo generar las actividades trabajadas, entre otras; sin el ánimo de desvalorizar el plan terapéutico planteado, se procedió a indagar el área de afrontamiento de problemas del paciente, con la aplicación del CRI (Inventario de Respuestas de Afrontamiento), cuyos resultados sugieren que el paciente manifiesta un estilo de Afrontamiento Conductual de aproximación, dirigido hacia la Resolución de Problemas, mismo que se caracteriza por “intentos impulsivos conductuales para resolver el problema”, lo que está relacionado a las necesidades del paciente por hacer cosas a nivel de comportamiento, que mejore sus condiciones actuales de manera rápida, probablemente esta sea la razón por la cual el paciente “demuestra” estar mejor.

Es importante mencionar que, el resultado descrito mantiene puntaje estrecho en relación a otros resultados, la puntuación que obtiene el paciente en el estilo de Afrontamiento cognitivo de aproximación, relacionado con el Análisis Lógico y la Revaloración Positiva de los problemas, permiten establecer que el paciente tiene la capacidad de: a) comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias, b) construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.

La estrategia de afrontamiento del paciente es de aproximación, es decir, siempre dirigida a la resolución del problema, prima el estilo conductual acompañado de cerca por un componente cognitivo.

Resultados Paciente 1

Paciente de 23 años, 10 años de consumo aproximadamente, proviene de una familia nuclear con rasgos disfuncionales, expuesto a eventos traumáticos, violencia intra familiar, suicidio y antecedentes familiares de consumo de drogas, todo esto en la etapa infanto-adolescente, judicializado por robo he intento de asesinato. Identificado con depresión moderada al inicio de la investigación y al finalizar el plan presentó depresión leve. El estilo de afrontamiento es conductual acompañado de un componente cognitivo, la estrategia de afrontamiento es de aproximación, dirigida la resolución del problema.

Durante la aplicación del plan, se identificaron los siguientes indicadores: paciente tiene poco interés en relacionarse con su entorno, excesivo uso de mecanismo de defensa, acompañado de comportamientos paranoicos; se destaca algunos indicadores positivos como: comodidad, confianza, capacidad y motivación al momento de realizar las actividades, se rescata además la capacidad que tiene el paciente para liderar actividades en grupo. La mejoría de los síntomas depresivos del paciente según criterio del investigador obedece principalmente al compromiso al momento de realizar las actividades, la adaptación del paciente al uso de las técnicas basadas en arteterapia que permitieron la expresión de sus emociones, cambios sobre pensamientos automáticos, además del tratamiento psicológico recibido por parte del CETAD, tratamiento que fue de la mano con el presente plan.

Historia de vida N° 2

Antecedentes: Paciente 2, varón de 25 años, 9 internamientos en Centro de Rehabilitación de Alcohol y Drogas CETAD, divorciado sin hijos, residente de Loja, nivel de escolaridad Bachillerato, de religión cristiana, consumidor de marihuana, cocaína, clonazepam; inicio de consumo a los 14 años.

Paciente proviene de una familia extendida con rasgos de disfuncionalidad, fue criado desde los 2 años por su padre, y abuelos paternos, hijo único, además se conoce que convivía con 3 tíos paternos; de la madre se conoce que tuvo conflictos con los suegros, por lo que decide migrar a otro país y dejar al paciente al cuidado de la familia paterna, el padre convivió con el paciente hasta los 14 años, la relación entre los dos es y ha sido conflictiva; de la abuela se conoce que presenta problemas médicos y antecedentes de cuadros depresivos que han requerido medicación, respecto al abuelo se resalta patrones violentos; nivel socio económico familiar es estable.

Según información recopilada de expediente clínico, se evidencia que: no hubo complicaciones médicas durante la etapa prenatal y natal, pero sí problemas familiares que pudieron afectar estas etapas a nivel psicológico; respecto a los primeros años de vida el paciente refiere haber sido un niño muy inquieto, con problemas de comportamiento en la escuela, por lo que se le realizaba constantes llamados de atención, para corregir esto, su abuelo lo castigaba físicamente pero más tarde, lo recompensaban por que se sentían mal por haberlo tratado de esa manera.

Durante la adolescencia, se mantienen conductas problemáticas, al igual que los llamados de atención en las Unidades Educativas en las que estudió, por lo que el paciente decide retirarse del colegio, ante esta situación los abuelos optan por inscribirlo en un colegio de educación intensiva, al cual asiste de forma obligada y es donde culmina sus estudios de bachillerato; a los 15 años acude a un psiquiatra por cuadros de depresión, mismo que prescribe medicamento con el que se mantuvo durante 8 años de manera intermitente.

A los 18 años, a propósito del consumo de psicotrópicos, el paciente es contactado por su madre, quien intenta tener una relación con él, interacción que no funcionó, se volvió conflictiva y no progresó; actualmente no hay ningún tipo de contacto. En esta etapa el paciente se relaciona con amistades que pertenecen a pandillas, menciona sentirse cómodo en este ambiente donde además comparte su afición por la música genero rap.

En la juventud, alrededor de los 21 años contrae matrimonio en secreto. Posteriormente y ante el rechazo de la familia de su entonces esposa, deciden ir a vivir en otra ciudad teniendo el respaldo de los abuelos quienes los apoyan económicamente, durante un tiempo la relación se mantuvo sólida, pero por varios conflictos, entre ellos el consumo, terminaron la relación y se divorciaron. A los 23 años y con el apoyo de sus abuelos ingresa a un Instituto de Educación Superior donde decide estudiar producción musical, misma que abandona por problemas de consumo.

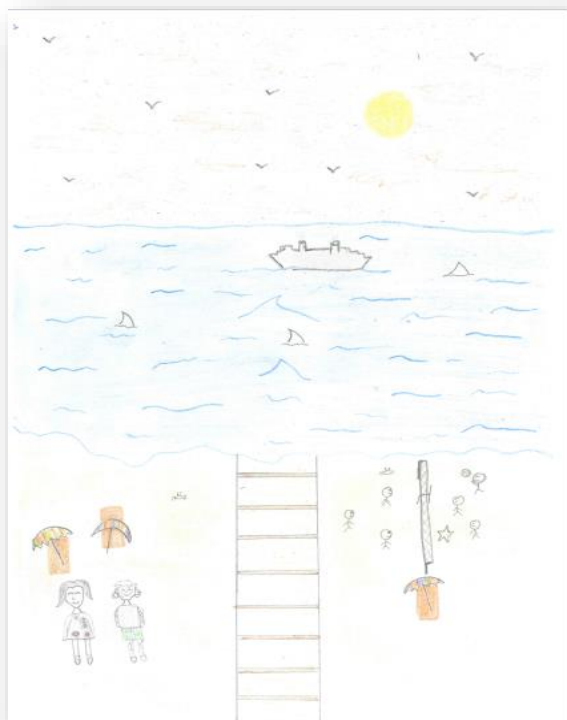
Evolución. - El inicio de consumo se da a los 14 años, con marihuana que fue proporcionada por uno de sus primos, menciona que lo hizo por curiosidad, después empezó a usar antidepresivos, desarrollando adicción a estos medicamentos, uno de estos el clonazepam, cuando se le suspendía o se acababa el medicamento, el paciente los sustituía por otros que no requerían receta médica; a los 17 años empieza a consumir cocaína y el LSD, esta situación, provoca el internamiento repetido en diferentes CETAD, dentro y fuera de la provincia, según refiere el paciente se mantuvo en abstinencia durante 2 años y la recaída se da por la combinación de craving y problemas emocionales.

Estado actual. - Paciente ingresa al Centro Especializado en el Tratamiento de Adicciones CETAD 90 Días, el 12 de mayo del 2022 de forma voluntaria, siguiendo los protocolos del centro se realiza en este caso A) Revisión y actualización de su Historia Clínica puesto que el paciente reporta internamientos previos y B) aplicación de reactivos en las áreas de: estado de ánimo, ansiedad, personalidad y estado cognitivo.

La evaluación del estado de ánimo, estuvo a cargo del investigador, quien aplicó el Cuestionario de Depresión de Beck que maneja el Centro, donde se obtiene el siguiente resultado: ***depresión moderada con 27 puntos***. En base a estos resultados y en cumplimiento con uno de los criterios de inclusión se invita al paciente a formar parte del presente proyecto de investigación. Mismo que pretende, acompañar al tratamiento médico y psicológico que lleva el centro y a partir de la ejecución de la propuesta disminuir, atenuar o mejorar la sintomatología depresiva.

Durante 6 sesiones consecutivas, el paciente fue intervenido en base a la planificación terapéutica, destacándose los siguientes datos, reportados por la bitácora:

En el desarrollo de la *primera sesión*, que lleva como tema *lo que me pone bien*, donde se utiliza como técnica el dibujo y tiene como objetivo la liberación de emociones positivas vividas, el paciente muestra predisposición al desarrollo de la actividad, se resalta



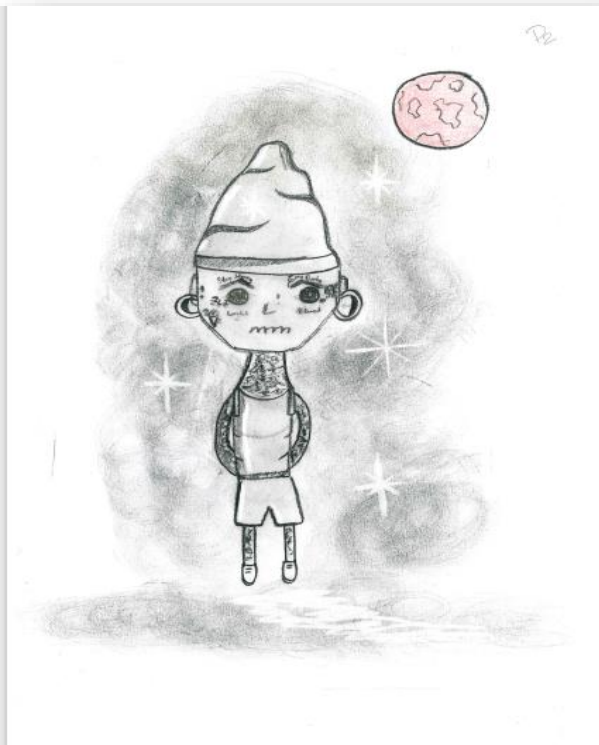
que en el transcurso de la actividad se daban conversaciones esporádicas con otro paciente, al finalizar esta actividad y de manera privada se pregunta sobre lo realizado y comenta que el trabajo representa un “momento de felicidad increíble en su vida”, en un viaje que compartió con un familiar, con quien tenía una muy buena relación pero, por su consumo de drogas esta relación se afectó, menciona además que el lugar al que fue de viaje es un sitio en el que siempre se siente bien, mientras compartía su trabajo el paciente se veía pensativo en una combinación

de emociones entre tristeza y alegría .

Interpretación: Dentro de la gráfica se puede observar que el paciente se dibuja en el lado izquierdo inferior de la hoja, lo que está relacionado con conductas impulsivas y búsqueda de satisfacción inmediata, necesidad de buscar apoyo externo, temor a la acción e inseguridad; el tamaño pequeño de los diferentes elementos del dibujo se asocia a falta de confianza, dependencia y tendencia al aislamiento (Rocher, 2009).

En la segunda sesión que lleva como tema *¿Quién soy?*, donde se utiliza la técnica del *autorretrato* y tiene como objetivo representar al paciente como se percibe y como cree que la sociedad lo percibe emocional y físicamente, el paciente muestra predisposición al desarrollo de la actividad, durante el transcurso se dan conversaciones espontaneas con otro de los pacientes, se da en la sala también el ingreso de los directivos del centro quienes llegan a saludar, el paciente se muestra incomodo. Una vez culminado la actividad de forma privada se pregunta sobre lo realizado y menciona que, mientras realizaba la actividad se ha dado

cuenta de ciertas cosas que han cambiado, se considera una persona solitaria y que eso no le afectaba, pero ahora dice que esa soledad lo hace sentir triste, hay un reconocimiento y aceptación emocional.



Interpretación: La ubicación de las manos en el dibujo puede interpretarse como una forma de evasión controlada, reflejaría el poco interés que tiene el paciente por relacionarse con las demás personas, el tamaño de su cabeza proyecta vanidad, queriendo verse siempre bien frente a los demás, ojos muy marcados representaría rasgos de una personalidad paranoide e impulsiva, la forma de la boca implicaría tendencia a la agresividad verbal, algo que fue muy marcado en el paciente en las últimas sesiones, la falta de representatividad de los pies

implicaría sentimientos de tristeza y falta de confianza en sí mismo (Rocher, 2009).

La *sesión tres* titulada *lo prohibido* en la que se utiliza la técnica de *moldeamiento con plastilina* y tiene como objetivo plasmar situaciones personales que le sean generadoras

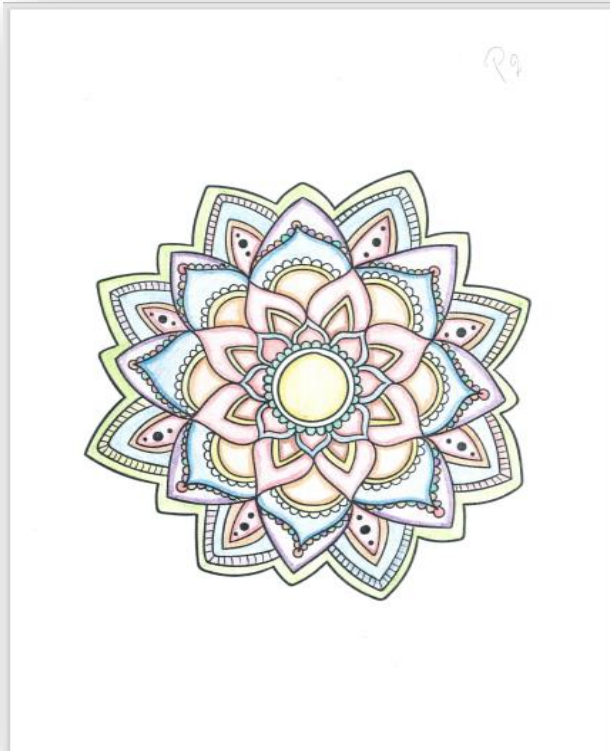


de malestar psicológico, se desarrolla sin inconvenientes con conversaciones esporádicas entre los pacientes, al momento de culminar el trabajo y de manera privada se pregunta si desea compartir sobre lo realizado; el paciente refiere que la escena representada constituye un momento muy difícil de su vida, en el que su ex pareja de quien en su momento estuvo muy enamorado, compartía una relación con otro joven, esto lo

ponía en una situación de extrema tristeza, todo esto sucedió previo al ingreso a la rehabilitación. Señala que es algo que actualmente no le afecta, sin embargo, se ha notado conductas y emociones ambivalentes al respecto.

Interpretación: Imagen representa en términos generales una situación de aislamiento con respecto a su entorno, resalta la combinación y tonalidad de colores. El color blanco en combinación con el negro está relacionado con el daño o maldad, en el dibujo se destaca también el color azul que representa fidelidad (Heller, 2008).

La cuarta sesión lleva como tema el *arte de colorear*, utiliza como técnica *pintar mándalas*, y tiene como objetivo generar mediante la combinación de los diferentes colores un estado de armonía y concentración. Al iniciar la sesión, el participante se muestra



colaborativo desarrolla la actividad, cabe mencionar que en esta sesión ingresaron 2 directivos del centro y a diferencia de una sesión anterior donde se mostró incomodo y hasta dejaba de realizar la actividad, en esta ocasión se muestra más relajado. Una vez finalizada la actividad, el paciente refiere haberse aburrido por lo que tenía que combinar colores, pero logro culminarla y el malestar disminuyó.

Interpretación: los colores empleados en el desarrollo de la

mándala se destaca el color azul relacionado con la fidelidad, el rojo representaría pasión, el morado sentimientos ambivalentes de aceptación y rechazo, el verde ubicado en los bordes de la mándala representaría neutralidad (Heller, 2008).

En la quinta sesión que se la denomina lo que **guardo dentro**, la técnica realizar un **poema**, tiene como objetivo escribir y compartir emociones en grupo expresadas en un poema a diferencia de las actividades anteriores que eran individuales en esta deben participar los 3 pacientes, en esta ocasión el paciente llega molesto, menciona estar cansado



ya de estar internado y se muestra cerrado a escuchar alguna sugerencia, se procede a preguntarle si se siente listo para realizar la actividad del día de hoy, entre dientes responde “sí”, una vez iniciada la actividad el paciente se muestra hiperactivo, ansioso, realizando rápidamente el trabajo y presionando al resto de pacientes para que culminen su parte, el paciente que lidera el grupo le pide dar más ritmo a su trabajo, aceptando esta

sugerencia, al finalizar se pregunta en la sala sobre lo realizado y el paciente mostrando su incomodidad solo menciona que fue interesante. Esta técnica cumple con el objetivo de generar expresión de emociones, en el poema se evidencia eventos que son compartidos por el grupo como: pérdida de vínculos afectivos, pérdidas económicas, necesidad de consumo, contextos sociales peligrosos y sentimientos de arrepentimiento.

En la sexta y última sesión que tiene como tema de **lo que me doy cuenta**, y donde se utiliza la técnica de la **dramatización** y tiene como objetivo reproducir y recrear situaciones reales de conflicto por las que atravesó el paciente, al igual que la anterior sesión esta se realizó de forma grupal y el paciente tiene que apoyarse en otro compañero, realiza su presentación con el apoyo del paciente 1. La situación que representa es una discusión de pareja, donde el paciente se muestra explosivo y agresivo sin llegar a los golpes, pero si a insultar a su pareja que está representada por el otro paciente, esta simulación se desató por

celos; al finalizar su presentación se le pregunto si la discusión era justificable a lo que en un breve análisis menciona que no, ya que la discusión se dio por suposiciones y no por hechos.

Una vez finalizado la última sesión del Plan Basado en Arteterapia, se aplica al paciente la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4) obteniendo los siguientes resultados: satisfacción con el tratamiento 80/100; contribución en la solución del problema 80/100; percepción del cambio 50/100; nivel general de satisfacción 210/300

Una semana después, se procede con el re test Cuestionario de Depresión de Beck, Obteniendo los siguientes resultados; *depresión leve con 18 puntos*, cabe mencionar que el paciente estuvo muy cerca de la puntuación de depresión moderada que equivale a 19 puntos.

El resultado en la “mejoría” del estado anímico del paciente, generó diferentes inquietudes para el investigador, sobre todo por la injerencia de otros factores que pudieron contribuir en esta mejoría, como: el tratamiento integral que lleva en el centro, la empatía generada con el investigador o la resiliencia momentánea que pudo generar las actividades trabajadas, entre otras; sin el ánimo de desvalorizar el plan terapéutico planteado, se procedió a indagar el área de afrontamiento de problemas del paciente, con la aplicación del CRI (Inventario de Respuestas de Afrontamiento), cuyos resultados sugieren que el paciente manifiesta un estilo de Afrontamiento Conductual de aproximación, dirigido hacia la Búsqueda de Orientación y Apoyo, mismo que refleja los intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación, lo que podría estar relacionado con su internamiento voluntario, pero además presenta una puntuación significativa en el estilo de Afrontamiento conductual de evitación, relacionada con la Descarga emocional que son los intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos, por lo que se deduciría y según lo observado durante la aplicación de este proyecto el paciente afronta los problemas de una manera ambivalente: a) busca ayuda ante situaciones de conflicto en su vida, b) facilidad para frustrarse lo que lo lleva a actuar de una manera incorrecta, algo que se observa particularmente en las últimas sesiones y en el abandono al internamiento.

La estrategia de afrontamiento del paciente se da entre la aproximación, donde el paciente se encuentra en la búsqueda de orientación y apoyo para la resolución de problemas, y una estrategia de afrontamiento de evitación donde el paciente tiene descargas emocionales expresando sentimientos negativos, prima el estilo conductual.

Resultados del paciente N° 2

Paciente de 25 años de edad, 11 años de consumo aproximadamente, proviene de una familia extendida con rasgos de disfuncionalidad, expuesto a violencia intrafamiliar, un estilo de crianza ambivalente castigos severos y recompensas del cuidador ante el sentimiento de culpa. En la adolescencia el paciente es medicado por un cuadro depresivo durante un período de 8 años, identificado con depresión moderada al inicio de la investigación y al finalizar el plan presentó depresión leve muy cercana a un cuadro de depresión moderada. El estilo de afrontamiento es conductual la estrategia es de aproximación, búsqueda de orientación y apoyo, donde también se destaca la estrategia de evitación, descarga emocional.

Durante la aplicación del plan, se identificaron los siguientes indicadores: El paciente presenta conductas impulsivas buscando satisfacción inmediata, ambivalencia al momento de expresar sus emociones, temor a llevar adelante una acción por su inseguridad, falta de confianza en sí mismo, dependencia y tendencia al aislamiento; se destaca algunos indicadores positivos como: la expresión de emociones, el darse cuenta de algunos cambios que se han dado en su vida, comodidad y mejor capacidad para relajarse. La mejoría de los síntomas depresivos del paciente según criterios del investigador, obedece particularmente al compromiso al momento de realizar las diferentes actividades, las técnicas fueron un medio de expresión de las emociones, además del tratamiento psicológico recibido por parte del CETAD, tratamiento que fue de la mano con el presente plan.

Historia de vida N°3

Antecedentes. – Paciente 3, varón de 45 años, con 3 internamientos en Centros de Rehabilitación de Alcohol y Drogas CETAD, divorciado con 3 hijos, residente en la Ciudad de Catamayo, nivel de escolaridad Bachillerato, religión católica, consumidor de alcohol y cocaína; inicio de consumo a los 15 años.

Paciente proviene de una familia nuclear con rasgos de disfuncionalidad, conformada por 6 hermanos (4 varones y 2 mujeres), paciente ocupa el segundo lugar entre los hermanos; refiere que su padre es una persona con problemas de impulsividad, agresividad (violencia intrafamiliar) y consumo problemático de alcohol, situación que hoy por hoy lo mantiene en un estado grave de salud; de la madre se conoce que falleció hace 4 años por problemas médicos; se crio en situación de pobreza extrema, actualmente presenta un nivel económico estable.

Parto asistido por partera, aparentemente no presentó complicaciones médicas durante el proceso, pero a criterio del paciente si pudo haber existido violencia física y psicológica por parte de su padre, durante la etapa pre y post natal.

Durante la infancia, se resalta que el paciente tenía un buen desenvolvimiento académico destacándose en algunas materias, sin embargo también resalta los diferentes problemas que tuvo que afrontar durante su niñez, como el maltrato físico y psicológico ejercido por sus progenitores, recalca un evento significativo; a los 7 años, luego de haber perdido un zapato, fue agredido salvajemente, otro evento que el paciente recuerda como algo vergonzoso en su infancia fue cuando sus padres lo enviaron sin zapatos durante una semana a la escuela, esto como una forma de castigo.

A los 13 años se independizo, dedicándose al comercio (pela y venta de cerdos), paralelamente frecuentada zonas de tolerancia, a los 15 inicia el consumo de drogas acompañado de porte de arma blanca y pelas callejeras. Cumplida la mayoría de edad contrae matrimonio eclesiástico con su exesposa, acto que fue bien visto por ambas familias. El consumo de drogas ilegales a esta edad se daba de manera encubierta pues nadie de su familia cercana lo sabía, a los 19 años el paciente tuvo un evento impactante, presencio un asesinato (un amigo cercano, con quien consumía, asesinó a un comerciante bajo los efectos de las drogas)

En la etapa adulta, tuvo sus primeras gemelas, una de ellas falleció en el primer año, fue un momento devastador para el paciente quien consideró fue un castigo de Dios por engendrado bajo la ingesta de drogas, posteriormente tuvo dos hijos varones, procreados durante un periodo de abstinencia de 10 años, periodo en el que tuvo un importante crecimiento económico.

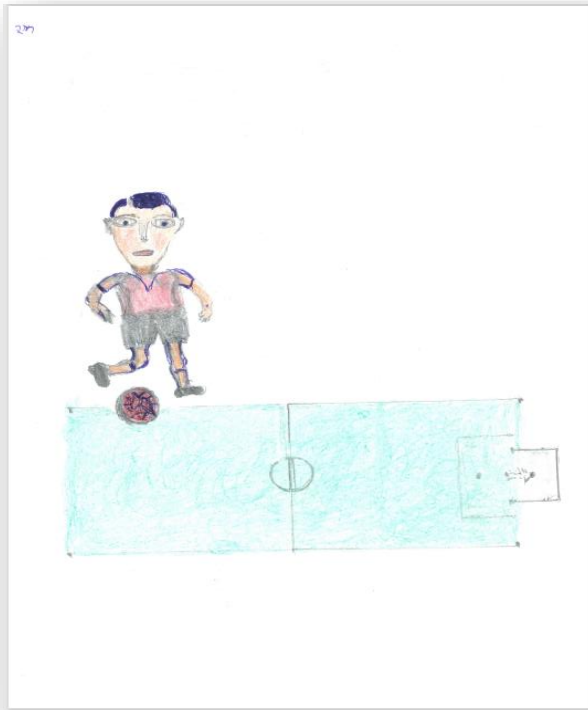
Evolución. - El inicio de consumo se da a los 15 años, paciente menciona que empezó a consumir por falta de cariño paternal, se sentía solo, encontrando refugio en el alcohol, la cocaína y uso de la prostitución. Cabe mencionar que el paciente mantuvo su consumo de forma esporádica durante varios años, con periodos de consumo intenso de corto tiempo, a los 43 años que se da su primer internamiento en un CETAD, cumplió su internamiento y se mantuvo año en abstinencia, pero refiere que por situaciones sentimentales (problemas con su expareja) recaer, por lo que vuelve a ser internado pero en esta ocasión abandona el tratamiento, a pesar de ello mantiene un periodo de 7 meses en abstinencia, recayendo nuevamente (aduce causal sentimental), a criterio del paciente, considera que esta última recaída fue la más dura, vivió en las calles, se involucró en actividades ilícitas y tuvo pensamientos autolíticos.

Estado actual. - Paciente ingresa al Centro Especializado en el Tratamiento de Adicciones CETAD 90 Días el 9 de mayo del 2022, siguiendo los protocolos del centro se realiza, A) historia clínica y B) aplicación de reactivos para evaluar las áreas de: estado de ánimo, ansiedad, personalidad y estado cognitivo.

La evaluación del estado de ánimo, estuvo a cargo del investigador, quien aplico el Cuestionario de Depresión de Beck que maneja el Centro, donde se obtiene el siguiente resultado: ***depresión moderada con 24 puntos***. En base a estos resultados y en cumplimiento con uno de los criterios de inclusión se invita al paciente a formar parte de presente proyecto de investigación. Mismo que pretende, acompañar al tratamiento médico y psicológico que lleva el centro y a partir de la ejecución de la propuesta para disminuir, atenuar o mejorar la sintomatología depresiva.

Intervención. - Durante 6 sesiones consecutivas, el paciente fue intervenido en base a la planificación terapéutica, destacándose los siguientes datos, reportados por bitácora:

En el desarrollo de la *primera sesión*, que lleva como tema *Lo que me pone bien*, donde se utiliza como técnica *el dibujo*, tiene como objetivo la liberación de emociones positivas



vividas, el paciente muestra predisposición para desarrollar el trabajo, durante el transcurso de la actividad el participante se muestra centrado en la actividad con breves conversaciones con otro paciente, una vez culminado el trabajo y de manera privada se indagó sobre la significancia de lo que había realizado. Lo realizado es un recuerdo de un campeonato de fútbol donde quedaron campeones, mencionando “este deporte fue una salida a los

problemas que tenía en esos momentos con mis padres”

Interpretación: la grafica fue realizada de forma horizontal, es grande y va hacia los extremos de la hoja, lo que representaria sentimientos de frustración y hostilidad, ubicado hacia el lado izquierdo lo que denotaria tendencia a comportamientos impulsivos, preocupado por el pasado; los trazos horizontales representaria debilidad y predominio de fantasia, la cabeza grande refiere fantasia como fuente de satisfacción, pelo muy marcado reflejaria problemas de agresividad (Rocher, 2009).

En la *segunda sesión* que lleva como tema *¿Quién soy?*, donde se utiliza la técnica del *autorretrato* y tiene como objetivo representar al paciente como se percibe y como cree que la sociedad lo percibe emocional y físicamente, el paciente muestra buena predisposición, en el transcurso de la actividad el paciente se mantuvo en silencio centrado en lo que estaba realizando a diferencia de los otros pacientes que mantenían diálogos,



durante esta sesión también se dio el ingreso de uno de los directivos a saludar, mostrándose el paciente incómodo. Al culminar la actividad y de forma privada se pregunta sobre lo realizado, comentando que esa es la persona que es actualmente motivada a seguir adelante y que socialmente lo ven como alguien que está buscando ese cambio, “a pesar de que se tenga una marca del pasado por estar en el mundo de la perdición”.

Interpretación: los ojos muy marcados representarían rasgos paranoides y de agresividad, esto es reforzado por el tamaño de la boca al ser grande representaría tendencia agresiva oral, la ausencia del cuello se interpretaría como la falta de control a un nivel intelectual de los impulsos la cabeza grande refiere fantasía como fuente de satisfacción, cabello muy marcado reflejaría agresividad (Rocher, 2009).

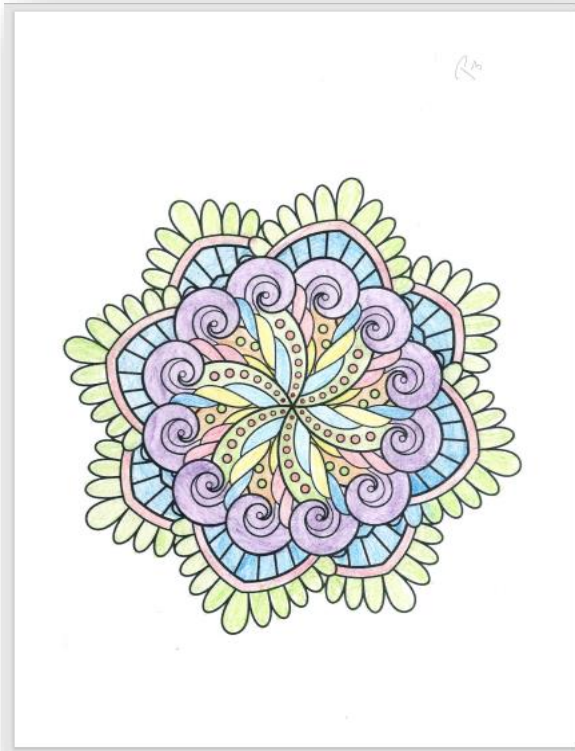
En la *tercera sesión* titulada lo *prohibido* se utiliza la técnica de *moldeamiento con plastilina* y tiene como objetivo plasmar situaciones personales que le sean generadoras de malestar psicológico, el paciente asiste puntual a la sala, se responden inquietudes y se da



inicio a la actividad, en el transcurso de la actividad el paciente se muestra tranquilo y en silencio la mayor parte del tiempo, teniendo únicamente una breve conversación con otros. Al finalizar la actividad al igual que con el resto de compañeros se lo motiva a que comparta sobre su trabajo. El paciente refiere que su trabajo representa una situación que le es difícil manejar, no poder expresar sus emociones adecuadamente

Interpretación: se evidencia en términos generales tristeza y llanto, pero el uso y la combinación de colores, desde la psicología del color; el rojo representa pasión, amor, pero al combinarse con negro su significado cambia ha sentimientos de odio, otro de los colores presente en la gráfica es el morado que representa sentimientos de ambivalencia de aceptación y rechazo (Heller, 2008).

En la *cuarta sesión* que lleva como tema el *arte de colorear* y que se utiliza como técnica el *pintar mándalas*, y tiene como objetivo generar mediante la combinación de los diferentes colores un estado de armonía y concentración, el paciente se muestra motivada al momento de explicar la actividad que se va a desarrollar, durante el transcurso de la actividad



llegan 2 directivos del centro, en esta ocasión se observa al paciente relajado, saludando in dejar de realizar la actividad. Al finalizar la actividad se pregunta al paciente como se sintió realizando la actividad y menciona “me sentí relajado además es algo que a mí me gusta el pintar y combinar colores”.

Interpretación: El color morado empleado en el trabajo representa sentimientos ambivalentes de aceptación y rechazo, el color azul la fidelidad y a los bordes destaca el color verde que representa neutralidad (Heller, 2008).

En la *quinta sesión* que se la denomina *lo que guardo dentro*, tiene como técnica la realización de un *poema* y como objetivo escribir y compartir emociones en grupo expresadas en un poema a diferencia de las actividades anteriores que se desarrollaron

individualmente, esta tiene la participación de los 3 pacientes, se da inicio a la actividad que se desarrolla sin novedades, sin embargo, al momento de finalizar su parte el paciente no se involucra en la estructura del poema final. Una vez que se culminó todo el trabajo se pregunta al paciente como se sintió realizando el trabajo mencionado que fue una actividad agradable ya que le ayudo a compartir



como se sentía.

En la *sexta* y última sesión que tiene como tema *de lo que me doy cuenta*, donde se utiliza la técnica de la *dramatización* y tiene como objetivo reproducir y recrear situaciones reales de conflicto por las que atravesó el paciente, al igual que la anterior sesión, se realizó de forma grupal. En esta representación el paciente 3 es apoyado por otro paciente, representando una discusión con su expareja. En esta escena el paciente se muestra callado, no sabe cómo actuar ante la discusión que se está dando con su expareja, sale de esta escena para ingresar a otra en la que se encuentra solo y donde tira todas las cosas que encuentra. Al finalizar el paciente reconoce que tiene problemas para manejar este tipo de situaciones, manifestando un deseo de querer cambiar eso.

Post Intervención. - Una vez finalizada la última sesión del Plan Basado en Arteterapia, se aplica al paciente la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), obteniendo los siguientes resultados: satisfacción con el tratamiento recibido 100/100; contribución en la solución de problemas 100/100; percepción del cambio 75/100; nivel general de satisfacción 242.5/300.

Una semana después, se procede con el re test Cuestionario de Depresión de Beck, obteniendo los siguientes resultados: normal con 8 puntos.

El resultado significativo en la “mejoría” del estado anímico del paciente generó diferentes inquietudes para el investigador, sobre todo por la injerencia de otros factores que pudieron contribuir en esta mejoría, como; el tratamiento integral que lleva el centro, la empatía generada con el investigador o la resiliencia momentánea que pudo generar las actividades trabajadas, entre otras; sin el ánimo de desvalorizar el plan terapéutico planteado, se procedió a indagar el área de afrontamiento, con la aplicación del CRI (Inventario de Respuesta de Afrontamiento), cuyos resultados sugieren que el paciente manifiesta un estilo de afrontamiento Conductual de aproximación, dirigido hacia la Resolución de Problemas, mismo que se caracteriza por intentos impulsivos conductuales para resolver el problema, lo que está relacionado a las necesidades del paciente por hacer cosas a nivel del comportamiento, que mejore sus condiciones actuales de manera rápida, probablemente esta sea a razón por la cual el paciente demuestre estar mejor.

Es importante mencionar que el paciente, tiene una puntuación significativa en el estilo de Afrontamiento conductual de evitación, relacionado con Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, lo que permite establecer que el paciente tiene la capacidad de:

- a) llevar a delante nuevas estrategias o formas para afrontar los problemas.

La estrategia de afrontamiento del paciente es de aproximación, es decir, siempre dirigida a la resolución del problema, acompañada de cerca de una estrategia de afrontamiento de evitación de búsqueda de Gratificación alternativa, prima el estilo conductual.

Resultados Paciente 3

Paciente de 45 años de edad, 30 años de consumo de forma intermitente, proviene de una familia nuclear con rasgos de disfuncionalidad, expuesto a eventos traumáticos, violencia intra familiar y asesinato, todo esto vivido durante la infancia, adolescencia y adultez temprana. Identificado con depresión moderada al inicio de la investigación y al finalizar el plan no presento depresión. El estilo de afrontamiento es conductual, mientras que la estrategia de afrontamiento es de aproximación, dirigida a la resolución del problema.

Durante la aplicación del plan, se identificaron los siguientes indicadores: paciente presenta predominio de fantasías con respecto a la relación con su padre, sentimientos de frustración, tendencia a la agresividad, comportamientos impulsivos, dificultad para la expresión de las emociones; se destaca algunos indicadores positivos como: confianza, comodidad con las técnicas empleadas y capacidad para reconocer los problemas. La mejoría de los síntomas depresivos del paciente según criterio del investigador obedece principalmente al compromiso al momento de realizar las actividades, la adaptación del paciente al uso de las técnicas basadas en arteterapia que permitieron la expresión de sus emociones, la implementación de estas técnicas a la hora de afrontar los problemas, además del tratamiento psicológico recibido por parte del CETAD, tratamiento que fue de la mano con el presente plan.

Anexo 9: Certificado de Pertinencia



Carrera de **Psicología Clínica** | Facultad
de la Salud
Humana

Oficio N° 0021-2022
Loja, 9 de mayo del 2022

Dra. Ana Catalina Puertas A. Mg. Sc
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA UNL
Ciudad. –

De mi consideración:

Expreso mediante la presente un atento saludo y deseo de éxito en las funciones a Ud. asignadas.

En respuesta al Oficio. No. -182- C.PS.CL- FSH-UNL de fecha 28 de abril de 2022, me permito notificar la pertinencia del proyecto titulado **“LA ARTETERAPIA COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETAD 90 DÍAS.”**, de autoría de Sr. Galo Vinicio Delgado Calva CI.1900783117; el trabajo cuenta con los elementos metodológicos y de estructura requeridos.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,



Verifique el documento por:
**KARINA
GABRIELA ROJAS
CARRION**

Karina Rojas Carrión, Mg.Sc.
DOCENTE UNL

Anexo 10: Certificación de Traducción al Idioma Ingles

English Speak Up Center

Nosotros "*English Speak Up Center*"

CERTIFICAMOS que

La traducción del resumen de tesis titulada "LA ARTETERAPIA COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETAD 90 DÍAS." documento adjunto solicitado por el señor Galo Vinicio Delgado Calva con cédula de ciudadanía número 1900783117 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "*English Speak Up Center*"

Esta es una traducción textual del documento adjunto. El traductor es competente y autorizado para realizar traducciones.

Loja, 13 de septiembre de 2022


Mg. Sc. Elizabeth Sánchez Burneo

DIRECTORA ACADÉMICA



DIRECCION: SUCRE 207-46 ENTRE AZUAY Y MIGUEL RIOFRIO

TELÉFONO: 099 5263 264

Anexo 11: Certificado del Tribunal de Grado.



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 22 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado: **LA ARTETEAPIA COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETAD 90 DÍAS** de la autoría de **Galo Vinicio Delgado Calva** portador de la cédula de identidad Nro., **1900783117** previo a la obtención del título de **Psicólogo Clínico**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Director Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

APROBADO



Dra. Anabel Larriva Borrero
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL



Psic. Cl. Karina Flores Flores
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Psic. Cl. Gabriela Rojas Carrión
MIEMBRO DEL TRIBUNAL